



Análisis del proceso de estructuración del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural en el departamento de Amazonas, Colombia¹

Analysis of the structuring process of the indigenous and intercultural health system in the department of Amazonas, Colombia

Lina Paola Garzón Garzón*, Pablo José Montoya Chica**, Gustavo Suárez Lucas***

Universidad Nacional de Colombia

Sinergias Alianzas Estratégicas para la Salud y el Desarrollo Social

Recibido: 2 de mayo de 2023 – Aceptado: 1 de febrero de 2024 – Publicado: 13 de enero de 2025

Forma de citar este artículo en APA:

Garzón Garzón, L. P., Montoya Chica, J. P., & Suárez Lucas, G. (2025). Análisis del proceso de estructuración del SIPI en el departamento de Amazonas, Colombia. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 16(1), 310-337. <https://doi.org/10.21501/22161201.4712>

¹ Este artículo de investigación científica presenta algunos resultados del trabajo de estancia posdoctoral "Incidencia de los ejercicios de diálogos de saberes en la construcción de un protocolo intercultural, para la articulación de los conocimientos tradicionales y biomédicos en los diferentes niveles de atención de la salud en la Amazonia colombiana", con el apoyo de la ONG Sinergias Alianzas Estratégicas para la Salud y el Desarrollo Social y la financiación de Minciencias

* Doctora en Estudios Amazónicos. Investigadora del Grupo Pueblos y Ambientes Amazónicos, Universidad Nacional de Colombia Sede Amazonia. Contacto: lipgarzonga@unal.edu.co, ORCID: 0000-0001-8035-8755, <https://scholar.google.es/citations?hl=es&user=43mKezcAAAAJ>, Autora principal

** Doctor en Medicina, MPH. Director ONG Sinergias Alianzas Estratégicas para la Salud y el Desarrollo Social. Contacto: pmontoya@sinergiasong.org, ORCID: 0000-0002-5520-7207, <https://scholar.google.es/citations?user=rTtVafAAAAAJ&hl=es>, <https://scholar.google.es/citations?user=rTtVafAAAAAJ&hl=es>

*** Administrador Público. Escuela Superior de Administración Pública – ESAP. Líder Comunidad Indígena de Macedonia, Amazonas. Contacto: gustavosl2021@gmail.com, ORCID: 0009-0004-7001-6144, <https://scholar.google.es/citations?hl=es&user=bD6RGykAAAAJ>

Resumen

El Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI) aparece como una apuesta en política pública para materializar la salud intercultural en los territorios indígenas, de tal manera que, en el cuidado de la salud, se incluyan la identidad cultural, los saberes y las prácticas medicinales tradicionales. En este trabajo, se analizó la manera como se está llevando a cabo la estructuración del SISPI en el departamento de Amazonas, teniendo en cuenta los avances, limitaciones y retos en los procesos organizativos. Para esto, se desarrollaron talleres en tres comunidades indígenas y se realizaron entrevistas semiestructuradas a los actores sociales (indígenas y estatales) involucrados en el tema de la salud. Se considera que, en el departamento de Amazonas, ha habido un avance en el desarrollo de la primera fase, relacionada con la caracterización sociocultural de los pueblos indígenas. Además, hay adelantos en la construcción del plan de acción para la implementación de este sistema. Si bien hay una noción básica del porqué y para qué se implementa el SISPI, aún no son claros los alcances de la salud propia bajo este sistema.

Palabras clave

Salud Pública; Sistemas médicos; Medicina social; Servicios de salud; Medicina tradicional; Poblaciones indígenas; Etnología; Amazonia.

Abstract

The Indigenous and Intercultural Health System–SISPI appears as a commitment in public policy to materialize intercultural health in indigenous territories. In this case, cultural identity, knowledge, and traditional medicinal practices are included in health care. This paper analyzed how the SISPI is being structured in the department of Amazonas, taking into account the advances, limitations, and challenges in the organizational processes. Workshops were held in three indigenous communities and semi-structured interviews were conducted with the social actors involved in the health services (indigenous and state). The department has progressed in the development of the first phase, related to the socio-cultural characterization of the indigenous peoples. In addition, there are advances in the construction of the action plan for the implementation of this system. Although there is a basic notion of why and for what the SISPI is implemented, the scope of indigenous health under this system is still not clear.

Keywords

Public health; Medical Systems; Social Medicine; Health services; Traditional medicine; Indigenous populations; Ethnology; Amazonia

Introducción

A pesar de que, en el 2018, se reportó una cobertura del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) del 94,66 % de la población colombiana, persisten importantes inequidades en los resultados de salud y los pueblos indígenas siguen siendo los más afectados por eventos evitables como la desnutrición infantil y la mortalidad materna. Dentro de las causas de esta problemática se destacan, entre otras, las diferencias en la lengua y la falta de armonización que existe entre la cosmovisión del proceso salud-enfermedad de los pueblos indígenas y la salud occidental (Aguilar-Peña et al., 2020).

En el caso específico del departamento del Amazonas, el perfil de salud hecho por la gobernación, en el 2016, mostró diferencias significativas, especialmente en lo referente a mortalidad y morbilidad (Preciado, 2019). Algunas de las causas de la inadecuada atención a la salud están relacionadas con las condiciones geográficas y la dispersión poblacional, la falta de medios de transporte terrestre, los altos costos asociados a la movilidad y estadía de los pacientes, la ausencia de centros hospitalarios de segundo y tercer nivel en áreas rurales, así como la falta de equipamiento y programas en salud acordes al perfil epidemiológico de las comunidades indígenas, especialmente en las más alejadas (Martínez et al., 2019) donde, además, los servicios de salud del primer nivel de atención son de difícil acceso y tienen una capacidad resolutoria limitada, cuando están disponibles.

Desde la política pública, se ha planteado que, el derecho de salud, debe partir de un deber individual y no colectivo, por lo que ha quedado al margen el papel que tienen el saber y la práctica de la medicina ancestral en los procesos de salud (Montoya et al., 2013). Como respuesta a estas deficiencias del sistema de salud actual para responder a las necesidades de su población, las organizaciones indígenas se han motivado para asumir la tarea de construir modelos de atención integral en salud desde un enfoque intercultural (Soto & Cuaical, 2018).

En el 2010, diversas organizaciones indígenas de todo el país organizaron la Asamblea Nacional de Salud (AMS) de los pueblos indígenas “construyendo alternativas para el buen vivir de los pueblos”, donde se acordó la creación de un sistema de salud especial para los pueblos indígenas y la conformación de la Mesa Coordinadora Nacional de Salud (MinSalud, 2016). A través de esta mesa, se presentó la primera propuesta del SISPI, con la que se busca el desarrollo de un sistema de salud integral que incluya las particularidades culturales y la sabiduría ancestral de cada pueblo indígena del país.

El SISPI plantea un enfoque intercultural, desde el diálogo de saberes, para lograr una articulación que garantice el derecho a la salud y a las prácticas tradicionales de la población indígena (Vélez-Álvarez et al., 2021). Las tensiones y el proceso de diálogo entre el gobierno y

las organizaciones indígenas, en la Mesa Permanente de Concertación Nacional, permitieron la formalización de este sistema mediante el Decreto 1953 del 2014. Este decreto, avalado por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (MPS), reglamenta que el sistema se debe articular, coordinar y complementar con el SGSSS y define el SISPI como

el conjunto de políticas, normas, principios, recursos, instituciones y procedimientos que se sustentan a partir de una concepción de vida colectiva, donde la sabiduría ancestral es fundamental para orientar dicho sistema, en armonía con la madre tierra y según la cosmovisión de cada pueblo. (Presidencia de la República de Colombia, 2014, Decreto 1953, Artículo 74)

Como resultado de la implementación del SISPI, se busca que los territorios indígenas asuman la competencia de prestar servicios de salud en forma directa, a través de sus estructuras propias, en complementariedad y de acuerdo con las regulaciones del SGSSS y sus formas propias del cuidado, así como la planificación y administración del sistema en su territorio. Para esto, se deben desarrollar cinco componentes: (a) sabiduría ancestral (fortalecer las prácticas culturales de cada pueblo); (b) político-organizativo (orientar la implementación integral del sistema); (c) formación, capacitación, generación y uso del conocimiento en salud (fomentar la formación integral de los actores); (d) cuidado de salud propia e intercultural (fortalecer la implementación de las formas del cuidado integral de la salud) y (e) administración y gestión (fortalecer los procesos de planeación, operación, y control del SISPI).

