



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

Mestrado em Políticas de bem-estar em perspectiva:

Evolução, Conceitos e Actores/Phoenix Erasmus Mundus: Dynamics of Health and Welfare

**ANÁLISIS DE LAS POLITICAS PÚBLICAS DE SALUD PARA LOS INDIGENAS EN
COLOMBIA.**

Las prioridades del Estado y la efectividad del concepto de discriminación positiva

Adriana Muñoz Sánchez

Orientadora Prof. Doctora Laurinda Faria Santos Abreu (Universidade de Évora)

Co – orientadora Prof. Doctora Kristin Zeiler (Linkoping Universitet)

- Évora, 2011-



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

Mestrado em Políticas de bem-estar em perspectiva:

Evolução, Conceitos e Actores/*Phoenix Erasmus Mundus: Dynamics of Health and Welfare*

**ANÁLISIS DE LAS POLITICAS PÚBLICAS DE SALUD PARA LOS INDIGENAS
EN COLOMBIA.**

**Las prioridades del Estado y la efectividad del concepto de discriminación
positiva**

Adriana Muñoz Sánchez

Orientadora Prof. Doctora Laurinda Faria Santos Abreu (Universidade de Évora)

Co – orientadora Prof. Doctora Kristin Zeiler (Linkoping Universitet)

- Évora, 2011-

RESUMEN

Análisis de las Políticas de salud para los indígenas en Colombia. Las prioridades del Estado y la efectividad del concepto de discriminación positiva

El reconocimiento de la diversidad cultural al interior de las sociedades ha conferido una nueva dimensión al principio de igualdad dentro de los Estados democráticos, de la cual Colombia ha sido vista como pionera. Haciendo un análisis del discurso de la normatividad en materia de salud dirigida a las poblaciones indígenas, el principal objetivo de esa tesis es el de conocer las prioridades establecidas por la legislación en Colombia y analizar su coherencia con el discurso sobre la igualdad y las medidas de discriminación positiva creadas para desarrollarlo. Este trabajo discute también las nociones de pobreza y vulnerabilidad aplicada a los indígenas y la forma como dichos preceptos desembocan en una cierta concepción de la igualdad la cual satisface sólo parcialmente las finalidades buscadas por las medidas de discriminación positiva.

Palabras claves: igualdad, discriminación positiva, políticas de salud, poblaciones indígenas.

RESUMO

Análise das políticas de saúde para os indígenas na Colômbia. As prioridades do estado e a efectividade do conceito da discriminação positiva.

O reconhecimento da diversidade cultural nas sociedades tem conferido uma nova dimensão ao princípio da igualdade dentro dos Estados democráticos, da qual Colômbia tem sido vista como pioneira. Fazendo uma análise do discurso da normatividade nas questões de saúde dirigida às populações indígenas, o principal objectivo desta tese é o de conhecer as prioridades estabelecidas pela legislação e analisar a sua coerência com o discurso sobre a igualdade e as medidas de discriminação positiva criadas para o desenvolver. Este trabalho discute também as noções de pobreza e vulnerabilidade aplicadas aos indígenas e a forma como a referida regulamentação cria uma certa concepção de igualdade, a qual só satisfaz parcialmente as finalidades que as medidas de discriminação positiva procuram atingir.

Palavras chaves: igualdade, discriminação positiva, políticas de saúde, populações indígenas.

ABSTRACT

Analysis of health policies for indigenous people in Colombia. The state's priorities and effectiveness of the concept of affirmative action

The recognition of cultural diversity within societies has given a new dimension to the principle of equality within democratic states, of which Colombia has been seen as a pioneer. By making an analysis of the discourse of health regulations aimed at indigenous people, the main objective of this thesis is to know the priorities established by the legislation in Colombia as well as analyze its consistency with both, the discourse on equality and affirmative action measures created to develop it. This study also discusses the notions of poverty and vulnerability as applied to indigenous people and the way these notions lead to a certain conception of equality which only partially meets the objectives sought by affirmative action.

Keywords: equality, affirmative action, health policy, indigenous people.

INDICE

AGRADECIMIENTOS	1
SIGLAS E ACRÓNIMOS	3
INTRODUCCIÓN	4
1. El reconocimiento de la individualidad de las poblaciones indígenas en materia legislativa.	4
2. El discurso de la salud para indígenas en el seno de los organismos internacionales.	7
3. El análisis de políticas en el caso colombiano: estado del arte y propuestas de trabajo.	9
3.1. El análisis de políticas públicas, el Estado y el rol del sistema jurídico.	15
3.2. El análisis del discurso y el derecho.	17
3.3. El concepto de efectividad y las políticas de salud pública.	19
4. Los objetivos y preguntas orientadoras del estudio.	20
CAPITULO I	
EL DISCURSO SOBRE LA IGUALDAD, SUS DIMENSIONES E IMPLICACIONES EN SALUD	24
1. La igualdad frente a la justicia y la equidad.	24
2. El desafío del <i>Welfare state</i> : ¿la igualdad real?	30
3. Discriminación positiva o la desigualdad dentro de la igualdad.	37
4. La deriva multiculturalista: igualdad como diferencia.	43
5. La importancia de la igualdad en el discurso de las políticas de salud en América Latina.	48
CAPITULO II	
EL CASO COLOMBIANO Y LA CUESTION INDÍGENA: LA EMERGENCIA DE UN PROCESO	58
1. Breves apuntes sobre el contexto histórico.	58
2. La génesis institucional de la lucha contra la discriminación: el desarrollo de las primeras medidas en materia de educación.	63
3. El proyecto de integración de la Constitución de 1991:	

igualdad y reconocimiento de la diferencia.	70
4. La visibilidad de los indígenas dentro de los grupos étnicos.	73

CAPITULO III

ETNICIDAD Y SALUD: LA IGUALDAD, EL ESTADO Y LA LEGISLACIÓN PARA LOS INDÍGENAS EN COLOMBIA

LOS INDÍGENAS EN COLOMBIA	77
1. El Anterior Sistema de Salud.	77
2. El Nuevo Sistema de Salud	81
3. Presentación del campo legislativo de la salud para poblaciones indígenas hasta el año 2005.	86
4. Análisis discursivo de las leyes: el tema de las prioridades.	91
4.1. El discurso oficial: la consideración a las características culturales de las poblaciones indígenas.	91
4.2. Las prerrogativas a favor de los indígenas.	94

CAPITULO IV

LA IGUALDAD SOCIECONÓMICA Y LA PROHIBICIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN NEGATIVA: ALGUNOS APUNTES SOBRE LA REDISTRIBUCIÓN Y EL RECONOCIMIENTO

1. La asociación de las poblaciones indígenas con las poblaciones pobres y vulnerables.	101
1.1. La “distribución” de la salud.	106
2. La discriminación positiva como criterio apropiado para pensar la legislación en salud para los indígenas.	109
2.1. La visión paternalista y las políticas de salud para indígenas.	111
2.2. La promoción de nuevas formas de desigualdad y las medidas de discriminación positiva.	113

CONCLUSIONES

FUENTES Y REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

AGRADECIMIENTOS

El programa internacional Erasmus Mundus Master PhoenixEM *Dynamics of Health and Welfare* dentro del cual se inscribe el Master que finaliza con ésta monografía, ha sido un apoyo y un motor que me permitió vivir en la práctica, la experiencia de sociedades con sistemas de salud diferentes. Esa es la interpretación que yo asigno al sistema de movilidad que está determinado dentro del programa.

A éste sistema le debo también mi experiencia académica en la Universidad de Évora en Portugal y mi paso por la Universidad de Linköping en Suecia. A la primera le debo el haberme dotado de un contexto histórico para la comprensión de los sistemas de bienestar en Europa. En cuanto a la segunda, los seminarios sobre los determinantes de la salud fueron claves para entender las relaciones entre lo social, lo político y el campo sanitario. Además, a los profesores Sam Willner y Jan Sundin mi reconocimiento especial por el apoyo y la excelente disposición que siempre demostraron para atender las inquietudes de los estudiantes.

A mi Directora, la doctora Laurinda Abreu le agradezco sus permanentes orientaciones y su facilidad para ayudarme a precisar mis ideas a veces bastante vaporosas. Mi co – orientadora, la Doctora Kristin Zeiler fue clave para hacerme entender las fronteras tan delicadas entre el concepto de justicia y el concepto de igualdad.

A todas las personas que conocí durante ésta experiencia, tanto de éste lado del mundo como de todos los otros, -parafraseando a Julio Cortázar-, infinitas gracias por las conversaciones cotidianas que sostuvimos. Convencida que cualquier investigación debe partir de un tema que nos apasione, cualquier encuentro es propicio para intercambiar ideas, conceptos y enriquecer nuestra manera de ver las cosas.

Especial reconocimiento a Víctor porque además de éstos encuentros, dedicó tiempo a pensar en cada una de mis ideas. Sus reflexiones ayudaron a dar forma y

precisión a muchas de ellas. En lo que tiene que ver con las que a pesar de todo quedaron evanescentes, ideas y/o reflexiones demasiado dispersas yo me atribuyo toda la responsabilidad.

SIGLAS Y ACRÓNIMOS

AATEC	Atención en Accidentes de Tránsito y Eventos Catastróficos
AIU	Atención Inicial de Urgencias
ANC	Asamblea Nacional Constituyente
ARS	Administradoras del Régimen Subsidiado
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BM	Banco Mundial
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
COLCIENCIAS	Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación de Colombia.
CNSSS	Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud
CRIC	Consejo Regional Indígena del Cauca
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
EPS	Entidad Promotora de Salud
FMI	Fondo Monetario Internacional
ICBF	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
IPS	Institución Prestadora de Servicios
ISS	Instituto de Seguros Sociales
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONIC	Organización Nacional Indígena de Colombia
ONU	Organización de Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAB	Plan de Atención Básica
POS	Plan Obligatorio de Salud
POS - S	Plan Obligatorio de Salud Subsidiado
POS - C	Plan Obligatorio de Salud Contributivo
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud

INTRODUCCIÓN

1. El reconocimiento de la individualidad de las poblaciones indígenas en materia legislativa.

Diferentes instrumentos internacionales como la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial, la Declaración de los Derechos de las Personas Pertenecientes a las Minorías Nacionales, Étnicas, Religiosas o Idiomáticas, la Convención Americana sobre Derechos Humanos, reconocen la universalidad del derecho a la salud y promulgan una participación activa de los Estados para que éste reconocimiento sea una realidad.

Sin embargo, hablar de políticas públicas para determinados grupos de una sociedad no es una tarea fácil. ¿Por qué los Estados adoptan medidas dirigidas a ciertos grupos de la población? ¿A qué grupos de la sociedad se dirigen? ¿Cuáles son las bases teóricas de dicha focalización? ¿Cuáles son los factores que van a configurar el diseño de una política especial?