Las estructuras de este sistema se deben crear con base en las configuraciones de los gobiernos propios de los pueblos indígenas. Dada la complejidad del proceso, el SISPI se debe implementar en forma paulatina, de acuerdo con las dinámicas e iniciativas de cada territorio indígena; sin embargo, el SGSSS debe seguir garantizando el cuidado de la salud de los pueblos a través de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) y Entidades Promotoras de Salud (EPS) Indígenas (Homez et al., 2019). Como lo señala Urrego-Rodríguez (2020), la creación de este sistema implica el establecimiento de “una relación de complementariedad y de subordinación práctica a la Ley 100 de 1993 que copa el espacio real de disputa de poderes y saberes de la interculturalidad realmente existente” (p. 87).

El presente trabajo tiene por objetivo analizar la manera como se está llevando a cabo la estructuración del SISPI y los procesos de articulación de las prácticas interculturales de atención de la salud en el Departamento de Amazonas. En este sentido, se busca comprender tanto los avances como los retos y limitantes de los procesos organizativos que se están adelantando, especialmente, por parte de las organizaciones indígenas.

Método

Esta investigación se desarrolló a través de un enfoque cualitativo y se llevó a cabo en la ribera del Río Amazonas, entre los municipios de Leticia y Puerto Nariño, como se presenta en la figura 1. En estas entidades territoriales se contactaron, principalmente, a las instituciones municipales y departamentales encargadas del tema de salud pública. Adicionalmente, se contó con la participación de tres comunidades indígenas: Nuevo Jardín y Santa Sofía, las cuales están ubicadas a 29 y 30 km de Leticia, respectivamente, y se encuentran bajo la jurisdicción administrativa de este municipio. La comunidad de Puerto Esperanza, se localiza a 63 km de Leticia y hace parte de la jurisdicción administrativa de Puerto Nariño.

Figura 1. Ubicación de los municipios y comunidades del área de estudio



Contexto y población

A través de conversaciones con las autoridades político-administrativas indígenas (Cabildos), se obtuvieron los permisos para trabajar en las comunidades de Santa Sofía, Nuevo Jardín y Puerto Esperanza entre noviembre de 2021 y diciembre de 2022. Estas comunidades se autodefinen como parte del pueblo Tikuna (*Magüta*), el cual habita, comúnmente, en los territorios ubicados a lo largo de la ribera de pequeños ríos que desembocan en el Amazonas, entre los países de Colombia, Brasil y Perú (Rengifo et al., 2017). Se considera que, estas poblaciones, cuentan con una economía híbrida, ya que desarrollan actividades de subsistencia tradicional como la pesca, la caza y la siembra y, además, realizan actividades productivas relacionadas, principalmente, con el turismo (Garzón-Garzón, 2017).

En estas comunidades, se empleó un muestreo no probabilístico bola de nieve con el que se definió una muestra poblacional de 29 sujetos voluntarios. Esta muestra fue conformada por sabedores que ejercen la medicina tradicional, usuarios de los servicios de salud, cabildos y curacas (representantes legales de las comunidades). Con ellos, se realizó un taller para determinar su grado de conocimiento sobre el SISPI e identificar tanto las expectativas como las inconformidades frente al uso de las prácticas tradicionales de atención dentro y fuera de las comunidades. Adicionalmente, se realizaron entrevistas semiestructuradas a 15 sabedores de las comunidades para analizar su rol actual en el proceso de estructuración del SISPI y en la articulación de su trabajo con el que realizan los profesionales de la salud en el sistema biomédico.

En la amazonia colombiana, las comunidades indígenas suelen organizarse de manera local dentro de Asociaciones de Autoridades Tradicionales Indígenas (AATIs) y, estas, a su vez, se encuentran vinculadas a organizaciones indígenas de nivel nacional. Se realizaron entrevistas semiestructuradas a seis personas que están a cargo de los temas de salud en las AATIs de la ribera del Amazonas y de las organizaciones nacionales, como se presenta tabla 1, con el propósito de conocer el trabajo que están realizando en la caracterización de las personas que ejercen la medicina tradicional en las comunidades. Además, para analizar su participación en la implementación del SISPI y determinar si el proceso de estructuración de este sistema está relacionado con otras actividades sobre salud propia y se articula con trabajos realizados en conjunto con otras instituciones gubernamentales.

Tabla 1

Actores comunitarios relacionados con el tema de salud

Estructura organizativa indígena	Área encargada
Asociación de Cabildos Indígenas del Trapecio Amazónico (ACITAM)	Coordinación de salud
Asociación de Comunidades Tikuna, Cocama y Yagua (ATICOYA)	Coordinación de salud
Asociación Zonal de Cabildos Indígenas de Tradición Autóctona (AZCAITA)	Coordinación de salud
Organización de los Pueblos Indígenas del Amazonas (OPIAC)	Coordinación de salud intercultural
Organización Nacional Indígena de Colombia (ONIC)	Consejería de salud intercultural Delegado por la MacroAmazonia a la Subcomisión Nacional de Salud

Desde el punto de vista institucional, se realizaron en total trece entrevistas semiestructuradas a personas pertenecientes a las secretarías municipales y departamentales de salud, a las EPS, así como a los profesionales que atienden en los hospitales, como se presenta en la tabla 2. En el 2019, se creó la Comisión Técnica de Salud Intercultural del Amazonas con representantes de todos los actores del sector salud en el departamento. Para este trabajo, se contactaron los dos secretarios técnicos que coordinan las actividades de la comisión.

Tabla 2

Actores institucionales relacionados con el tema de salud

Estructura organizativa estatal	Área encargada
Hospital San Rafael de Leticia	Profesionales de la salud (médicos y enfermeras)
Hospital Local de Puerto Nariño	Profesionales de la salud (médicos y enfermeras) Coordinación del hospital
Secretaría de Salud Departamental	Oficina de Gestión Integral en Salud Pública
Alcaldía Municipal de Leticia	Dirección de salud municipal
Alcaldía Municipal de Puerto Nariño	Oficina de Salud Pública
EPS indígena Mallamás	Coordinación Regional – Mallamás Amazonas Enlace indígena
Comisión Técnica de Salud Intercultural	Representante de la Secretaría de Salud Departamental Representante de las organizaciones indígenas

A través de estas entrevistas, se recolectó información sobre el grado de operatividad del SIS-PI en el departamento y las condiciones dadas por estas instituciones estatales para el apoyo a la estructuración e implementación de este sistema. Asimismo, se identificaron las potencialidades y dificultades, de dicho proceso, en términos operacionales y normativos.

Análisis de datos

Para la codificación y el análisis sistemático de la información cualitativa obtenida de las entrevistas y los talleres, se utilizó el *software* ATLAS.ti 22. La categoría principal fue el estado del SISPI en el Departamento de Amazonas, de la cual se derivaron tres subcategorías: (a) conocimiento de los actores sobre el sistema; (b) estado de la estructuración del SISPI y (c) procesos organizativos y diálogo de saberes. Posteriormente, se empleó una estadística descriptiva para la cuantificación de los datos relacionados, principalmente, con la caracterización del porcentaje de los sabedores que ejercen la medicina tradicional y el grado de conocimiento de los actores sobre el SISPI.

Resultados y discusión

Los resultados de esta investigación se enfocaron en la descripción de los sabedores del sistema médico tradicional y del nivel de conocimiento tanto de los actores comunitarios como de los actores estatales sobre el SISPI. Asimismo, se identificaron los avances del proceso de estructu-

ración del sistema en el Departamento del Amazonas y analizaron los limitantes y retos en los procesos organizativos que están adelantando tanto las asociaciones indígenas locales como las organizaciones de nivel nacional.

Caracterización de sabedores del sistema médico tradicional

De acuerdo con Arcia-Grajales et al. (2022), el ejercicio de la medicina tradicional lleva a cultivar los usos y prácticas de las poblaciones indígenas a través de la palabra y el pensamiento. En este sentido, la comprensión e identificación de estas prácticas, a través de categorías, es fundamental para conocer la estructura de los sistemas propios, así como de las capacidades y las limitaciones con las que cuentan estos pueblos o territorios para implementarlos. Este conocimiento también es indispensable para establecer los protocolos de relacionamiento y manejos interculturales, que son básicos para la estructuración del SISPI en el Departamento de Amazonas.

Se considera que la medicina dentro del sistema médico tradicional es ejercida por sabedores organizados jerárquicamente y que parte del autocuidado como el nivel primario de atención entre familiares y conocidos (Patiño Suaza & Sandín Vásquez, 2014), esto, complementario a todas las prácticas y saberes que tienen las personas y familias en las comunidades, donde en últimas se articulan todas las prácticas de cuidado (Langdon, 2018; Menéndez, 2018).

Para el tratamiento de afecciones más específicas, hay un segundo nivel de especialización en el que se encuentran los sobanderos, que atienden traumas (torceduras, fracturas, problemas musculares); los rezanderos/yerbateros que, con rezos o plantas medicinales, intervienen algunos padecimientos físicos o espirituales; las parteras/parteros que se enfocan en la salud reproductiva y los médicos tradicionales, que tienen un gran dominio de las prácticas de atención, especialmente, de enfermedades propias (aquellas que tienen etiologías y tratamientos propios).

En el tercer nivel de especialización, se encuentran los chamanes, considerados los intermedios entre las personas y los espíritus que curan. Si bien ellos pueden atender enfermedades propias y no propias, se recurre especialmente ante casos que no pueden ser tratados por otros sabedores como enfermedades causadas por “maldades” o por “cutipes” provocadas por seres espirituales.

Debido a que muchas comunidades de la ribera del Amazonas tienden a ser pluriétnicas (aunque, en su mayoría, sobresale la población Tikuna), se puede visibilizar, dentro de ellas, una gran diversidad de formas de atención y tratamiento de los sabedores. Más allá de esa variedad de prácticas médicas, hay un consenso sobre la importancia de su rol no solo para tratar enfermedades particulares, sino, también, para mantener la salud colectiva en su territorio.

Bajo esta premisa, hay dos aspectos que se destacan en el proceso de caracterización de los agentes del sistema médico tradicional dentro de estas comunidades: (a) la confusión en la determinación de los niveles de especialización de los sabedores y (b) el declive de los sistemas de atención que tienen que ver con el chamanismo. Dado que las prácticas de atención a la salud, dentro de las comunidades, no requieren de una categorización para su desarrollo, se hizo evidente la dificultad de aplicar las nominaciones de especialistas definidas desde la academia, las cuales surgen con el propósito de organizar las diferentes posibilidades de saberes.

Asimismo, es complejo el entendimiento de estas nominaciones por quienes ejercen la medicina tradicional, la utilizan e interactúan con ella desde las instituciones. De los sabedores entrevistados, el 42 % se autodenominó como médicos tradicionales, el 33 %, yerbateros y, el 16 %, parteras. Es importante destacar que, un sabedor, no consideró relevante ponerle una denominación a su práctica medicinal y lo explicó de la siguiente manera:

Todo el mundo me molesta queriendo que yo me dedique como un médico, todo el mundo entero.... Ahora yo no sé qué te voy a decir ahí, porque si yo te digo que yo soy un médico, que yo soy esto, en la tradicional hay un peligro porque hay mucha gente maldadosa. En eso me han dicho tú eres Taita, no, le digo Taita es un nombre sagrado. Entonces que vas hacer chamán, no, chamán es un nombre europeo. Entonces no me permito esas cosas porque es un compromiso grande, qué tal viene uno que sabe de verdad y me anula a mí, eso es terrible, no es como lo occidental que vas y haces un curso. (Sabedor de la comunidad de Santa Sofía, 2022)

Este relato hace evidente una posible presión directa o indirecta de las instituciones hacia estos sabedores para identificarse con una denominación y dentro de un nivel de especialización, dada la necesidad de adelantar en el SISPI un proceso de caracterización de los sabedores. Al indagar sobre sus prácticas medicinales, es difícil determinar si esta nomenclatura se ajusta a la totalidad de sus prácticas, pues hay quienes se denominaron médicos tradicionales al usar tabaco para sus tratamientos, a pesar de que podrían ser catalogados como rezanderos.

Otros, también se identificaron como médicos, a pesar de que solo preparan remedios para atender a sus pacientes, por lo que podrían considerarse como yerbateros. Lo que se evidencia, en estos territorios, es que el nivel de especialización está más dado por el alcance del tratamiento que por el conjunto de prácticas médicas, por lo que, casos más complejos de atención, requieren de niveles más altos de especialización.

Aunque es poco común, algunos sabedores trabajan con su pareja tanto para la atención de mujeres embarazadas como para personas con diversas afecciones físicas. En este caso, no sabían si identificarse como parteros o como médicos tradicionales. Igualmente, una sabedora se identificó como partera, pues recibió ese nombre durante una de las capacitaciones en las que participó, en Leticia.

El proceso de diálogo con las comunidades permitió evidenciar que esta confusión, en las nominaciones de especialistas, no solo se presenta entre los que ejercen la medicina tradicional, sino, también, en la población en general. Las personas reconocen, claramente, a quienes tienen la capacidad de hacer curaciones individuales y/o del ambiente, pero no tiene la necesidad de categorizarlas con un nombre específico. Esta situación muestra que lo importante es que se pueda trabajar desde una “taxonomía” propia, idealmente en las lenguas locales. Asimismo, que el sistema sea funcional y tengan la posibilidad de hacer las curaciones en los diferentes niveles, independientemente de la nomenclatura.

Por otro lado, el segundo aspecto está relacionado con la reducción en la cantidad de chamanes reconocidos en esta zona y la percepción de la población local frente a su rol. En las comunidades del sur del Departamento del Amazonas, es poco común encontrar personas que se autoidentifiquen como chamanes y, además, sean validados por la población como tales. Como se mencionó, los sabedores, en general, se han acercado más al manejo de las plantas medicinales y al curanderismo, por lo que los chamanes deben ser buscados cuando se necesitan, rara vez se encuentran dentro de sus propias comunidades.

Si bien hay un reconocimiento general del alto grado de sabiduría y especialización de los chamanes, la posibilidad de que sus prácticas sean empleadas para “hacer maldad” puede llevar a un rechazo social. Es así como algunos sabedores prefieren identificarse como médicos tradicionales antes que chamanes, a pesar de cumplir con las dietas y prácticas requeridas, durante décadas, en su proceso de aprendizaje con otro conocedor. Además de la dificultad de llegar a ese nivel de especialización, la presión frente a la connotación positiva o negativa del chamanismo ha llevado a que muchos jóvenes decidan no acercarse a este tipo de práctica medicinal, como lo explica un habitante de una comunidad:

Hay un problema y no es la falta de voluntad de la gente, sino es como la sociedad lo señala, hay varias comunidades donde los jóvenes quieren ayuda, pero están los otros actores, uno es las iglesias que satanizan ese conocimiento, que esto es malo y comienza a señalar a cada muchacho, al muchacho le da vergüenza y no vuelve más. El chamanismo visto desde la tradición propia no es malo porque unas épocas se peleaban a través de lo espiritual y eso era bien visto porque yo estaba defendiendo mi territorio, para mí no hay chamanes buenos y chamanes malos, sólo chamanes. (Usuario de salud de Puerto Esperanza, 2022)

Desde el punto de vista de las AATIs y las organizaciones indígenas de nivel nacional, es fundamental contar con una base de datos de las personas que, en cada una de las comunidades del departamento, ejercen la medicina tradicional. En términos generales, los coordinadores de salud de las asociaciones señalaron que ha habido avances en este proceso de identificación de los sabedores, el cual parte directamente de las propias comunidades. En este sentido, es la comunidad

quien en la práctica cotidiana reconoce las personas que se destacan por su conocimiento médico y por su servicio de atención a la población y el cabildo es quien usualmente los visibiliza ante las asociaciones indígenas e instituciones estatales.

En el caso de ATICOYA, se mencionó como un avance adicional el trabajo articulado que han adelantado con la Oficina de Salud Pública de Puerto Nariño y que se traduce en el reconocimiento de los sabedores y sabedoras de todas sus comunidades asociadas (Figura 2). De esta manera, cuentan con una validación local dentro y fuera de sus territorios y, además, tienen acceso a los diferentes talleres y capacitaciones que se hacen a nivel municipal.