Aunque muchos son los factores que han contribuido a dar visibilidad al problema de los indígenas el contexto internacional representa un elemento importante. Si bien es cierto éste factor no puede entenderse de manera aislada, sí representa un elemento indispensable en el momento de analizar el desarrollo de las políticas públicas específicas para grupos indígenas en países como Colombia o México. Diversos intereses los habrían llevado a centrar su atención en la elaboración y puesta en marcha de políticas específicas para determinados grupos de la sociedad.

La Organización de Naciones Unidas ONU aborda el tratamiento de algunos grupos étnicos como los indígenas y los afro descendientes dentro de una perspectiva global de lucha contra todas las formas de discriminación racial y ello desde 1948. Debemos entender aquí un intento por borrar las terribles huellas dejadas por el

movimiento nazi en Europa y evitar la propagación de las ideas relacionadas con la superioridad de la raza.

Ya en la década de los 70s el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas que entró en vigor el 23 de marzo de 1973, reconoce el derecho de las minorías étnicas a la preservación de su identidad cultural manifiesta en rasgos como el idioma, la religión y la vida cultural.

Por su parte, la Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia celebrada en Durban (Sudáfrica) del 31 de agosto al 8 de septiembre de 2001 parte de la constatación de discriminación y segregación existentes y propugna por el logro de una igualdad plena y efectiva para las víctimas de éste tipo de conductas, a saber, las poblaciones indígenas, los africanos y afro descendientes, los migrantes, los refugiados, romaníes, gitanos, sintis y nómadas, así como los miembros de comunidades religiosas tales como la judía, musulmana y árabe, el pueblo palestino, las personas en situación de desplazamiento forzado interno y las personas afectadas por el VIH/SIDA.

En lo que tiene que ver con el tema étnico en concreto, la Organización Internacional del Trabajo OIT fue pionera en mostrar su interés por las poblaciones indígenas. En 1930 adopta la Convención número 29 sobre el trabajo forzado para la protección de los pueblos indígenas y tribales. Su principal interés viene dado por la explotación a la cual estaban siendo sometidas éstas comunidades, es decir su abordaje se realiza a partir de la preocupación por las condiciones laborales.

Con el convenio 169 aprobado en 1989 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes, la OIT enfatiza su interés por los derechos de las minorías indígenas y reconoce a favor de éstas, el derecho de contar con un control sobre sus instituciones y formas de vida. Este convenio ha sido visto como crucial dentro del avance del reconocimiento de los derechos indígenas. Ello demanda una acción coordinada entre el Estado y las poblaciones interesadas. De la misma manera fija los lineamientos para la aplicación de medidas de discriminación positiva tendientes

al mejoramiento de las condiciones de empleo de los pueblos interesados. (art. 20)¹.

Las primeras aproximaciones al tema, -al menos en lo que tiene que ver con el contexto latinoamericano-, vienen dadas desde la relación raza y exclusión social. Es desde ésta perspectiva que instituciones como el Banco Mundial o el Banco Interamericano de Desarrollo empiezan a enfatizar su preocupación por el estado de las poblaciones indígenas de América Latina. Otros estudios señalan que estas preocupaciones deben entenderse dentro del marco de proyectos de desarrollo agrario y rural impulsados por el Banco Mundial dentro de los cuales se incluirían las comunidades indígenas. (Busso, [et. al.], 2004: 87).

A partir de los años 80, el crecimiento de la brecha de las desigualdades así como la detección de necesidades propias a distintos grupos poblacionales que requieren una atención focalizada van a ser soportadas en el discurso de la democracia participativa.

Este discurso se apoya en la idea general de que los ciudadanos pueden participar de una manera más activa en las decisiones políticas que van a afectarlos y que parte de un cuestionamiento a la tradicional democracia representativa que delegaba en algunos órganos la toma de decisiones². La creación de instancias ciudadanas a nivel local es una de las características de dicho proceso. Esta perspectiva se propaga fuertemente ligada a tendencias de descentralización en la mayoría de los países de América Latina y desemboca en las propuestas denominadas multiculturales que muchos países han implementado, al menos en el papel. (Recondo, 2005).

Este tipo de discurso fue fuertemente respaldado por los expertos internacionales que veían en los Estados una crisis de legitimidad debido principalmente a la

¹ Hasta el año 2010 había sido ratificado por una veintena de países entre los que cabe destacar la adhesión temprana de México (1990), Colombia (1991) y Bolivia (1991). (Chile, Ministerio de Salud, 2006: 9).

² Más allá de verlos como dos polos opuestos, estudios de gran peso sobre la materia coinciden en afirmar que entre la democracia participativa y la democracia representativa hay una coexistencia y una complementariedad necesarias que viene dada por una participación más activa de los individuos y se dirige hacia la construcción de nuevas gramáticas sociales. Ver Santos, B., y Avritzer, L. (2002). Introducción. En Santos, B. (org.), *Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa* (p. 39 – 85). Rio de Janeiro: Civilização brasileira.

ausencia de un sistema judicial fuerte, así como a la ineficiencia y el clientelismo. (Van Cott, (2000b: 55, citado por Wade, 2006: 69).

2. El discurso de la salud para indígenas en el seno de los organismos internacionales.

De una manera general, dos hechos son vistos como decisivos para el desarrollo de políticas de bienestar y salud: La política de la Alianza para el Progreso estimulada en la década de los 60s por el gobierno del presidente Kennedy y el llamado Consenso de Washington. Mediante la primera se propugnaba por un Estado interventor para garantizar que las sociedades latinoamericanas pudieran adaptar las estructuras y políticas propuestas por los países desarrollados, mientras que el segundo enfatizaba sobre la importancia de los mercados y de la globalización a partir de la fijación de reglas y directrices que fueron implementadas en la mayoría de los países latinoamericanos a partir de la década de los 90s. (Draibe y Riesco, 2009).

Es bajo ésta perspectiva que debe comprenderse también la implementación de reformas a los sistemas de protección social y obviamente la perspectiva bajo la cual es asumida la preocupación por las poblaciones indígenas.

En 1995 la Asamblea General de las Naciones Unidas proclamó el Decenio de los pueblos indígenas (1995 – 2004), a fin de llamar la atención de los Estados sobre la necesidad de implementar medidas de atención focalizadas para éste tipo de población.

Ya en el nuevo milenio, la Declaración que las Naciones Unidas hizo sobre los derechos de los pueblos indígenas aprobada en 2006 ha sido vista como la materialización de los postulados de la democracia participativa. De ésta manera se habría establecido un sólido terreno para hablar de un estándar de derechos colectivos a favor de las poblaciones indígenas. (Cepal, 2006: 148).

En el campo específico de la salud, la preocupación por las poblaciones indígenas

en el marco de políticas de salud en América Latina va de la mano con el rechazo a las políticas asimilacionistas que habían sido la regla desde la colonización.

La declaración de Alma Ata de 1978 de la Organización Mundial de la Salud constituye un primer punto de partida. Ha sido vista como el primer intento en el camino de la democratización de la salud a partir del énfasis que fue puesto en la definición de los cuidados de salud primarios. (Sakellarides, 2006: 84). Esta iniciativa surge dentro de un agitado contexto político caracterizado por las tensiones de la Guerra Fría y la crisis del petróleo de 1975, entre otras.

Esta nueva perspectiva destaca la participación de los individuos y de las comunidades en la gestión de su propia salud. Ya en los años 80s la OMS se dedicó a promover las políticas de salud tanto en un nivel nacional como en el contexto internacional. La Organización Panamericana de la Salud por su parte, ha contribuido a hacer visibles las relaciones entre etnicidad y salud. La variable de entrada de éste tipo de estudios parece ser las condiciones de pobreza en las que éstos grupos se encuentran.

El concepto tradicional de raza si bien no ha sido dejado de lado ha dado paso al concepto de etnicidad, que enfatiza la importancia del componente cultural. Raza es entendido pues como un concepto social, político y cultural. (OPS, 2003: 5).

Esta concepción trata de superar los debates sobre los aspectos biológicos que podrían justificar el trato diferenciado de unos grupos en relación con otros y que están en auge en los recientes debates sobre las repercusiones del género en materia de salud. Si bien la noción de raza como “la *asociación necesaria* entre ciertos rasgos corporales (como el color de la piel) que son concebidos como heredados e inmutables con unas características intelectuales y de comportamiento que se consideran irremediamente derivadas” (Restrepo, 2008: 192), ha perdido vigor, algunos intelectuales siguen considerando que cada forma de exclusión étnica se debe considerar como racismo. (Hering, 2007: 17). La cuestión es abordada ubicando la etnicidad como un determinante social de la salud, es decir como uno de los factores que puede tener influencia directa en las condiciones de vida y de salud

de un grupo determinado.

Razones de tipo étnico, económico y cultural son frecuentemente aludidas para justificar la legislación destinada a las poblaciones indígenas. Muchas veces estas tres dimensiones no se encuentran muy bien definidas o comparten límites bastante próximos. Es por ello que un recorrido por la forma cómo dicha legislación ha sido analizada nos parece pertinente para poder determinar no solamente las convergencias y divergencias entre los mencionados conceptos sino también los distintos actores involucrados, el peso de los discursos sobre la diversidad y los mecanismos más adecuados para conseguir los fines propuestos por los Estados en concordancia con el discurso internacional en materia de salud.

3. El análisis de políticas en el caso colombiano: estado del arte y propuestas de trabajo.

Para situarnos en el contexto colombiano, un breve recorrido por el tratamiento y abordaje de las políticas públicas en tanto objeto de estudio es necesario con el objetivo de situar las continuidades y transformaciones que en éste campo han sido hechas en Colombia.

De una manera general, el análisis de políticas públicas se sitúa en las fronteras de muchas disciplinas. Los estudios en ésta área se ubican sobre todo en el contexto anglosajón, más específicamente en los Estados Unidos que desde las primeras décadas del siglo XX confieren una especial atención al estudio de la acción del Estado.

Una política pública está compuesta por un conjunto de medidas concretas que pueden diferenciarse fácilmente puesto que se inscriben dentro de un marco de acción específico. Ellas están dirigidas a un público concreto y algunas veces pueden comportar decisiones de tipo autoritario ya sea explícito o latente que se caracteriza por la definición de unas metas y unos objetivos a lograr. (Mény y Thornig, 1989, citado por Muller, 2010: 22)

Así, una política pública es una acción llevada a cabo por una autoridad pública que se encamina a tratar una situación que es considerada como problemática. (Lascoumes, & Le Galès, 2007: 5). El estudio de las políticas públicas sin embargo, abarca no sólo el campo de la ciencia política sino también el de la economía o la sociología donde teóricos como Emile Durkheim o Max Weber han hecho contribuciones importantes sobre el tema³.