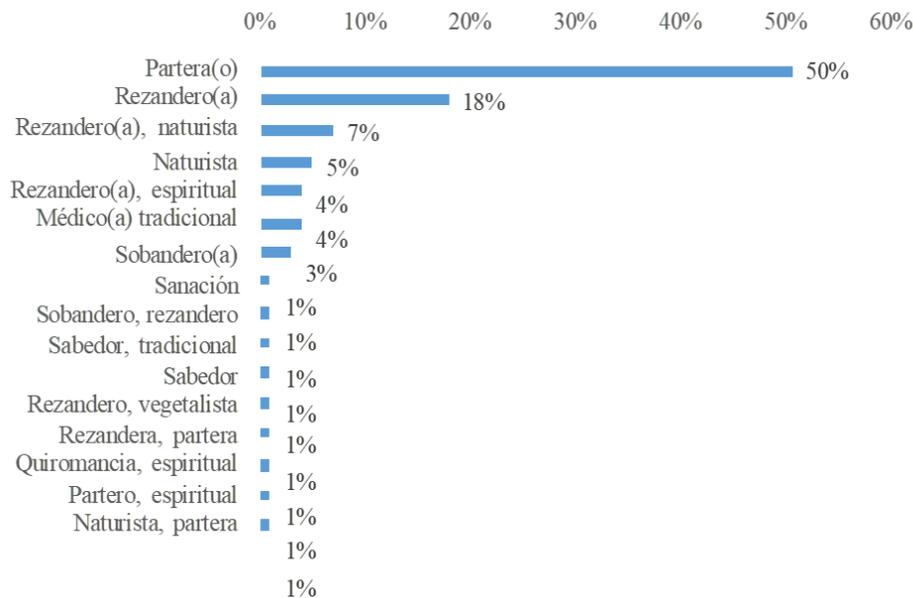
Figura 2. Reconocimiento de las personas asociadas a ATICOYA que ejercen la medicina tradicional



Nota. Fuente: Alcaldía de Puerto Nariño (2022)

Aunque esta caracterización ha sido un paso importante en el proceso organizativo del sistema médico tradicional, el uso de las nominaciones de especialistas es todavía confuso para la construcción de las diversas bases de datos. Por ejemplo, en el reporte de la Alcaldía de Puerto Nariño (2022), se identificaron 109 personas que ejercen la medicina tradicional, 59 mujeres y 51 hombres. De estos, el 83 % corresponden al pueblo Tikuna, el 8 %, al pueblo Yagua, el 6 %, al pueblo Cocama y, el 1 %, a los pueblos Muinane y Huitoto. Se destaca que, para esta base de datos, se emplearon 16 clasificaciones, en su mayoría compuestas por dos nominaciones de especialistas, tal y como se evidencia en la figura 3.

Figura 3. Porcentaje de las personas que ejercen la medicina tradicional por especialidades



Nota. Fuente: Elaboración propia a partir de Alcaldía de Puerto Nariño (2020)

En el caso de ACITAM, el proceso de identificación de los sabedores, en sus comunidades asociadas, ha llevado al reconocimiento de siete tipos de médicos tradicionales: espiritista, rezandero, oracionista, ayahuasquero, vegetalista, sofrólogo, curandero (cura diarrea, susto) y sobandero. Quien maneja estas prácticas médicas en conjunto tiene el nivel más alto de especialización y lo conocen como chamán, brujo o banco (ACITAM, 2019).

Lo anterior genera algunas inquietudes, por parte de las diferentes organizaciones indígenas e instituciones del sistema biomédico, sobre la homogeneidad en las clasificaciones y nominaciones de los especialistas. Este punto es clave si se quiere que los esfuerzos particulares aporten a la estructuración y organización de la salud propia en las comunidades y en procesos más complejos como la adecuación cultural de los programas estatales y la implementación del SISPI en el departamento. Esto, implica pensar en formas de generar equivalencias, con la descripción de las funciones de los especialistas, para llegar a clasificaciones más homogéneas de las denominaciones tradicionales. Para ello, también es importante indagar en los aspectos lingüísticos que permitan entender y clasificar estos conjuntos de prácticas desde sus denominaciones propias.

Conocimiento de los actores sobre el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI)

A nivel comunitario, se evidenció un alto grado de desconocimiento tanto del concepto como de los componentes del SISPI. Solo el 44 % de las personas entrevistadas había escuchado de este sistema; no obstante, ninguna de ellas supo explicarlo. Algunos sabedores señalaron que, este término, se empleó en varias reuniones en las que participaron, especialmente, en aquellas organizadas por la ONIC y “Mallamás”. Cabe resaltar que, este concepto, es poco conocido por los miembros del cabildo de estas comunidades, por lo que aquellos que lo han escuchado lo relacionan, especialmente, con la idea de un convenio o proyecto para el pago a las personas que ejercen la medicina tradicional.

Debido a que el SISPI es ampliamente conocido por las asociaciones y organizaciones indígenas, gran parte de sus actividades actuales están enfocadas en su estructuración e implementación. A lo anterior, se suma el hecho de que hay un convenio, entre estas organizaciones con el MPS, para avanzar en la consolidación de este sistema. Algunos miembros de la ONIC consideran que el SISPI surgió, en parte, por la necesidad de los pueblos indígenas de pensar en una institucionalidad en salud que pudiera abarcar las zonas alejadas en todas las regiones del país. En este sentido, señalaron que, la consejería de salud, tiene un rol fundamental para fortalecer todo el proceso de conocimiento tradicional para la prevención y promoción de la salud, así como para el mantenimiento de la armonía y la sanación en los diversos territorios.

Los coordinadores de salud de las AATIs y de las organizaciones de nivel nacional también tienen claro el fundamento normativo del SISPI y la obligatoriedad de su implementación por parte de las entidades territoriales del departamento. Asimismo, conocen y explican con facilidad las fases y los componentes de este sistema:

Son tres componentes grandes y el primero es todo lo que tiene que ver con el referente social, como la demografía, las estructuras, en fin. La segunda fase que se va a trabajar ahora es qué estamos llamando salud desde lo propio y eso tiene otros canásticos ahí, tiene como cinco ejes temáticos de qué es salud y la última de la que estamos hablando, va a ser una burocracia más, porque ya es gestión y financiación, dentro de lo operativo. Esos son los componentes por decirlo así de la ruta para la construcción del SISPI. Toda la caracterización se hizo, todo el estudio demográfico, todo. (Coordinador de salud AZCAITA, 2021)

En el caso de los profesionales vinculados al sistema biomédico, hay un conocimiento básico de lo que significa el SISPI y de la noción sobre lo que se está implementando en el departamento. Es importante resaltar que, los profesionales entrevistados, no identificaron claramente los componentes de este sistema; sin embargo, algunos de ellos mencionaron que, este concepto, lo escucharon en reuniones coordinadas por las organizaciones de nivel nacional, a las que asistieron por su cuenta o por conversaciones esporádicas con indígenas que conocen del tema.

Lo anterior, permite inferir que hasta la fecha los profesionales de la salud no han recibido una socialización, por parte de las entidades estatales, de los elementos conceptuales o metodológicos del SISPI, que deberían ser de su interés, ni hay mecanismos adecuados de inducción y reinducción, para garantizar la debida preparación del talento humano en estos territorios. La difusión de esta información debería ser una actividad prioritaria en la agenda departamental de salud, teniendo en cuenta el rol de estas personas en la salud intercultural de la entidad territorial. Las capacidades técnicas, logísticas y financieras de estas instituciones, aunadas a las relaciones y a la confianza que las AATI tienen en ellas, limitan su posibilidad de jugar un papel significativo en este proceso de construcción territorial.

A nivel de las instituciones estatales, hay un conocimiento más especializado de los referentes normativos y los procesos metodológicos de este sistema, especialmente, en algunos funcionarios de la Secretaría de Salud Departamental que están directamente involucrados en su implementación. En este sentido, la coordinadora de la Oficina de Salud Pública de Puerto Nariño mencionó que, los procesos que viene adelantando la Secretaría de Salud Departamental, se fundamentan en la *Guía metodológica para la construcción de contenidos de los componentes e implementación del SISPI*, que fue estructurada en el espacio de la Subcomisión de Salud de la Mesa Permanente de Concertación.

Avances en la estructuración de la salud propia e intercultural

Las organizaciones de nivel nacional coinciden en que el trabajo que se viene adelantando en la Mesa Permanente de Concertación, específicamente, en el espacio de la Subcomisión en Salud, ha permitido avanzar en el fortalecimiento de una institucionalidad indígena. De esta manera, consideran que se ha podido debatir y dar a conocer más directamente a las instituciones gubernamentales, las problemáticas que enfrentan los pueblos indígenas en materia de acceso al servicio de salud y de la limitación de las prácticas médicas tradicionales en algunas comunidades.

En estos espacios de diálogo de la subcomisión, las asociaciones indígenas han señalado la importancia de dignificar lo propio en salud; es decir, que los sabedores no solo se ubiquen en malocas o sus propias casas para atender a la población, sino que, también, tengan su propia estructura de salud. Asimismo, han expuesto la necesidad de pensar en cómo los agentes de la salud propia pueden desarrollar actividades con las instituciones estatales, hasta ser reconocidos y remunerados por sí mismos.

También, conciben este espacio como un paso necesario para que el SISPI no se construya solo desde lo occidental, sino que se le pueda dar un mayor enfoque a la salud propia desde los territorios. En este sentido, se ha logrado que, las reuniones de la subcomisión, no solo se desarrollen en Bogotá, sino que, también, los delegados se desplacen a los diferentes departamentos. Lo

El grado de avance en el desarrollo de la primera fase ha variado conforme a lo presentado por cada asociación, por lo que no hay un consenso sobre el tiempo estimado para su finalización. Si bien la Secretaría tenía como meta completar esta fase en el año 2022, aún se encuentra trabajando en este proceso. Asimismo, tenían programado empezar con una prueba piloto en el eje Caquetá para evaluar y reforzar el proceso de socialización a las comunidades, sobre el trabajo que se ha adelantado en el departamento para la estructuración SISPI. También querían llevar a cabo algunas actividades de la segunda fase, relacionadas con la adaptación de este sistema en el territorio.

Cabe resaltar que la Secretaría avanza en este proceso de implementación por ejes fluviales, ya que consideran que de esta manera es posible hacer un trabajo más organizado y eficiente. No obstante, la coordinadora de la Oficina de Salud Pública señala que esta forma de organización no busca desconocer o equiparar los aspectos socioculturales de los diversos pueblos, sino que permite focalizar las acciones en el territorio con las AATIs. En este sentido, la prueba piloto se hará con el apoyo del Consejo Regional Indígena del Medio Amazonas (CRIMA), la Asociación de Capitanes Indígenas de Yaigojé-Apaporis (ACIYA), la Asociación de autoridades indígenas del pueblo Miraña y Bora del medio Amazonas (PANI), y la Asociación de Autoridades Indígenas de Pedrera Amazonas (AIPEA).

Aunque no se ha completado en su totalidad la primera fase, en el departamento se han venido adelantando algunas gestiones intersectoriales para la ejecución de la segunda fase, correspondiente a la construcción de contenidos y plan de acción para la implementación del SISPI. En esta etapa se deben articular las acciones entre los actores del SISPI y el SGSSS y definir las funciones de los actores propios y externos que intervienen en la construcción de la salud. Asimismo, se deben generar propuestas técnicas del cuidado de la salud desde lo propio e intercultural (MinSalud, 2016).

Bajo este marco metodológico, se han gestionado algunos convenios entre el Ministerio de Salud y las organizaciones indígenas, para la elaboración de modelos de salud propia e intercultural con los diversos pueblos. Por ejemplo, la OPIAC actualmente está apoyando el trabajo de ocho asociaciones indígenas de la Amazonia colombiana, incluyendo a la Asociación Zonal indígena de Cabildos y Autoridades de La Chorrera (AZICATCH) del departamento de Amazonas. Como lo señala el coordinador de salud, lo que se busca es que estos modelos reflejen lo que las comunidades necesitan y a lo que le apuntan en materia de salud propia.

La ONIC además está trabajando en la consolidación de un monitoreo territorial sobre salud, que nació de la necesidad de observar el estado de la población indígena durante la pandemia de Covid-19. Durante este proceso, han programado diversos encuentros con los sabedores y sabedoras para conocer su postura frente al programa de vacunación que ha adelantado el gobierno

nacional. Además, para dialogar sobre sus ideas y expectativas frente a las potencialidades y debilidades de las prácticas propias de atención en las comunidades, en el marco de la interculturalidad en salud.

Sin duda alguna la conformación de la Comisión Técnica de Salud Intercultural ha significado un progreso en términos de diálogo y concertación sobre los pasos o estrategias para la estructuración y puesta en práctica del SISPI en el departamento de Amazonas. Este espacio ha sido fundamental para dar a conocer tanto las inquietudes como las expectativas de todos los actores sociales involucrados en este proceso, haciendo visibles los puntos de acuerdo y desacuerdo frente a lo que se debe hacer en el corto plazo para avanzar en su estructuración.

Uno de los aspectos relevantes que se ha discutido en las reuniones semestrales de la Comisión Técnica, es la necesidad de elaborar los modelos de salud teniendo presente la alta diversidad de pueblos indígenas que conviven en un mismo territorio y/o una misma comunidad. Lo anterior complejiza la estructuración de estos modelos, por lo que se han considerado otras estrategias para abordar el contexto sociocultural de estos pueblos:

En este momento estamos proponiendo la construcción de tres modelos de salud que tengan ese asiento real desde lo cultural y desde lo territorial. En este caso el departamento tiene tres afinidades culturales en salud: la gente de tabaco, coca y manicuera, que son denominados la gente de centro; la gente del Yuruparí, que es sector de Mirití, Apaporis; y la gente de agua que son los compañeros Tikuna, Cocama y Yagua, que también tienen que tener sus características propias sociales y culturales. Eso es algo que se ha identificado desde la Comisión Técnica y desde ahí se está construyendo la política de salud con enfoque territorial y cultural. (Secretario técnico de la comisión, 2022)

Dado que la segunda fase se encuentra en un estado incipiente en el departamento, aún no se han empezado las gestiones para desarrollar la última fase de implementación del SISPI. Esta etapa, que abarca la concertación, coordinación y articulación para la implementación del sistema, debe enfocarse en el establecimiento de acuerdos para la financiación de cada una de las propuestas de salud diseñadas con las organizaciones indígenas. También debe orientarse a la construcción de acuerdos intersectoriales, en el marco de la intervención de los determinantes de la salud como el patrimonio natural y cultural, el saneamiento básico, la autonomía alimentaria, entre otros (MinSalud, 2016).

Tanto los actores comunitarios como los estatales concuerdan que el avance en el desarrollo de estas fases de implementación del SISPI, especialmente de la primera, se vio afectado por las restricciones sanitarias a causa de la pandemia de Covid-19. Durante el año 2020 y parte del 2021, no fue posible el desplazamiento de los profesionales encargados de la consolidación de la información sociocultural. Tampoco se pudieron coordinar las reuniones entre las asociaciones indígenas y los cabildos, para empezar el relacionamiento de la estructuración del SISPI con otros procesos propios como los planes de vida.

Limitantes y retos en los procesos organizativos del SISPI

Dado que se viene trabajando de manera simultánea en la estructuración del SISPI y en los diversos procesos de adecuación sociocultural de los servicios de salud, las personas en las comunidades tienden a confundir las actividades que se desarrollan en sus territorios y los compromisos pactados con las entidades u organizaciones en múltiples reuniones. En este sentido, las expectativas frente al SISPI se enfocan principalmente en la posible remuneración económica de los sabedores y sabedoras, al margen de que este pago provenga de las AATIs, Mallamás o del Plan de Intervenciones Colectivas.

Lo anterior se refleja en un descontento frente a lo que consideran un incumplimiento a los acuerdos pactados y la falta de acciones concretas para repartir un “salario” a los sabedores y sabedoras de manera justa. Para ellos tampoco es claro cuáles podrían ser los beneficios del SISPI con respecto a la atención que reciben actualmente, lo que evidencia la ausencia de un proceso serio y continuo de construcción desde las bases y la necesidad de una socialización adecuada y efectiva de los componentes de este sistema, de las actividades que serán coordinadas en los territorios y de los roles de los actores involucrados.