Una aproximación tradicional a éste tema es propuesta por Jones como un estudio lineal que sigue los siguientes pasos: identificación del problema, desarrollo del programa, la puesta en marcha o implementación, la evaluación y la terminación del programa. Si éste modo de análisis ha recibido críticas en particular concernientes a la linealidad que propone, es importante precisar que las etapas no son fijas y puede que no se sucedan en un estricto sentido.

Por otra parte, la proliferación de actores y la aparición de nuevos conceptos como estrategia, poder o sistema organizado, han añadido una buena dosis de complejidad a los estudios iniciales que situaban al Estado como único actor. (Muller, 1990: 18).⁴

Es por ello que más que referirse al término de “política pública”, los estudios recientes prefieren encarar la cuestión desde el punto de vista de la “acción pública”. El cuestionamiento sobre los conceptos de racionalidad y coherencia que son vistos como inherentes a las políticas públicas estaría en la base de ésta transformación. Desde ésta nueva perspectiva se proponen tres puntos de partida: una aproximación desde el punto de vista de las ideas; o por el contrario, una aproximación que privilegie las instituciones o bien una investigación que privilegie el punto de vista de los intereses. La sociología de las organizaciones se focaliza sobre el rol de los intereses mientras que la sociología política asigna una gran importancia a las otras

³Ver a éste respecto el trabajo de Pierre Muller. (1990). *Les politiques publiques*. Paris: PUF.

⁴ Los trabajos del sociólogo estadounidense Robert Merton por su parte han tratado de criticar las aproximaciones tradicionales dadas por Max Weber particularmente en lo que tiene que ver con la burocracia. Así, desde los años 70s asistimos a una nueva aproximación al tema del análisis de políticas públicas bajo una mirada multidisciplinaria.

dos dimensiones⁵.

En éste sentido el trabajo del intelectual colombiano Alejo Vargas (1999), se ubica en ésta orientación que intenta dar cuenta del tipo de racionalidad subyacente en la toma de algunas decisiones por parte del Estado. Por su parte, trabajos más recientes como los de Jorge Iván Cuervo (2007) se concentran en el análisis de las diversas etapas de las políticas públicas y su coherencia interna.

En lo que tiene que ver con la cuestión indígena, el punto de vista de los actores ha reunido algunos de los trabajos sobre la materia. La consolidación de los grupos indígenas como organizaciones con poder de decisión ha sido un punto de análisis desarrollado en trabajos como los de Ulloa (2004). Desde una perspectiva política, los trabajos de la norteamericana Donna Van Cott (2000), y de los franceses Christian Gros (2000) (1991), Virginie Laurent (2005), y Françoise Martinet (2005), han dado cuenta de las contradicciones y paradojas asociadas a eso que es llamado la cuestión indígena dentro del contexto político mostrando de paso, las estrategias de cada uno de las actores para participar dentro del espacio público.

Ya en lo que tiene que ver con la salud, el campo antropológico ha privilegiado el punto de vista de los actores pero desde un ángulo diferente. Así, concentrándose en los aspectos culturales, éste discurso ha remarcado el estudio de la salud para las poblaciones indígenas considerando la existencia de diversos sistemas médicos y enfatizando en la importancia de los diversos saberes así como en sus detentadores. El énfasis en la medicina tradicional indígena ha sido visto como una constante dentro de la deriva antropológica. (Page, 1995: 204).

La presencia de diferentes identidades culturales al interior de una misma sociedad es vista como el punto de partida para hablar de un dialogo intercultural en salud. Los trabajos recopilados por Gerardo Fernández Suarez (2004) han sido un ejemplo importante dentro de ésta perspectiva que trata de dar cuenta de la heterogeneidad

⁵ En éste sentido dos trabajos son importantes: ver Hugh, H. (1994). Ideas, Interest, and Institutions. Lawrence Dodd, L., Jillson, C. (eds), *The Dynamics of American Politics. Approaches and Interpretations* (p. 366 – 392), Boulder: Westview Press, y Hall, P. (1997). The Role of Interests, Institutions, and Ideas in the Comparative Political Economy of the Industrialized Nations. En Lichbach, M., Zuckerman, A. (eds), *Comparative Politics. Rationality, Culture, and Structure* (p.174 – 207), Cambridge: Cambridge University Press.

de prácticas y saberes agrupados bajo etiquetas bastante reduccionistas, las mezclas entre saberes “tradicionales” y aquellos considerados como “occidentales”, los puntos en común así como las diferencias que pueden detectarse cuando se aborda el asunto de la integración de universos que, a veces, son considerados como absolutamente irreconciliables. En Colombia, los trabajos de Pinzón y Garay (1993) permanecen como paradigmáticos en la materia.

Sin embargo, es bajo la protección de los derechos sociales que el tema de las políticas públicas ha sido más ampliamente desarrollado, de la mano de la Constitución Política de 1991. La proclamación de Colombia como un Estado Social de Derecho,⁶ ha permitido focalizarse en la perspectiva del bienestar general de la población y de manera particular, la atención se ha concentrado en aquellas poblaciones vistas como desprotegidas como es el caso de los indígenas.

En éste sentido, el discurso multiculturalista ha obligado a reconsiderar y redefinir las diferencias existentes dentro de los habitantes de un Estado a partir de una nueva dimensión asociada al principio de igualdad. Bajo ésta perspectiva, el estudio de las políticas públicas destinadas a grupos con unas características culturales diversas como es el caso de las poblaciones indígenas adquiere una gran relevancia.

Bajo ésta concepción, algunos ex constitucionalistas como Manuel José Cepeda (1993, 1994) así como Diego Uribe Vargas (1992), o intelectuales del derecho como Luis Carlos SÁCHICA y Jaime Vidal Perdomo (1991) han abordado el tema y han dedicado parte de su análisis al caso del reconocimiento de los derechos a favor de las poblaciones indígenas.

Desde el punto de vista jurídico, la evaluación de una determinada política pública ha generado gran atención⁷ y es frecuentemente asociada con la pregunta de por

⁶ Artículo 1 Constitución Política de Colombia.

⁷ En Francia, el trabajo de Jean Claude Thoenig, (1973). *L'Ere des technocrates : le cas des Ponts et chaussées*, Paris, Éditions d'Organisation, y más recientemente el de Jean Padioleau (1992) *L'Etat au concret*. Paris: Puf, se sitúan en ésta perspectiva y se constituyen en punto de referencia en el tema de la evaluación de políticas públicas. En el contexto anglosajón es importante el trabajo de Pressman et Wildavsky (1984). *Implementation*. California: University of California Press.

qué las políticas públicas no arrojan los resultados planeados.⁸ Así, numerosos estudios han concedido un papel central a la jurisprudencia en tanto “fuerza creativa del derecho”.⁹ A partir de las teorías que ven en la actividad del juez un instrumento que dinamiza la legislación y le imprime un sentido (Lascombes, 1986: 132), la interpretación que los jueces han hecho acerca de las implicaciones de la aplicación de una cierta visión de los principios de igualdad y justicia, se constituye en un punto central.¹⁰

En Colombia ello parece ser un campo de análisis fecundo debido particularmente a la creencia de que a partir de la jurisprudencia es posible acortar la diferencia entre el derecho escrito y el derecho aplicado. (Uprimny y García Villegas, 2003: 256).

La Corte Constitucional, siendo la encargada de velar por el respeto del texto constitucional se ha pronunciado en innumerables ocasiones a propósito del tema. La incorporación de los tratados internacionales a la normatividad nacional ha sido fundamental y su mención es frecuente en varias sentencias¹¹ como la SU 510 de 1998, o la defensa de la cohesión interna de la comunidad ha sido el objeto de reflexión en la sentencia T 342 de 1994¹².

La forma como la Corte Constitucional desarrolla el principio de diversidad cultural a favor de los indígenas es el tema desarrollado en trabajos como los de Semper (2006). De su parte, el trabajo de Catalina Botero (2003), analiza cómo el

⁸ Ver Pressman et Wildavsky (1984). *Implementation*, California: University of California Press.

⁹ A éste respecto puede verse las investigaciones llevadas a cabo por la oficina de Naciones Unidas para los Derechos Humanos “El derecho a la salud. Compilación de jurisprudencia y doctrina nacional e internacional. Oficina en Colombia del alto comisionado de las Naciones Unidas para los DDHH. Volumen II. Bogotá, agosto de 2003.”

¹⁰ A éste respecto, son de capital importancia los trabajos sobre la legitimidad de la jurisdicción constitucional que enfrentó a los teóricos Hans Kelsen y Carl Schmitt (Bernal, 2005 citado por Echeverry, C. (2008). El imperio de la discrecionalidad judicial. *Criterio Jurídico* 8 (1), 195 – 216. [En línea] [Consultado el 02 junio 2011]. De la misma manera, el trabajo de Ronald Dworkin sobre la teoría del derecho, el cual es definido por él mismo como una teoría interpretativa. (Dworkin, R. (1992). *El Imperio de la Justicia*. Trad. Claudia Ferrari. Barcelona: Gedisa. p.11. o el célebre debate sostenido con Hart en Hart, H.L.A. y Dworkin, Ronald. (2005). *La decisión judicial. El debate Hart-Dworkin*. Bogotá: Siglo del Hombre Editores, pueden referirse como paradigmáticos en ésta materia.

¹¹ La totalidad de las sentencias que se mencionan aquí pueden ser encontradas en el sitio oficial de la Corte Constitucional www.corteconstitucional.gov.co.

¹² De manera general, los pronunciamientos de la Corte Constitucional se clasifican en sentencias tipo C que se refieren a acciones de inconstitucionalidad, sentencias tipo T que se refieren a acciones de tutela y sentencias tipo SU relacionadas también con las acciones de tutela pero que se caracterizan porque están destinadas a unificar la jurisprudencia.

reconocimiento de la igualdad para la Corte Constitucional se materializa en tres dimensiones: no discriminación en sentido formal, existencia de medidas de discriminación positiva para superar la situación de marginalidad y vulnerabilidad e implementación de medidas de igualdad real que garanticen la protección de la diversidad cultural de estas comunidades. (Botero, 2003: 63).

Bajo ésta triple dimensión, el trabajo de Botero hace una compilación de los pronunciamientos de la Corte Constitucional sobre el tema indígena. Sentencias como la C 88 de 2000 se refieren a la legislación especial para indígenas, mientras que en materia de justicia indígena las sentencias T-370 de 2002 y la T-214 de 1997, privilegian la reclusión de indígenas en establecimientos carcelarios especiales y la sentencia C 058 de 1994 apoya la exclusión de los indígenas del servicio militar obligatorio cuando se cumplan determinadas características, entre otras. (Botero, 2003: 65).

En ésta área, trabajos como los de Paulo Ilich Bacca (2010), (2008a), (2008b), (2008c) aportan una perspectiva crítica a dicho reconocimiento, relevando la importancia y vigencia del discurso colonial y del contexto internacional en el lenguaje constitucional del reconocimiento de la diversidad étnica y cultural a favor de los indígenas.

Ya en el campo normativo, los estudios se han concentrado en el tema de la descentralización, así como en el evaluación de la calidad de los servicios (Vargas, 1997). La descripción de las normas que definen los derechos en salud a favor de las poblaciones indígenas ha sido un aspecto privilegiado en trabajos como los de Castillo (2003), y en otras aproximaciones que se concentran también en el tema de su afiliación y de la cobertura del sistema de salud, como es el caso de Guamá (2007) o Carmona, [et. al.], (eds.) (2006).

Sin embargo, el análisis y el alcance específico de lo que la norma está afirmando, la manera cómo la misma está construyendo un discurso así como los términos usados por el legislador en el reconocimiento de un derecho, han sido dejado de lado en éste tipo de análisis. Es importante señalar que el discurso jurídico “crea” una

determinada realidad y asigna categorías que luego son vistas como “naturales” en la medida en que las mismas son involucradas en un texto normativo y usadas como tales. Sin ninguna duda la jurisprudencia juega un papel trascendental al interpretar la normatividad como un cuerpo entero en consonancia con los designios de la norma de normas, a saber, la Constitución Nacional. Bajo ésta perspectiva se consigue restar importancia a algunos aspectos o centrar el interés sobre otros siempre considerando los principios en los cuales se fundamentan.

Lo que proponemos en el presente trabajo es un abordaje que privilegie el análisis del discurso jurídico. Ello quiere decir un análisis de las categorías empleadas, de las asociaciones hechas a nivel normativo, del contenido y alcance de las expresiones consignadas en la norma lo cual puede ayudarnos a detectar las fallas y limitaciones, así como puede permitirnos rastrear las herencias e influencias que el legislador imprime en el cuerpo normativo. Así, se puede comprender mejor de qué manera dichas categorías se inscriben en una determinada aproximación teórica, cuánto de ese discurso tiene sus raíces en tradiciones políticas y jurídicas con presupuestos diferentes y si los mismos han logrado adecuarse con éxito al contexto en el cual pretenden inscribirse.

Con el fin de hacer claridad sobre el alcance y significado de los conceptos que constituyen nuestro punto de partida, algunas explicaciones fundamentales son necesarias con el fin de precisar la perspectiva asumida en el presente trabajo.

3.1. El análisis de políticas públicas, el Estado y el rol del sistema jurídico.

Como hemos señalado, en el análisis de políticas públicas convergen muchos actores: grupos sociales, organismos con poder de decisión, organismos internacionales, multinacionales, etc. El acento puesto sobre el rol del Estado es sin embargo central dentro del análisis de políticas públicas y marca una fuerte diferencia entre la tradición anglosajona y la seguida en algunos países europeos como el caso de Francia. Los trabajos de Hegel en el campo de la filosofía del derecho y posteriormente las importantes contribuciones de Marx Weber acerca del Estado y la burocracia han direccionado las investigaciones en el campo de las

políticas públicas los cuales habrían contribuido a aproximar los diversos campos como la filosofía del derecho del campo del análisis de políticas públicas.

Por otra parte, la producción y difusión de normas es un componente esencial a la hora de estudiar los conceptos y métodos de análisis de la acción pública. Entendemos la norma en el sentido más tradicional que concede a los textos jurídicos la importancia primordial. “Derecho” y “sistema jurídico” son tratados aquí como sinónimos, siempre y cuando hablemos de derecho en un sentido objetivo¹³. (Nino, 2003: 101).

Hay pues una dimensión jurídica en las políticas públicas la cual es frecuentemente olvidada en los estudios que les son dedicados. Esa dimensión ha sido más relevante en los trabajos de los politólogos y/o sociólogos alemanes y anglosajones que en la de los franceses. Tratando de reivindicar éstas relaciones, el reconocido investigador francés Pierre Lascoumes propone atender la dimensión jurídica considerando una visión más amplia del sistema jurídico. (Lascoumes, 1990: 45).

En su concepción, un sistema jurídico debe ser visto como “*un système formalisé d'organisation et de gestion d'intérêts protégés avec lequel les acteurs sociaux entretiennent de rapports actifs.*”¹⁴ (Lascoumes, 1990: 45). Una precisión sin embargo debe ser hecha. Aunque somos conscientes que las nuevas perspectivas de estudio de los análisis de políticas públicas ubican al Estado como un actor más dentro de la elaboración de las leyes donde confluyen muchos intereses, nos interesamos aquí a la perspectiva tradicional que ve en el Estado un elemento central que impulsa desde lo alto la orientación de una determinada normatividad.

Si bien las jerarquías se han modificado y los actores se han multiplicado, el Estado continua siendo un elemento de institucionalización y con una función de regulación clave y de éste modo desde algunos estudios éste seguiría siendo asumido como un actor central. (Commaille, 2000: 40). Siguiendo ésta perspectiva, el derecho en tanto

¹³Para diferenciarlo del derecho subjetivo que se refiere a situaciones particulares en que se encuentra una persona en relación con el conjunto normativo.

¹⁴ Un sistema formal de organización y de gestión de intereses protegidos con los cuales los actores sociales guardan relaciones activas. (Traducción libre).

que sistema jurídico sería considerado como la materialización o el producto de esa función de regulación y de la manera como el Estado ha conseguido administrar y resolver esa serie de compromisos y negociaciones entre o con los diferentes actores.

3.2. El análisis del discurso y el derecho.

La teoría del derecho desde Hans Kelsen definió por mucho tiempo al derecho como un conjunto de enunciados normativos. A principio de los años 1960 sin embargo, el auge de las teorías lingüísticas tuvo fuerte impacto en la visión del derecho. El libro del teórico británico John Austin *How to do things with words*, pone en evidencia ésta nueva concepción y permite pensar el derecho como un discurso, lo cual desplaza el problema de la verdad en el derecho hacia su efectividad. (Vernengo, 1996: 91). Los trabajos de Austin y de John Searle sobre los actos del habla acentuaron la complejidad de los enunciados normativos que se alimentan del lenguaje pero no se agotan en una proposición meramente lingüística.

Tal y como lo describe el teórico argentino Carlos Santiago Nino, las normas jurídicas se encuentran impregnadas de toda la ambigüedad que es propia al lenguaje, aún cuando el legislador haya hecho innumerables esfuerzos por cerner y limitar el significado de una palabra o de una expresión. (Nino 2003: 45).

Pensar el derecho como discurso no es una tarea fácil. Dentro de la concepción de Ernest Laclau y Chantal Mouffe el discurso es entendido como el proceso final de un conjunto de momentos cuyo significado es fijado en un dominio determinado y alrededor de un punto central (1985, citados por Jørgensen & Philips, 2002: 26). Ello necesariamente implica un proceso de selección y un proceso de reducción de posibilidades.

El jurídico es un discurso argumentado, previamente organizado en función de un proyecto que se fundamenta en determinados valores que son la excusa para constituir los enunciados normativos. En ese sentido, el discurso se corresponde con una lógica que es agenciada mediante diversas estrategias. (Vignaux, 1979: 69).

El discurso jurídico se ubica como un tipo particular de discurso con unas particularidades que le son propias. Según Ricardo Entelman (citado por Frutos, 2004: 2) éste tipo de análisis no se limita al análisis lingüístico sino que se concentraría en las reglas de identificación subjetiva. El discurso jurídico que nos interesa es el producido por órganos autorizados según las reglas de reconocimiento previamente determinadas por el sistema y materializado en leyes, decretos, resoluciones o conceptos.

Definir pues éstos conceptos resulta necesario para facilitar la comprensión del análisis de la normatividad. De manera general una *ley* es dictada por el legislador la cual debe ser obligatoria, general en el sentido que obliga o todos los que se encuentran cubiertos por la situación que ella reglamenta, abstracta e impersonal. Un *decreto* por su parte es un acto administrativo dictado en una situación de necesidad por parte del poder ejecutivo con un rango inferior al de la ley pues se orienta generalmente a reglamentar otra norma. La *Resolución* puede ser creada por un Ministerio, un órgano especial, con un carácter general, obligatorio y permanente.

Dentro de las ciencias sociales la genealogía del análisis del discurso se encuentra claramente enraizada en el constructivismo social que ve la comunicación como un elemento clave en la manera como el conocimiento es transmitido. (Hajer & Versteeg, 2005: 176).

Dicho en otras palabras, el discurso jurídico no es solo un lugar de transmisión de conocimiento sino el lugar de su transformación. (Frutos, 2004: 8). Más allá de las críticas que puedan señalarse, la cuestión indígena es aprehendida por el Estado a partir de categorías jurídico políticas creadas con el fin de cumplir los objetivos señalados previamente y que en materia de salud, conciernen con el desarrollo del principio de la igualdad y de la equidad que le es inherente¹⁵.

¹⁵ En éste sentido somos conscientes que si bien concedemos un lugar central al análisis del discurso, un pluralismo metodológico puede resultar interesante. En efecto, el análisis del discurso comparte fronteras no muy bien definidas con el denominado análisis del contenido así como con *Grounded Theory* ésta última con un auge cada vez más creciente en el dominio de los estudios de salud. Con el análisis de contenido comparte el interés por el texto que ha sido visto por algunos como un punto débil al olvidar la complejidad de los procesos sociales. Con la teoría fundamentada comparte la elaboración y análisis de categorías, siendo la teoría

3.3. El concepto de efectividad y las políticas de salud pública.

Cuando intentamos analizar el conjunto de enunciados normativos desde el punto de vista de la efectividad, varias posibilidades pueden evidenciarse: a) una laguna normativa es decir, la ausencia o insuficiencia de una reglamentación sobre la materia, o b) también se puede constatar la distancia entre lo que se proyectó es decir los objetivos y lo que sucede en la práctica, a nivel de los comportamientos, de los beneficiarios y/o destinatarios de una determinada política, o c) finalmente puede ser evidente la presencia de fallas en algún parte del sistema jurídico sea en la sanción, en la falta de detección de las violaciones a la norma o en la aplicación de correctivos adecuados. (Lascoumes, 1990: 48).

Es importante tener en cuenta que hay aquí una distancia entre derecho y sociedad que subyace como un presupuesto y permitiría afirmar que la realización del derecho se efectúa en los hechos sociales. (Lascoumes & Severin, 1986: 129). Los análisis de filosofía del derecho así como los trabajos más importantes de la sociología jurídica se habrían orientado a “pensar” dicha separación entre esfera jurídica y esfera social. Muchas otras son las dimensiones que pueden ser directamente analizadas bajo ésta óptica. Desde un punto de vista sociológico la cuestión se centrará fuera del trabajo legislativo y focalizado más sobre el comportamiento de los sujetos jurídicos así como sobre el incumplimiento de las normas y la aplicación de sanciones. (1986: 137).