Por su parte, los cabildos han señalado que no tienen claro cuál podría ser su aporte real al proceso de estructuración e implementación del SISPI y menos la manera como este sistema se puede articular con los planes de vida. Las autoridades tradicionales de muchas comunidades saben de la existencia del plan de vida de su asociación, pero desconocen su contenido y en muchos casos no lo tienen en cuenta en los procesos organizativos dentro de sus territorios. Algunos curacas consideran que no sólo se debe trabajar más en la socialización del contenido del sistema, sino que también es vital llegar a los sabedores y sabedoras de una forma en que ellos entiendan que son parte fundamental del SISPI y que tienen tanto voz como voto para definir la puesta en práctica de la salud propia e intercultural en sus comunidades.

A lo anterior se suma la necesidad de revisar y hasta de replantear el componente de salud de los planes de vida de las AATIs. En muchos de estos planes el tema de la salud propia se abarca de manera limitada, comúnmente a través de un listado de proyectos que no necesariamente responden a la visión de lo que se espera en el territorio, es decir, no están alineados con ese componente tradicional. Tampoco se cuenta con directrices claras respecto al manejo de la interculturalidad en salud.

Como instrumentos de planeación y ordenamiento territorial, los planes de vida son esenciales para administrar las competencias y funciones públicas asociadas a la implementación del SISPI (Sinergias, 2021), por lo que dicha situación debe ser analizada y manejada por las organizaciones indígenas, para apoyar a las comunidades con capacitación y asistencia técnica:

Evidentemente necesitan una asesoría (las comunidades), necesitan que una persona que sepa, que conozca la norma, que conozca de salud y que sea como un puente, porque de pronto ellos lo quieren hacer, pero pues como van a defender algo que de pronto no conocen muy bien. Ahí también la clave es que cada AATI ojalá tuviera una persona que les estuviera asesorando también en la implementación del SISPI porque si no, pues vamos a seguir en las mismas, o sea ellos luchando solitos y no vamos avanzar de pronto en el corto plazo. (Funcionaria Hospital San Rafael, 2022)

Frente al tema de trabajo comunitario para la estructuración del sistema, algunos de los delegados de las asociaciones indígenas, reconocen y hacen un llamado a las autoridades de las comunidades para que asuman un rol más activo y continuo en el acompañamiento de este proceso. Consideran que la expectativa de una remuneración económica por parte de algunos líderes comunitarios ha limitado su participación en el desarrollo de la primera fase del SISPI, por lo que afirman categóricamente que en el liderazgo indígena la búsqueda del bienestar colectivo de los pueblos debe primar sobre los intereses personales.

Asimismo, resaltan la importancia de la continuidad en la asistencia de las personas que participan en las reuniones o talleres realizados tanto por las organizaciones indígenas como por las instituciones departamentales. Frecuentemente se encuentran con una alta rotación de cabildos o sabedores y sabedoras, por lo que consideran que es difícil lograr que estas personas se apropien de los conceptos y actividades que se desarrollan en estos espacios y, además, que los repliquen de manera eficiente en sus comunidades. Si bien las AATIs deben mejorar sus estrategias de trabajo conjunto con las autoridades comunitarias, es necesario también que los cabildos se motiven a tomar una posición más activa frente a los mecanismos de comunicación y concertación con las asociaciones.

Con respecto a la articulación entre las coordinaciones de salud de las asociaciones y de las organizaciones indígenas, se considera necesario fortalecer los espacios de comunicación para tener un acercamiento más efectivo entre los delegados involucrados en la estructuración del SISPI. Si bien la comisión técnica del departamento ha ayudado en este proceso de diálogo, algunos coordinadores mencionaron que se han reducido los espacios de interlocución y construcción colectiva fuera de Leticia, por lo que la comunicación con las organizaciones nacionales en muchos casos se limita al contacto con los presidentes de las asociaciones, situación similar a lo que ocurre con respecto a las comunidades.

Es importante tener en cuenta que la OPIAC y la ONIC tienen sus propias agendas de trabajo con las AATIs y que estas asociaciones a su vez tienen actividades programadas con la Secretaría de Salud y otras instituciones municipales. Lo anterior hace evidente la importancia de reducir la brecha de comunicación en todos los niveles de organización, especialmente en lo comunitario, para evitar un mayor distanciamiento de los actores involucrados en todos los procesos del SISPI, reducir la duplicidad en los esfuerzos de estructuración, el riesgo de generar resultados divergentes que compitan entre sí, de tal manera que el trabajo colectivo sea más efectivo para la puesta en práctica del sistema en los territorios indígenas.

Algunos delegados de las organizaciones de nivel nacional y de las instituciones de salud han expresado su preocupación frente a la continuidad del trabajo adelantado por las AATIs en el marco de los convenios, una vez se termina el plazo de ejecución. Para ellos, parte del problema es que estas actividades son en su mayoría propuestas y financiadas por las instituciones estatales, por lo que la atención se centra en ejecutar los recursos económicos más que en proyectar y dar continuidad a los beneficios de ese trabajo para las comunidades.

Por esta razón, consideran que todas las actividades que estén encaminadas al fortalecimiento de lo propio deben partir de un liderazgo organizativo, así como de la autonomía e identidad cultural por parte de las asociaciones indígenas. En el caso de los modelos de salud propia, su puesta en práctica en las comunidades va a requerir de un alto nivel de compromiso y de trabajo colectivo con las asociaciones, para garantizar su continuidad más allá de lo que quede establecido en los convenios intersectoriales.

Cabe aclarar que este tipo de convenios suelen tener tiempos de ejecución y recursos limitados para todo el trabajo que implica el proceso de caracterización de los pueblos indígenas. Por ejemplo, en la caracterización sociocultural realizada por ACITAM se señala que el convenio sólo aportó recursos para la realización de dos asambleas, por lo que fue insuficiente para la recopilación de la información requerida. En consecuencia, no se contó con la participación de todas las comunidades y se debieron tomar como referencia investigaciones documentales hechas previamente (ACITAM, 2019).

La voluntad política de los gobernantes se considera un factor determinante para la implementación del SISPI. Tanto los actores comunitarios como institucionales coinciden en que ha habido una fluctuación en los avances con respecto a la salud propia e intercultural, dependiendo del grado de interés de la administración de turno a nivel departamental y/o nacional. En este sentido, se han encontrado con obstáculos para adelantar los planes de acción, gestionar los recursos para la operativización del SISPI y desarrollar las fases en los tiempos presupuestados.

Como lo señala un funcionario de la OPIAC, las organizaciones indígenas juegan un papel importante para lograr que se prioricen, entre otras cosas, los modelos de salud propia en la agenda política. En este sentido, afirma que los líderes indígenas en todos sus niveles de organización tienen la responsabilidad de confrontar las personas que se presentan como candidatos, para conocer cómo van a garantizar la inclusión de la visión de salud propia en los planes de desarrollo.

Uno de los puntos más complejos que se ha discutido entre las organizaciones indígenas y las entidades del estado, es la ruta que deben transitar para la integración entre el SISPI y el SGSSS. Desde el punto de vista de las organizaciones, el Estado quiere continuar con la hegemonía del sistema biomédico y que la medicina tradicional sea manejada como un complemento, más no

como un sistema de igual importancia para el país. Como lo explica un delegado de estas organizaciones indígenas, su posición frente a las entidades estatales es que el SISPI no debe someterse a un sistema que ya existe:

¿Qué quiere el gobierno?, que nosotros seamos un apéndice del Sistema General de Seguridad Social y nosotros le hemos dicho que no. Aquí debe haber un paralelo entre los dos, dos sistemas totalmente iguales, con sus fuentes de financiación, con su estructura propia digamos administrativa, organizativa, con su infraestructura de prestación de los servicios. Quien debe transitar al SISPI son las instituciones que están en el Sistema General, llámese como se llame, o sea, ahí no vamos a decir que se van a seguir llamando EPS, IPS, no sabemos, pero quien debe transitar al SISPI son las instituciones, no el SISPI hacia ellos, porque prácticamente al nosotros transitar allá nos tendríamos que someter a lo que ya está en un sistema creado, o sea, no crearíamos nada, iríamos a pegarnos allá. (Miembro de OPIAC, 2022)

Estiman que es más equitativo y viable para la continuidad del SISPI que se creen estructuras administrativas propias. Afirman que las EPS e IPS indígenas se rigen por lo estipulado en la Ley 100 y, además, hay entidades que les pertenecen a personas que no hacen parte de los pueblos indígenas, pero cuentan con el apoyo de autoridades tradicionales para su constitución. Por este motivo, hacen un cuestionamiento frente a la sostenibilidad de estas entidades que para ellos no representan las visiones indígenas y que en la práctica no se distinguen de las otras que no tienen ese carácter diferencial.