De modo general la efectividad de una política está estrechamente ligada con el momento de la evaluación de la misma. Es también un concepto crítico del sistema judicial que, bajo ésta perspectiva, se encuentra muy próximo del concepto de “eficacia”. (Lascoumes & Severin, 1986: 145).

La efectividad tiene que ver con la capacidad de producir un efecto determinado. Si las normas son diseñadas en cumplimiento de una determinada meta o un objetivo específico, la efectividad se encuentra relacionada con el grado en el cual dicho

fundamentada sin embargo, más orientada a la generación de una teoría como tal que a la descripción de datos para “construir conocimiento basado en la experiencia de los propios sujetos”. (Amezcuca & Gálvez, 2002: 429).

objetivo es logrado. (Karlsson-Vinkhuyzen & Vihma, 2009: 405).

La normatividad en salud para las poblaciones indígenas se encuentra diseñada bajo el objetivo de lograr una igualdad real (reconocimiento de la diferencia?), que garantice su protección cultural (deriva multiculturalista) a través de mecanismos como la discriminación positiva. Es válido pues interrogarnos por la efectividad de dicho mecanismo para alcanzar el fin previsto.

4. Los objetivos y preguntas orientadoras del estudio.

El presente estudio se ha configurado alrededor de dos objetivos centrales. El primero de ellos tiene que ver con la indagación de las prioridades del Estado colombiano en la configuración del campo legislativo en salud para las poblaciones indígenas en Colombia. El segundo se refiere al grado de efectividad de la intervención legislativa desde la óptica del desarrollo del principio de igualdad y más específicamente de la discriminación positiva.

De su parte, los objetivos específicos son: a) identificar los rasgos que caracterizan el concepto de igualdad en el campo legislativo de la salud para poblaciones indígenas, b) identificar los criterios que utiliza el Estado colombiano para dar un alcance al principio de igualdad en la legislación en salud y c) analizar la coherencia de dichas categorías de acuerdo con los objetivos de igualdad y equidad vistos como metas de las políticas de salud.

En otras palabras nos interesamos aquí a la búsqueda y análisis de las categorías por medio de las cuales el Estado va a operativizar el concepto de igualdad que pretende ser el fundamento principal de las políticas de salud para comunidades indígenas tal y como lo veremos más adelante.

Si bien éste concepto es subyacente a todo el tratamiento de la cuestión indígena en general y no podría circunscribirse al campo de la salud, es particularmente en éste dominio donde puede rastrearse las características con las que el reconocimiento de la diversidad cultural se ha impregnado, al menos desde el punto de vista estatal.

Los desafíos son también enormes y ello por varias razones.

En primer lugar porque la implementación de medidas en materia de salud impone considerar con bastante seriedad el discurso inherente a la diversidad, es decir el de una integración que respete la diferencia. Las creencias tradicionales sobre la concepción y el tratamiento de una enfermedad, las relaciones médico – pacientes, las maneras de abordar al otro, son algunos aspectos que necesariamente deben ser tomados en cuenta.

Por otra parte, en materia de salud, la pobreza de determinadas poblaciones y la discriminación a que han sido sometidos los pueblos indígenas pueden verse como factores que podrían influenciar los objetivos de los Estados y su concepción del concepto de igualdad.

En la medida en que estamos en presencia de un estudio descriptivo, se pretende desarrollar la investigación alrededor de tres preguntas: La adopción de un nuevo discurso sobre la concepción de la igualdad a partir de los años 90s (la deriva multiculturalista) ¿ha tenido repercusiones en materia de políticas de salud en Colombia? ¿Es la discriminación positiva una herramienta teórica adecuada para desarrollar el principio de igualdad en políticas de salud para las poblaciones indígenas? ¿Hay un nivel de coherencia entre el discurso de la igualdad y los conceptos, categorías y herramientas conceptuales mediante los cuales el Estado va a tratar de desarrollarla?

Para responder a éstas preguntas, en el presente estudio las políticas de salud para las poblaciones indígenas son abordadas haciendo un análisis del discurso del campo legislativo y tomando como base el desarrollo del principio de igualdad que se constituye en el fundamento teórico de las políticas de salud para poblaciones especiales como los grupos indígenas. Esta perspectiva se revela novedosa en la medida en que, más allá de celebrar el reconocimiento legal a favor de los indígenas, nos sitúa directamente sobre el tipo de reconocimiento que el legislador asigna a los mismos y nos permite visibilizar si el discurso que las fundamenta se compadece con el contenido de las mismas.

Al privilegiar la perspectiva de la igualdad queremos concentrarnos en la manera cómo el reconocimiento a favor de los indígenas se refleja en la norma y el lugar que ocupa la igualdad real dentro del desarrollo normativo. Si bien es cierto, como lo hemos mencionado anteriormente, algunas aproximaciones al tema se concentran sobre la importancia de la jurisprudencia en tanto factor dinamizador de la legislación en las actuales sociedades, no debe desconocerse que es de la normatividad que debe partir dicha labor y que la interpretación que los jueces realicen debe guardar una proporcionalidad con la norma y con el contexto dentro del cual ésta se desarrolla.

La revisión realizada abarca pues documentos (normas, órdenes, decretos, resoluciones, etc.) desde el año de 1978 hasta el año 2005. Esta fecha final se justifica en la afirmación de que si bien han existido otros decretos que reglamentan el tema de la salud para indígenas, la columna vertebral de las políticas de salud para las poblaciones indígenas se encuentran comprendidas en éste período.

En una primera fase se analizan los discursos de dichos textos con el fin de identificar su filosofía. En una segunda fase se hace la exposición e interpretación de resultados con base en cuadros conceptuales que representan los hallazgos de la presente investigación.

Por otra parte, se realizó una entrevista semiestructurada con la directora de la Dirección de Asuntos Étnicos y de Género del Ministerio de la Protección Social en Colombia que es la entidad que regula oficialmente lo referente a la concepción e implementación de políticas de salud para las poblaciones indígenas. Al lado de la entrevista se elaboró un esquema que pretende analizar los puntos más importantes dentro del discurso de la Directora de Asuntos Étnicos, distinguiéndolos por diferentes colores y condensándolos en el esquema señalado. Siendo nuestro objetivo central el análisis de la legislación, ésta entrevista será tomada sólo como punto de referencia y herramienta complementaria para el análisis de la legislación estudiada.

El primer capítulo se dedica al análisis conceptual del principio de igualdad, sus convergencias y diferencias con el principio de justicia que ha sido visto como próximo, así como a la definición y estudio de las diversas dimensiones bajo las cuales el principio de igualdad se visibiliza y sus repercusiones en el discurso oficial de la salud.

Se analiza también el contexto dentro del cual se inscribe el desarrollo de políticas de salud. En América Latina, de la mano de organismos internacionales como la OIT y la ONU, la cuestión indígena comienza a posicionarse en la agenda de los países a partir de los años 60s. Sin embargo la necesidad de inclusión se hace imperiosa a partir de la década de los 80s de la mano del discurso de la democracia participativa y de la deriva multiculturalista. La presión de los organismos indígenas constituye un punto trascendental en ésta dinámica.

Tomando en cuenta éstos antecedentes, el capítulo segundo se encuentra dedicado al caso colombiano. La Constitución de 1991 representa la coyuntura de los anteriores aspectos y materializa algunas de las pretensiones de los grupos indígenas. Se reconoce la diversidad étnica bajo una mirada multicultural y los grupos indígenas se presentan como el ejemplo de los grupos étnicos por antonomasia.

Lo que dicho reconocimiento va a significar en el campo de la salud es el objeto del capítulo tercero. Un breve recuento de la génesis del actual sistema de salud se hace necesario con el fin de entender la naturaleza de los cambios propuestos. Se muestran pues las prioridades del Estado en materia de salud para indígenas a partir del discurso legislativo. El tema de la redistribución o la igualdad socioeconómica va a ocupar un puesto importante dentro de éste análisis.

Es por ello que el capítulo final muestra las repercusiones de dichos discursos en el ámbito del reconocimiento de la igualdad real a favor de los ciudadanos y analiza cómo esa perspectiva se sitúa de una manera más general dentro del cuerpo de las medidas que luchan contra las discriminaciones y aún con mayor énfasis, dentro del contexto de la discriminación positiva.

CAPITULO I

EL DISCURSO SOBRE LA IGUALDAD, SUS DIMENSIONES E IMPLICACIONES EN SALUD

1. La igualdad frente a la justicia y la equidad.

Las nociones de igualdad y justicia han estado estrechamente ligadas desde Aristóteles. Lo que estos valores han significado varía de acuerdo a las ideas de la sociedad en un momento histórico determinado.

“Une société qui viole les principes sur lesquels elle repose, même au nom de fins justes, ne peut pas être une société juste”¹⁶ afirma un investigador francés al comienzo de un artículo encaminado a criticar la concepción de la discriminación positiva. (Slama, 2004: 133). Enseguida, el autor se dedica a demostrar que la fórmula de la discriminación positiva es una violación directa del principio fundamental de igualdad y por ende, constituye un grave obstáculo al desarrollo de la democracia.

Podríamos entender aquí una definición amplia de democracia. Más allá del concepto de democracia participativa lo que se impone en éste tipo de análisis es la concepción de la democracia como un “estado social” y no sólo como un régimen político. Bajo ésta perspectiva, la finalidad de los Estados sería la de asegurar la igualdad de oportunidades sin detenerse en el estatus social de los individuos. (Kesslassy, 2004: 68).

La configuración y definición de dichos principios se encuentra estrechamente relacionada con la pregunta sobre el papel que el Estado debe jugar. Generalmente el concepto de justicia ha sido asociado con una determinada distribución de bienes, el cual podría tener su fundamento en aquello que es considerado como bueno. Visto que existe una multiplicidad de definiciones sobre qué puede ser considerado como bueno en un momento determinado, algunos investigadores han optado por asociar a la justicia, los conceptos de equidad (en inglés *fairness* también asociada

¹⁶ Una sociedad que viola los principios sobre los cuales ella reposa, aún a nombre de fines justos no puede ser una sociedad justa. (Traducción libre).

al término imparcialidad), e igualdad. (Knight, 1998: 426).

La definición que nos proporciona la Enciclopedia Filosófica de Stanford es un buen punto de partida para situarnos teóricamente. Igualdad es definida como una *“correspondence between a group of different objects, persons, processes or circumstances that have the same qualities in at least one respect, but not all respects, i.e., regarding one specific feature, with differences in other features.”*¹⁷

Una pregunta simple como punto de partida: ¿por qué concedemos valor a la igualdad? Puede ser por razones morales si consideramos que la desigualdad es una mala cosa, o siguiendo tendencias utilitaristas porque otorgamos la misma consideración a los intereses de todos. Si la igualdad tiene valores positivos, por ejemplo, evitar que se generen dependencias entre los miembros de la sociedad o la presencia de conflictos, se puede hablar de una igualdad en sentido instrumental, pero si asignamos un valor en ella misma, estaremos en presencia de una igualdad en sentido intrínseco. (Parfit, 1996).

Muchos otros conceptos comparten fronteras con la igualdad. La justicia y la equidad pueden situarse entre éstos pero también la identidad. La igualdad no puede confundirse con el concepto de identidad. El juicio de igualdad presupone una diferencia entre las cosas a ser comparadas a riesgo de caer en una autocontradicción. (Gosepath, 2011).

Si ese es el caso, es necesario ponerse de acuerdo en relación con los aspectos sobre los cuales se quiere hacer un juicio comparativo. Debido a las múltiples perspectivas a partir de las cuales dicha comparación puede entablarse, algunos estudios sugieren abordar dicha preocupación como un problema de justicia social e inscribirlo dentro de un marco de análisis más amplio, a saber, el igualitarismo. (Temkin, 1993, citado en Gosepath, 2011).

El éxito de *La teoría de la justicia* propuesta por el sociólogo americano John Rawls

¹⁷ Correspondencia entre un grupo de objetos, personas, procesos o circunstancias diferentes que sin embargo conservan las mismas cualidades en al menos un aspecto pero no en todos, por ejemplo, una característica específica, pero difieren en relación con otras características. (Traducción libre).

ha contribuido a estrechar lazos entre los conceptos de igualdad y justicia. Dentro de la concepción de una sociedad democrática justa se requeriría la adopción de medidas desiguales. (Keslassy, 2004: 28). La preocupación central dentro de éste tipo de análisis no es tanto el bienestar de los individuos sino el suministro a todos los individuos de determinados bienes particulares.

Ello implica como apriori, liberarse del criterio de lo bueno en el momento de hablar de justicia. El supuesto preliminar de Rawls es que bajo algunas condiciones apropiadas, todos los miembros de la sociedad estarían de acuerdo sobre determinados principios. Si tratamos de pensar en la primacía y la importancia de dichos principios sin conocer la posición inicial que cada uno de los individuos ocupa en la sociedad, (pensando bajo un velo de ignorancia), se podría aceptar el consenso sobre el principio de la diferencia. Ello quiere decir que centrarse en la situación de los más desfavorecidos podría constituir un tratamiento desigual pero aceptable.

Dentro de ésta perspectiva, más allá del rol central adjudicado al Estado podríamos hablar de una responsabilidad que se ubica en cabeza del individuo. Si el Estado debe suministrar ciertos bienes corresponde al individuo la tarea de optimizarlos y darles un buen uso. (Maguain, 2002: 167).

Por su parte, es a partir de la búsqueda del principio fundamental del derecho dentro de una sociedad liberal que Ronald Dworkin encara la cuestión. Tomando en cuenta la distinción entre *objetivos* y *derechos*, el teórico americano define los derechos como una especie de logro o de recurso a favor del individuo contra el Estado. Ello no quiere decir que no se necesite, paralelamente, de la acción del gobierno para hacer efectivos éstos derechos. Para justificar ésta visión, Dworkin se apoya en dos ideas centrales: la de la *dignidad humana* como el derecho de toda persona a hacer parte de una comunidad y la de la *igualdad política* entendida como el derecho de los más débiles a tener los mismos derechos que aquellos que son considerados como los más fuertes dentro de una sociedad determinada. (Champeau, 1999: 554).

Bajo una compleja reflexión que hace desplazar la atención sobre el principio de la

igualdad como fundamento de todos los derechos en detrimento del principio de libertad, Dworkin espera hacer claridad sobre el derecho y la política y de paso combatir la idea de que la igualdad no es posible dentro del individualismo liberal. Según su perspectiva, tal y como es definida por algunos de los análisis a él consagrados, una política liberal debe adecuarse a tres reglas: a) calcular el bien común, b) distribuir bienes, oportunidades y recursos respetando el principio de igual atención y c) cumplir con lo anterior considerando el principio de igual respeto. (Champeau, 561-562).

La igualdad no sería el *derecho a un tratamiento igual* sino el derecho a *ser tratado como igual*. (Dworkin, 1981: 185)¹⁸. Para desarrollar un poco su idea, que enfatiza sobre la capacidad del individuo para administrar independientemente los recursos que tendría, Dworkin propone visualizar la igualdad a partir de cinco perspectivas: a) igualdad de recursos, b) igualdad material o de bienes, c) igualdad utilitarista, d) igualdad de bienestar y por último igualdad libertaria. Inscrita en la teoría liberal de dicho principio, la perspectiva de Dworkin considera que sólo la igualdad de recursos y la libertaria son compatibles con el goce del derecho de propiedad. (Champeau, 2001: 210).

Varias derivas pueden ser consideradas bajo la concepción de éste filósofo americano. Podemos pues considerar la cuestión como si se tratara de un asunto de pobreza, pero también podemos determinar lo que vuelve más o menos felices a las personas, o bajo una perspectiva de acceso a oportunidades o de salud. Siendo nuestro objeto de análisis la salud, nos concentraremos en ésta última dimensión. La igualdad de bienestar merece una atención especial pues involucra una visión más integral la cual habría sido tomada para respaldar la creación y desarrollo de las políticas de salud. El fundamento es que el bienestar es trascendental para que el individuo pueda desarrollar su proyecto de vida. En éste sentido, en repetidas ocasiones la Organización Mundial de la Salud OMS ha afirmado que la salud es un estado de bienestar que involucra la parte física, mental y social.

El filósofo sueco Lennart Nordenfelt por ejemplo, define la salud como la posibilidad

¹⁸ “There is a difference between treating people equally, with respect to one or another commodity or opportunity, and treating them as equals”.

de que las personas puedan disfrutar de sus capacidades dentro del contexto social en el cual ellos viven. (Sundin, 2003: 1). Visto desde ésta perspectiva, un contexto adecuado puede resultar significativo para ayudar a los individuos a alcanzar un cierto bienestar.

Por su parte, en la concepción del filósofo Dworkin que hemos estado siguiendo, la igualdad de bienestar va de la par con la igualdad de logros (*equality of success*), lo que implica tener en cuenta las preferencias de los individuos a la hora de enfatizar en dicha igualdad. Estas preferencias pueden ser políticas, cuando se preocupan por la distribución de los bienes y recursos dentro de una comunidad y los criterios empleados para ello. Otras preferencias tienen que ver con elecciones diversas a aquellas básicas de la vida y finalmente las personales, que se apoyan sobre todo el conjunto de las experiencias del individuo. (Dworkin, 1981: 192).

Un segundo grupo estaría ligado a la tentativa de que las personas vivan como iguales y con una calidad determinada considerando sólo un aspecto de sus vidas. Según Dworkin, para Jeremías Bentham y los primeros utilitaristas, éste equilibrio estaría determinado por el balance entre el placer y el dolor, equilibrio bastante ambiguo a definir y que presenta pues muchos inconvenientes sobre todo si lo ligamos con los recursos de cada persona y con la capacidad de cada uno a alcanzar (¿y lograr?) la felicidad. (Dworkin, 1981: 194). Todas estas concepciones se preocupan por el problema de la distribución dentro de la cual las ideas de igualdad y justicia se confunden.

Esta perspectiva pretende encontrar los criterios más apropiados para distribuir los recursos al interior de una sociedad. Aunque éste punto de partida es comúnmente aceptado no es unánime. Algunos autores como R. Nozick afirman que éste es un falso problema porque no hay bienes para distribuir. En otras palabras, la mayoría de bienes ya están distribuidos y por lo tanto en lo que hay que concentrarse es en las historias de las personas y sus diferentes apropiaciones para poder formular una teoría de la igualdad. (Nozick, 1974, citado por Parfit, 1996: 281).

Ahora bien, si nuestra preocupación se focaliza sobre las necesidades e historias de

vida, podríamos desplazar la atención prestada al principio de igualdad y centrarnos en la idea de prioridad, sin importar si estamos o no en condiciones de dar dicha prioridad. Si la principal preocupación es la vida humana, en el sentido de evaluar el conjunto de la vida de un individuo en un momento determinado, bajo éste criterio nos concentraríamos más en las necesidades más urgentes,¹⁹ lo cual podría conducir a una posición totalmente alejada del igualitarismo. (Parfit, 1996: 301).

Llevando hasta el final éste argumento, si las necesidades más urgentes en un momento determinado provienen de comunidades o de personas que no son consideradas tan desfavorecidas en la escala social, un juicio de valor se impone. Dichas medidas podrían ser consideradas desde cierto punto de vista moral como injustas.

Justicia e igualdad se entrelazan permanentemente. La injusticia en materia de igualdad nos conduce a otro concepto: el de equidad. Se parte aquí del hecho de que hay desigualdades que podrían ser justas. En materia de salud podríamos referirnos por ejemplo a las diferencias entre el hombre y la mujer que, con un sustrato biológico, pueden ser moldeadas socialmente para reducir las desigualdades en el acceso a la salud. Es la perspectiva en la que se sitúan las directrices de la OMS destinadas a combatir los determinantes de la salud.

La justicia y la igualdad comparten unas fronteras bastante porosas. Privilegiar el ángulo de la igualdad en lo que tiene que ver con la salud de poblaciones indígenas es interesante por varias razones. En primer lugar, porque como lo veremos, cuando se hace un recorrido por la genealogía de las políticas de salud para las poblaciones indígenas en América Latina, se ve que el soporte discursivo resulta ser el principio de igualdad y la equidad que en éstos discursos se sitúa como una forma acabada de igualdad real. Segundo, porque el desarrollo teórico del principio de igualdad dentro del Estado de Bienestar se vuelve más agudo cuando se trata de las prestaciones y beneficios concernientes a la salud y finalmente porque el concepto de igualdad es el que otorga el piso jurídico a un concepto central dentro de las prioridades de las políticas para indígenas: la discriminación positiva y la deriva

¹⁹La idea subyacente en todo caso continúa siendo la de una asociación directa entre personas desfavorecidas y prioridades.

multiculturalista ésta última que ha venido a dar una nueva dimensión a la concepción de la acción afirmativa.

2. El desafío del *Welfare state*: ¿la igualdad real?

Dos son las perspectivas mediante las cuales se puede definir el concepto de igualdad. Desde un punto de vista positivo, la igualdad puede ser definida como el tratamiento igual de aquello que es igual y el tratamiento diferente de lo que es diferente. Por su parte, vista desde su lado negativo la igualdad se relaciona con la ausencia de cualquier tipo de discriminación o privilegio. (Raposo, 2004: 243).

La Revolución francesa nos legó una idea de la igualdad formal para todos los individuos. Bajo el lema de “todo somos iguales ante la ley” asistimos pues a un reconocimiento jurídico el cual está estrechamente ligado con la universalidad de la ley. Sin embargo, la distinción entre desigualdades naturales y desigualdades sociales que fue hecha por teóricos franceses como Rousseau, era un obstáculo para avanzar hacia una concepción más amplia del principio de igualdad.