Consideraciones sobre la implementación del SISPI en el departamento

El SISPI, como su nombre lo indica, es un sistema indígena que debe ser abanderado por todas sus estructuras político-organizativas, ya sean comunitarias, regionales o de nivel nacional. Es posible que en las comunidades donde la medicina tradicional sea el sistema predominante de atención a la salud, haya inconformidades o dudas con respecto al beneficio de su implementación y a la posible imposición de procesos occidentales que pueden desarmonizar sus territorios.

Por tal razón, el camino de la estructuración del SISPI necesita partir de una respuesta clara del porqué y para qué los diversos pueblos indígenas quieren implementarlo. Lo anterior es clave para que puedan establecer, desde sus organizaciones de base, tanto las motivaciones como las expectativas de los alcances de la salud propia bajo este sistema. Si bien las entidades estatales pueden apoyar estos procesos, son las propias organizaciones quienes deben llegar a estas respuestas, especialmente con la participación de las autoridades tradicionales y los sabedores, a través de sus espacios propios de diálogo en las comunidades.

Las caracterizaciones socioculturales no sólo aportan sustancialmente a resolver estos interrogantes, sino que también le ayudan a las organizaciones a entender la visión del manejo del territorio, ya sea por pueblo o por relaciones multiétnicas. Esto último es relevante para comprender las formas de relacionamiento, sobre todo en áreas como el sur del departamento de Amazonas, donde hay movimientos migratorios importantes y conviven personas de diversos pueblos en una misma comunidad.

Sin embargo, es indispensable que las caracterizaciones que están elaborando las AATIs vayan más allá de un diagnóstico y generen elementos prácticos para desarrollar espacios de trabajo con las comunidades. La participación directa de los cabildos y los sabedores es fundamental para que se viabilice la puesta en práctica del SISPI en el territorio y se articule este sistema con los planes de vida existentes.

De igual manera, es importante analizar el estado del componente de salud de los planes de vida en términos de su estructura, de lo que se ha logrado con este y si vale la pena conservarlo o modificarlo. Según algunos delegados de las organizaciones de nivel nacional, los planes de vida elaborados por las AATIs en el departamento tienden a fortalecer los componentes que reciben mayor apoyo económico de la gobernación u otras instituciones públicas o privadas, por lo que el trabajo en salud propia e intercultural suele ser limitado en las comunidades.

Bajo este contexto, el componente de salud en los planes de vida requiere una mirada más exhaustiva, no solo desde cada asociación por separado, sino desde las AATIs en su conjunto. Esto es necesario para definir, a partir de un consenso, qué es lo propio, a fin de unificar y clarificar las nominaciones de especialistas y sabedores, que varían de una caracterización a otra; fortalecer las rutas de atención intercultural dentro y fuera de las comunidades y, especialmente, hacer el seguimiento de estos procesos con el apoyo del cabildo, auxiliares de salud y quienes ejercen la medicina tradicional.

El lenguaje común en los planes de vida, además de ser básico para la articulación de los procesos metodológicos de las asociaciones y organizaciones indígenas, también facilita la comunicación con las entidades departamentales y la puesta en práctica de un enfoque intercultural en la atención a la salud. Asimismo, los entes territoriales deben apoyar el trabajo de las AATIs para la inclusión de aquellos planes dentro de los de desarrollo municipales y departamentales.

Como lo señalan Martínez et al. (2015), el fortalecimiento del componente de salud requiere de un marco estratégico coherente y una apropiación presupuestal para garantizar la continuidad de las iniciativas definidas en el mismo. Igualmente, la integración de algunos elementos transversales que permitan consolidar propuestas articuladas con los planes territoriales de salud y, además, fomenten las iniciativas orientadas al fortalecimiento de las capacidades técnicas y administrativas de los miembros de las asociaciones indígenas.

El éxito de la construcción e implementación de los modelos de salud, en la segunda fase del SISPI, dependerá en gran medida de la articulación con las organizaciones de base y de su empalme con las actividades definidas en los planes de vida. Estos procesos, además de estar articulados entre sí, deben alinearse con la ruta metodológica establecida a nivel nacional con el MPS, dado que esta ruta es flexible, aporta unas líneas metodológicas amplias que aplican de manera genérica y deben adaptarse conforme a las especificidades de cada pueblo indígena o territorio.

Este proceso de adaptación de la metodología al contexto sociocultural del departamento también devela las disparidades en la capacidad técnica destinada para la construcción de los modelos de salud. Por ejemplo, la caracterización sociocultural de la Asociación de Capitanes Indígenas del Yaigojé Apaporis (ACIYA), fue elaborada con importante apoyo técnico, logístico y financiero de la fundación Gaia Amazonas. En contraste, otras asociaciones han tenido que trabajar por su cuenta o con limitados apoyos destinados por la gobernación o el MPS.

La experiencia técnica y profesional de las ONG e instituciones académicas es fundamental para acompañar y fortalecer el trabajo que vienen adelantando las organizaciones indígenas desde su conocimiento del territorio y su cosmogonía. Este trabajo articulado puede facilitar el desarrollo de las acciones enmarcadas en los Decretos 1953 de 2014 y el 632 de 2018 (para áreas no municipalizadas), siempre y cuando se tenga presente que, el SISPI, debe ser un proceso liderado por las organizaciones indígenas con opciones de asistencia técnica funcionales y de calidad.

Si las organizaciones no tienen claro lo que tienen y quieren en sus territorios, las experiencias de interculturalidad pueden terminar siendo un ejercicio de validación de modelos externos que son visiblemente ajenos a los contextos socioculturales de los pueblos indígenas. Por este motivo, la educación propia debe considerarse como una columna en la que se soporten, de manera constante, los procesos de formación y transmisión del conocimiento tradicional, los cuales deben ser incorporados a los componentes del SISPI.

El ideal es que estas organizaciones indígenas continúen fortaleciendo las capacidades técnicas y administrativas de sus líderes, para que, en el mediano plazo, estos sean los que capaciten en temas de interculturalidad y definan con las entidades territoriales el camino para la implementación del SISPI. Es claro que no hay una única ruta para cumplir dicho propósito, pero las experiencias de trabajo conjunto van a permitir que se ajusten los procesos para que la puesta en práctica de los modelos de salud sea eficiente y acorde a las necesidades de la población local.

Finalmente, es fundamental prever potenciales resultados inesperados de estos procesos. Uno de ellos es cómo la lucha por la autonomía, que jalonó el proceso de salud indígena en Brasil, terminó transformando la esencia de las organizaciones indígenas de “beligerantes” y luchadoras por los derechos a la de “operadores o contratistas” del Estado con limitadas posibilidades de diferenciarse de aquello que querían cambiar (Diehl & Langdon, 2018).

Conclusiones

El análisis de la estructuración de este sistema permitió identificar algunos limitantes y retos en los procesos organizativos. Si bien los sabedores y cabildos son pilares en el proceso de estructuración e implementación del SISPI, a nivel comunitario no es claro su rol. Tampoco se ha hecho hincapié en cómo este sistema se debería articular con los actuales planes de vida y complementarlos. Lo anterior ha incidido en que, algunas autoridades tradicionales, no tengan un rol activo ni constante en el proceso y tampoco se encuentren interesados en promover las actividades de socialización y concertación dentro de sus comunidades y con las asociaciones indígenas.

Igualmente, se observó una brecha de comunicación en todos los niveles de organización indígena, especialmente, en lo comunitario, lo que ha llevado a un distanciamiento de los actores involucrados en todos los procesos del SISPI. Se debe promover, entonces, un trabajo más articulado entre las organizaciones, para que sus esfuerzos individuales sean complementarios y efectivos para la puesta en práctica del sistema en los territorios indígenas. La falta de claridad frente a la ruta que deben transitar para la integración entre el SISPI y el SGSSS puede afectar la viabilidad de su implementación a largo plazo.