Por otra parte, el concepto de igualdad encontrándose estrechamente ligado con la ideología del estado liberal, se materializaba en una garantía en relación con las condiciones de partida que no necesariamente podría garantizar una sociedad más justa. No se trata de una concepción “inocente” de los intelectuales revolucionarios sino de la construcción de una nueva dimensión radicalmente opuesta al sistema de privilegios propio del Antiguo Régimen. Ella debía sin embargo complementarse poco a poco considerando la persistencia de las discriminaciones y el tratamiento dado a situaciones tenidas como preferenciales. (Chevallier, 2003: 39).

La primera Guerra Mundial hizo visible la existencia de profundas desigualdades sociales que no podían ser solucionadas a partir de una concepción limitada de la igualdad que desconocía la posición real de los individuos en la sociedad. La condición económica era un aspecto de gran incidencia y es bajo ésta perspectiva que la Organización Internacional del Trabajo OIT produce un conjunto de normas destinadas a la protección de los trabajadores. El marco teórico en el cual éstas se

apoyan está basado en la naciente concepción de derechos denominados sociales que tomarían en cuenta las diferencias económicas de la población. (Raposo, 2004: 252).

Sin embargo las diferencias económicas no son las únicas que van a obligar a replantear el alcance del derecho a la igualdad. El reconocimiento de que existen diferencias humanas y que ellas tienen incidencia dentro del objetivo de lograr una igualdad en las consecuencias normativas, va a introducir nuevos criterios dentro del ideal de una sociedad cada vez menos desigual. Así, aspectos como la raza o el sexo podrían ser tenidos en cuenta para otorgar un tratamiento normativo preferencial y la pregunta se focaliza en saber cuándo ello va en consonancia con el nuevo contenido asignado al principio de igualdad y cuándo, por el contrario, debían ser ignoradas esas diferencias a fin de no lesionar dicho principio.

Históricamente, éste avance puede situarse más puntualmente en la Alemania de Weimar. Por su parte, sólo hasta 1947 fue introducida como una novedad en la Constitución italiana de 1947 como una obligación a cargo del Estado. Después de la Segunda Guerra Mundial, la doctrina constitucional se encargó de darle piso teórico a ésta nueva concepción de la igualdad. Existiría pues un examen particular que permitiría deducir si una diferencia podía ser justificada y ameritaría por tanto un tratamiento especial o si por el contrario no era del caso reparar en ella. Bajo ésta perspectiva, poco a poco el énfasis se concentra no sólo en la elaboración de la norma sino en la interpretación de la misma que se realiza por la vía de la aplicación, es decir, como una responsabilidad en cabeza de los jueces. La relevancia o irrelevancia ha sido vista como un criterio fundamental para definir si una diferencia merece de ser tomada en cuenta. (Cuenca, 1994: 270).

Esta relevancia se mediría a partir de tres principios que han sido reconocidos por la jurisprudencia constitucional como de gran importancia a la hora de justificar una normativa diferenciadora: a) La finalidad debe ser aceptable constitucionalmente, es decir en correspondencia con los valores allí consagrados, b) la proporcionalidad entre el sacrificio interpuesto por la medida y el beneficio resultante y c) una congruencia entre el tratamiento desigual, el presupuesto de hecho que lo configura

y la finalidad perseguida. (Raposo, 2004: 255).

Habría que preguntarse entonces por las relaciones entre el derecho y el principio de igualdad y un buen ángulo de entrada puede ser la lucha contra las discriminaciones. Es el lugar a donde llegamos cuando admitimos que existe una dinámica social discriminatoria e ilegítima y que el aparato jurídico es el adecuado para corregirla. De acuerdo con la perspectiva de Chevallier ésta nueva percepción ésta ligada estrechamente con el Estado de bienestar el cual ubica en un lugar central la búsqueda de una igualdad social real, que sería percibida como una igualdad no delante del derecho sino en (*dans*) derecho. (2003: 41).

Dos aspectos son importantes aquí: el Estado de bienestar (Welfare state) y el derecho. En lo que tiene que ver con el primer punto, el Estado de bienestar (welfare) nos remite a una organización de una especie de red de seguridad que debe evitar que la gente sufra problemas de salud y se encuentre protegida frente a eventos como la vejez o la ocurrencia de accidentes, entre otros. Ello dentro del objetivo de asegurar una supervivencia a los individuos y a sus familias, a partir de una cierta concepción de la dignidad, pero también bajo una perspectiva más amplia de bienestar, donde encontramos una preocupación por la preservación de un determinado estatus social de ciertos grupos. (Abreu & Bourdelais, 2007: 16-17).

Siguiendo el trabajo del intelectual francés Jacques Chevallier, tres son los criterios mediante los cuales el Estado de bienestar va a tratar el tema. El *universalismo* que busca la protección de cada uno frente a los riesgos presentes en la vida de los individuos; la *redistribución* que implica la participación colectiva en el proyecto de bienestar general, y el *particularismo* que implica la focalización sobre aquellos considerados como desprotegidos, bajo el concepto de vulnerables²⁰. (Chevallier,

²⁰ El análisis de los diversos sistemas de protección cuya génesis se sitúa en el contexto europeo así como la manera en que los criterios citados van a ser asumidos dentro de los sistemas de protección sobrepasan los objetivos de ésta tesis. Es importante sin embargo aludir a los dos modelos de seguridad social que fueron tomados como punto de referencia para los posteriores desarrollos que dichos sistemas iban a tener. En efecto, a finales del siglo XIX Alemania fue pionera en la implementación de un modelo de seguridad social en salud. El modelo Bismarckiano, cuyo nombre deriva de su precursor Otto Bismarck hacia énfasis en la relación entre el derecho a la asistencia en salud y el contrato de trabajo. Este modelo se apoya en las cajas de seguridad social financiadas por las cotizaciones sociales y administradas por los representantes de las empresas y los trabajadores. Su creación se enmarca en un contexto político. Así, el se inscribe dentro de las estrategias políticas que buscaban mejorar las relaciones con la clase obrera y frenar de cierta manera, el crecimiento del movimiento

2003: 42- 43).

El principio sobre el cual sienta sus bases es el de la seguridad. Así los ciudadanos serían cubiertos por el derecho a verse protegidos tanto en sus condiciones económicas como sociales, bajo la premisa de la repartición colectiva de los riesgos de la vida social, donde el Estado emularía el rol de las instituciones de caridad, de la Iglesia, por ejemplo. (Shnapper, 2002: 41).

Sin embargo referirse a la seguridad de los individuos implica remontarse a las teorías sobre el Estado planteadas por Thomas Hobbes donde la intervención del Estado se hace necesaria únicamente dentro de la idea de proteger la vida de los individuos.

¿Cómo es que a partir de la idea de seguridad se desarrolla el principio de igualdad y se inscribe en el ámbito del derecho? Desde una perspectiva crítica que pretende entender las contradicciones en las cuales se debate en la actualidad el Estado de Bienestar, el teórico francés Robert Castel hace énfasis en ésta cuestión para señalar que el Estado absolutista propuesto por Thomas Hobbes pareciera ser el más indicado dentro del objetivo de otorgar seguridad a todo el conjunto de la población. Bajo un ángulo interpretativo más amplio que no fue vislumbrado por Hobbes, el trabajo de Castel precisa justamente cómo, a partir del monopolio de la mayoría de poderes políticos, el Estado absolutista sentó las bases para la instauración de un espacio para la libertad dentro de la esfera privada de los individuos. (Abreu & Bourdelais, 2007: 27).

obrero. El plan Beveridge de su parte, puesto en marcha en 1942 se apoya sobre tres principios: la universalidad, la unidad y la uniformidad de los servicios de salud. El Estado juega pues un papel importante dirigido a garantizar la prestación de los servicios de salud a toda la población. Sobre el tema, los trabajos del sociólogo danés Gosta Esping Anderson son considerados como referencias obligadas en la materia. Ver principalmente Esping Andersen, G. (1990). *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge: Polity Press; o (1999). *Social Foundations of Post Industrial Economies*. Oxford: Oxford University Press; Ashford, D. (1986). *The emergence of Welfare States*. Oxford: Blackwell; Baldwin, P. (1990). *The Politics of Social Solidarity. Class Bases of the European Welfare State 1875 – 1975*. Cambridge University Press. Los trabajos de Palier, B., Skykes, R., & Prior, P. (2001). *Globalization and European Welfare states : challenges and changes*. London : Palgrave y Palier, B. (2010). *A long Good Bye to Bismarck? The Politics of Welfare reform in Continental Europe*. Amsterdam: University Press, son ilustrativos de los desafíos y las transformaciones que enfrenta el concepto de Estado de Bienestar en el contexto europeo. Una buena síntesis para el entendimiento de los sistemas europeos de protección social, sus convergencias y divergencias, es presentada en el trabajo de Lucy Paquy en Paquy. L. (2004). *European Social Protection Systems en perspective*. Compostela Group of Universities: European Issues.

Bajo la concepción de Hobbes, la condición para que un Estado proporcione la seguridad requerida por los individuos, está estrechamente ligada a la posibilidad de que el Estado controle todas las posibilidades, lo cual es incompatible con un Estado democrático que propugna por la construcción de todo un andamiaje jurídico aún dentro de la esfera privada de los individuos. Es justamente bajo esa dicotomía que, según Castel, comienzan a enunciarse los posteriores desarrollos y se evidencian las contradicciones ligadas al rol del Estado. (Castel, 2003: 20 - 23).

A partir del estudio de la relación entre el principio de igualdad y el derecho de propiedad, éste último que habría sido mencionado como un derecho natural e imprescriptible del hombre dentro de artículo segundo de la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano de 1789 (Schnapper, 2002: 40), Castel nos proporciona un retrato bastante interesante sobre la dinámica que acompaña el desarrollo del Estado de bienestar. La cuestión tuvo un desarrollo teórico importante de la mano de Jhon Locke quien postuló que la esencia de la protección conferida por el Estado debía estar ligada a la propiedad de los individuos. Así, según Castel, es dentro del Estado liberal donde se impone la necesidad de asumir el reto de incluir el principio de la igualdad. La concepción del trabajo como la propiedad de aquellos que no tienen otra forma de bienes constituye el punto clave dentro de la creación de una sociedad de «*semblables*». (Castel, 2003: 34).

Dicha sociedad mantiene las jerarquías existentes en la sociedad y plantea un nuevo tipo de protección: la protección social que se nivela a partir del trabajo. La inseguridad central dentro de éste tipo de sociedades, estaría ligada, según Castel, al miedo que impediría al individuo de trabajar y por ende amenazaría el estatus social adquirido por el individuo: la enfermedad, la vejez, o en general cualquier accidente.