El avance en el proceso de trabajo intersectorial, en el Departamento del Amazonas, muestra el largo camino que queda para la puesta en práctica del SISPI en el territorio. Si bien hay una noción básica del porqué y para qué se implementa, aún no son claros los alcances de la salud propia bajo este sistema. Es importante tener en cuenta que, la normatividad en salud, es muy amplia, por lo que las organizaciones deben tener en claro lo que tienen y quieren en sus territorios. Para esto, es necesario que se llegue a un consenso de qué es lo propio, se unifiquen las nominaciones de especialistas de los sabedores y sus roles en los modelos propuestos y se fortalezcan las rutas de atención intercultural dentro y fuera de las comunidades.

Dados los altos costos logísticos y las implicaciones frente a la credibilidad que hay en el Estado y en las propias autoridades indígenas, sería de especial interés garantizar ajustes en la metodología del SISPI para que haya (a) asesorías técnicas especializadas para la construcción de las propuestas, (b) ejercicios continuos de discusión y construcción del SISPI en las comunidades, usando estrategias de acompañamiento y seguimiento adecuadas al medio (radio de comunicaciones, podcasts, redes sociales) y (c) decisiones sobre elementos del SISPI que se pueden implementar y articular con el SGSSS en cada una de las fases de construcción, estableciendo mecanismos de seguimiento adecuados. Es fundamental que, estos temas, sean incorporados a las discusiones coyunturales de la reforma de salud por la que atraviesa Colombia y no se invisibilicen nuevamente las prioridades de los pueblos indígenas.

Nota de autoría

Lina Paola Garzón Garzón. Investigadora Principal. Encargada de trabajo de campo, análisis de datos, redacción y revisión final del manuscrito.

José Pablo Montoya Chica. Coinvestigador. Encargado de análisis de datos, redacción y revisión final del manuscrito.

Gustavo Suárez Lucas. Coinvestigador. Encargado de recolección de datos, redacción y revisión final del manuscrito.

Financiamiento

Esta investigación fue realizada con fondos provenientes del Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación (MinCiencias), Convocatoria 891 de 2020 – Estancias posdoctorales, en el marco del proyecto “Incidencia de los ejercicios de diálogos de saberes en la construcción de un protocolo intercultural, para la articulación de los conocimientos tradicionales y biomédicos en los diferentes niveles de atención de la salud en la Amazonia colombiana”.

Conflicto de intereses

Los autores declaran la inexistencia de conflicto de interés con institución o asociación comercial de cualquier índole.

Referencias

- Asociación de Cabildos Indígenas del Trapecio Amazónico. (2019). *Informe técnico convenio 000018 de 2019* [Informe]. Asociación de Cabildos Indígenas del Trapecio Amazónico.
- Aguilar-Peña, M., Tobar, M. F., & García-Perdomo, H. A. (2020). Salud intercultural y el modelo de salud propio indígena. *Salud Pública*, 22(4), 1-5. <https://doi.org/10.15446/rsap.V22n4.87320>
- Alcaldía de Puerto Nariño. (2013). *Intervención denominada “Construcción de la ruta de atención diferenciada de las enfermedades priorizadas: Enfermedad Diarreica Aguda e Infección Respiratoria Aguda”*. Oficina de Salud Pública, Alcaldía de Puerto Nariño.
- Alcaldía de Puerto Nariño. (2022). *Censo médicos tradicionales y parteras 2022* [Informe]. Oficina de Salud Pública; Alcaldía de Puerto Nariño.
- Arcia-Garjales, J. H., Gallego-Cortés, C., & Soto-Toborda, H. D., (2022). Gobierno espiritual y medicina tradicional en la parcialidad indígena karambá, Quinchía (Risaralda). *Revista Cultura y Droga*, 27(34), 42-65. <https://doi.org/10.17151/culdr.2022.27.34.3>
- Diehl E. E., & Langdon E. J. (2018). Indigenous participation in primary care services in Brazil: Autonomy or bureaucratization? *Regions and Cohesions*. 8(1), 54-76. <https://doi.org/10.3167/reco.2018.080104>
- Garzón, L. P. (2017). ¿El desarrollo local desde y para quién? Análisis de la formulación e implementación de proyectos estatales en comunidades indígenas amazónicas. *Gestión y Ambiente*, 20(2), 244-252. <https://doi.org/10.15446/ga.v20n2.65642>
- Homez, A. Y., Romero, A. Y., & Santa, S. T. (2019). *Diversidad étnica y cultural en materia de salud para pueblos indígenas en Colombia*. [Tesis de pregrado, Universidad Cooperativa de Colombia]. Repositorio. https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/13415/1/2019_diversidad_etnica_cultural.pdf
- Langdon, E. J. (2018). Salud indígena en Brasil: pluralismo médico y autoatención. (2018). *Desacatos Revista de Ciencias Sociales*, (58), 8–15. <https://doi.org/10.29340/58.1993>
- Menéndez, E. L. (2018). Autoatención de los padecimientos y algunos imaginarios antropológicos. *Desacatos Revista de Antropología Social*, (58), 104-13. <https://doi.org/10.29340/58.1999>

- Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud). (2016). *Guía metodológica para la construcción de contenidos de los componentes e implementación del SISPI*. Ministerio de Salud y Protección Social.
- Martínez, P. A, Montoya-Chica, P. J., & Caicedo-Sandoval, E. C. (2015). Salud en los planes integrales de vida: aproximación a cuatro organizaciones indígenas del departamento del Vaupés. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 33(3), 335-344. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v33n3a02>
- Montoya, E., García, A., & Catullo, L. (2013). *Iniciativas por la Salud Pública. IV Conversatorio sobre salud indígena. Avances y retos en los Sistemas de Salud Interculturales*. Universidad de Antioquia.
- Preciado, I. C. (2019). Una perspectiva crítica de las políticas públicas en salud: El caso del resguardo indígena Ticoya en la Amazonia colombiana. *Revista Internacional de Cooperación y Desarrollo*, 6(1), 196-214. <https://doi.org/10.21500/23825014.4016>
- Presidencia de la República de Colombia. (2014). *Decreto 1953 de 2014. Por el cual se crea un régimen especial con el fin de poner en funcionamiento los Territorios Indígenas respecto de la administración de los sistemas propios de los pueblos indígenas*. Diario Oficial N.º 49297 del 7 de octubre de 2014. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=59636>
- Presidencia de la República de Colombia. (2014). *Decreto 632 de 2018. Por el cual se dictan las normas fiscales y demás necesarias para poner en funcionamiento los territorios indígenas ubicados en áreas no municipalizadas de los departamentos de Amazonas, Guainía y Vaupés*. Diario Oficial N.º 50561 del 11 de abril de 2018. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=164152>
- Patiño, A. E., & Sandín, M. (2014). Diálogo y respeto: bases para la construcción de un sistema de salud intercultural para las comunidades indígenas de Puerto Nariño, Amazonas, Colombia. *Salud Colectiva*, 10(3), 379-396. <https://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/400/419>
- Rengifo, E., Rios-Torres, S., Fachín, L., & Vargas-Arana, G. (2017). Saberes ancestrales sobre el uso de flora y fauna en la comunidad indígena Tikuna de Cushillo Cocha, zona fronteriza Perú-Colombia-Brasil. *Revista peruana de biología*, 24(1), 1067-1078. <http://dx.doi.org/10.15381/rpb.v24i1.13108>

Sinergias. (2021). *Fortalecimiento de capacidades para la gobernanza territorial en salud*. Sinergias.

Soto, J. J., & Cuaical, E. A. (2018). *Diseño de evaluación del programa de atención intercultural dirigido a la población infantil indígena del norte del cauca, implementado en el marco del modelo de cuidado en salud propio intercultural*. [Tesis de Maestría, Universidad Pontificia Javeriana]. Repositorio. <https://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/handle/10893/12545/CB-0574772.pdf?sequence=1>

Urrego-Rodríguez, J. H. (2020). Las luchas indígenas por el derecho fundamental a la salud propio e intercultural en Colombia. *Saúde Debate*, 44(1), 79-90. <https://revista.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/2890/669>

Vélez-Álvarez, C., Arias-Giraldo, V., Orozco-Castillo, L., & Jaramillo-Ángel, C. P. (2021). Propuesta metodológica para la gestión del sistema indígena de salud intercultural. *Cultura, Educación y Sociedad*, 12(2), 147-164. <https://doi.org/10.17981/cultedusoc.12.2.2021.09>