El papel del Estado se transforma para asegurar los riesgos y reducirlos a partir de los derechos derivados del trabajo. Castel muestra muy bien aquí cómo el trabajo se convierte en la condición salarial que resuelve de paso el problema de la igualdad dentro del Estado, a favor de una «*société de semblables*» que es una sociedad

diferenciada, jerarquizada, pero dentro de la cual todos sus miembros pueden mantener relaciones de interdependencia pues disponen de recursos y de derechos comunes.

Sin embargo ante la imposibilidad de mantener el equilibrio entre el desarrollo económico y el social que se hace evidente en los años 70s, cuyas marcas más visibles son el aumento de las desigualdades y de la pobreza, el acento es puesto sobre los fundamentos filosóficos del Estado de bienestar, comenzando por el principio de solidaridad. (Castel, 2003: 35- 36).

Hay varios puntos importantes a considerar aquí : El primero tiene que ver con la racionalidad que gobierna el funcionamiento de los Estados de bienestar y las políticas económicas y el segundo concierne al papel de los principios y la prioridad que les es concedida.

Algunos estudios coinciden en afirmar que al concentrarse únicamente en la crisis de los sistemas de bienestar derivadas de la disociación entre la esfera económica y la esfera social, se estaría olvidando otro punto de vista, según el cual, el Estado de bienestar no habría sido tan ineficaz como se quiere mostrar. Para apoyar ésta última tesis, éstos trabajos señalan que el Estado de bienestar habría cumplido una de las misiones esenciales que le habría asignado J.M. Keynes, a saber, servir en caso de crisis comparable a la de 1929 - 1933, de sistema tampón para evitar que miles de desempleados se inscribieran en movimientos extremistas de derecha o de izquierda. (Burgi- Golub, 1996: 59).

De ésta manera dichos estudios consideran que hay otro punto de vista que es igual de importante cuando se trata de analizar la lógica del Estado de Bienestar. Esta perspectiva tiene que ver con los fundamentos ideológicos y su instrumentalización. El debate alrededor de los principios de justicia, igualdad y solidaridad se vuelve cada vez más importante antes la imposibilidad o la esterilidad, de debatir directamente sobre el plano económico.

El principio de la igualdad ocupa un lugar central dentro de éstos debates y su

concepción constituye un punto de referencia dentro del Estado de bienestar. Una de las preguntas que se han formulado repetidamente los teóricos del Estado de bienestar está directamente ligada con éste principio. Como ya lo hemos señalado a partir del texto de Castel, al darle un valor al trabajo, el Estado liberal pudo conciliar unas fuertes desigualdades con la asignación de derechos comunes basados en el trabajo como propiedad.

Ahora bien. Si la Revolución francesa consagró el principio de igualdad bajo una dimensión universal, la industrialización develó la distancia entre los hechos y los derechos y de ésta manera se instauró una nueva positividad política al interior de los Estados de Bienestar. (Ewald, 1986). Hasta aquí, la lógica del Estado de bienestar se adecuaba a la creencia según la cual, a pesar de las diferencias individuales, cada uno podía disponer de un uso igual de la libertad, (Burgi- Golub, 1996: 52), libertad que por supuesto tenía su fundamento en el trabajo.

Esta nueva positividad política tiene que ver con la proliferación de seguros al interior de la sociedad que vienen a competir o «complementar» la seguridad social. La concepción de las desigualdades adquiere otra dimensión. Estas son entendidas como riesgos producto del azar y que pueden ser, en todo caso asegurables. En el plano jurídico ello se traduce por una disociación entre la causalidad y la imputación de los daños sufridos. (Burgi- Golub, 1996: 52).

En éste caso, el concepto de «equidad» es implementado dentro de una sociedad que ahora se propone el sostenimiento de equilibrios esenciales, escogiendo en cada caso, el menor de los males para mantener éste equilibrio. Dentro de ésta lógica, el principio de igualdad es instrumentalizado alrededor de las contribuciones y es insertado dentro de la técnica de los seguros. El problema consistiría pues en la aparición de desigualdades que no pueden ser aseguradas.

Por otra parte, si el centro de la técnica se sitúa en la contribución, el principio de solidaridad se encuentra seriamente lesionado y frente a ello no tiene sentido hablar de soluciones de carácter técnico como sería la disyuntiva que se viene planteando últimamente entre seguros y solidaridad.

Es en éste punto donde asistimos a una nueva dimensión de la igualdad, o al menos, desde la perspectiva de algunos análisis de políticas públicas. Obviamente una transformación de los Estados de bienestar es inherente a ésta nueva dimensión. Si entendemos que la definición y alcance de los estados de bienestar comprende el interrogarse por el responsable de asegurar los riesgos (el Estado, la sociedad o el individuo mismo), la pregunta que cabría plantearse en ésta nueva etapa es qué riesgos acechan al individuo y cuáles son responsabilidad del Estado. Esta interrogación parece contradecir el fundamento mismo del Estado de bienestar, que en el contexto europeo, se soporta en el informe beveridgiano que señala como fin esencial, el de poner al hombre al abrigo de la necesidad, la cual no puede entenderse únicamente limitada al riesgo. (Burgi- Golub, 1996: 57).

Sin embargo al orientar el debate sobre la disyuntiva “*seguros*” frente a “*solidaridad*”, la sociedad se individualiza. La tecnología y la ciencia contribuyen a ello al mostrar los avances en el conocimiento de los individuos y de las diferencias de los unos con relación a los otros.

La igualdad aparece aquí relacionada con la diferencia y es en ese sentido que su lógica se vuelve proporcional. Es la otra cara de la igualdad material que permite seguir ocultando el hecho de que existen desigualdades pero mantiene la idea de que no todas serían injustas. (Por ejemplo la diferencia de trabajo, de formación, etc.). El conflicto se desplaza de ésta forma hacia el campo jurídico pues es en el momento de la aplicación de la ley que se deben ponderar estas diferencias para saber si el tratamiento desigual es justo o injusto.

3. Discriminación positiva o la desigualdad dentro de la igualdad.

Las definiciones sobre la discriminación positiva más frecuentemente utilizadas se focalizan sobre la necesidad de otorgar una protección especial a determinados grupos de la población los cuales habrían sido excluidos históricamente a causa de la consideración de ciertas características consideradas en la actualidad como alejadas del proyecto social y político de una Nación.

Es en Estados Unidos que se ubica su nacimiento dentro del contexto de las luchas reivindicatorias de las poblaciones negras. En 1870 con las enmiendas decimotercera y decimoquinta a la Constitución federal se introducen cláusulas específicas de no discriminación por cuestiones de raza o de servidumbre. En los decenios siguientes las diferencias entre blancos y negros serían vistas a través del ángulo de la segregación que pretendía dar lugar al principio de igualdad pero dentro de un criterio de separación (Beaud, 1984: 505). Ello reclamaba una igualdad referida a personas pertenecientes a un mismo grupo social pero no un concepto universal, lo cual debía ser entendido en éste contexto, como una distinción natural y que no afectaba el desarrollo de dicho principio.

Ya en siglo XX, el principio de neutralidad de la ley comienza a imponerse lentamente en el contexto americano. En 1941 el gobierno del presidente Roosevelt promulga la orden ejecutiva 8802 prohibiendo toda discriminación al interior de las empresas de armas que quisieran contratar con el Estado. En el ámbito de la educación, el caso *Brown vs Board of Education of Topeka de 1954* pone fin a la segregación escolar que había sido largamente defendida en la Corte Suprema. (González, 2005: 313).

En los años 60, el auge de los movimientos antiracistas inspirados en la acción de Martin Luther King que ejercen presión sobre el gobierno central, van a llevar al presidente Kennedy a conferir a los afroamericanos el tratamiento jurídico largamente reivindicado por éstos. (Beaud, 1984: 507). La orden ejecutiva n 10925 de 1961 sentó las bases para evitar la discriminación en materia laboral al impedir que los empleadores hicieran diferencias basados en la raza, el credo, el color o el origen, prescripción que se estatuyó formalmente con the Civil Right Act de 1964. (Cahn, 2002: XI)

La concepción sobre la cual se apoyan las medidas de discriminación positiva fue sin embargo puesta en cuestión por el gobierno del presidente Ronald Reagan quien sostenía la tesis que éstas iban en detrimento de la población blanca. Bajo estos argumentos, las medidas de discriminación positiva son atacadas directamente por

constituir un atentado a la igualdad formal que entendía que la ley debía ser neutral. (Beaud, 1984: 509).

Justamente cuando se empieza a pensar que la prohibición de toda discriminación no marcha a la par que la garantía de una igualdad real, es cuando asistimos al nacimiento de medidas de discriminación positiva. *Discrimination au rebours* es la definición que en el contexto de algunos países europeos ha estado asociada al concepto de discriminación positiva. *Acciones afirmativas* (affirmative action), como han sido denominadas en el contexto inglés comprenden el establecimiento de cuotas para facilitar el acceso de éstas minorías en las diferentes dimensiones de la vida social. (Beaud, 1984: 504). Aunque las medidas de acción afirmativa comenzaron a ver la luz fuertemente ligadas con la promoción de igualdad de oportunidades en materia de empleo, es sobre todo en materia de educación que las mismas han suscitado más debates, al menos si nos atenemos al contexto americano.

Numerosas críticas se focalizan en la discriminación negativa que se instaura a partir de ésta concepción y que iría en detrimento de personas pertenecientes a los grupos mayoritarios. La focalización restringida constituye una manera como los Estados tratan de cerrar el espectro de acción de las medidas de acción afirmativa. (Torres-Parodi, 2003: 13).

Otros teóricos como el italiano Giovanni Sartori afirman que la discriminación positiva entraña una concepción extremadamente paternalista de parte del Estado que considera a algunos individuos como menores de edad y que impediría una competencia basada únicamente en el mérito personal como criterio de diferenciación. (Sartori, 2003, citado por Velasco, 2007: 144).

En general ha sido aceptado que las políticas de discriminación positiva se refieren a una repartición de bienes sociales con un objetivo compensatorio, sin embargo los argumentos que pretenden darle un piso sólido tienden a multiplicarse. Además de los ya mencionados, se ha aludido a las acciones afirmativas para garantizar la igualdad de oportunidades, o como medidas públicas y privadas de interés social, o

como formas de integración social. (Mosquera, 2009: 76 – 77).

Varios estudios han tratado de cerner al máximo las características y alcance que las medidas de discriminación afirmativa deben tener. La posibilidad de adaptarse a las nuevas realidades y a las diversas dinámicas sociales, la validez temporal, el espectro global y el carácter paradójico de las mismas son dimensiones centrales para algunos teóricos. La existencia de un colectivo discriminado por una parte y la relativa escasez de algunos bienes y servicios son vistas como dos de las principales características para que la acción positiva pueda ser legítimamente puesta en marcha. (Dema Moreno, 2008: 83 – 84).

Otros puntos de vista se concentran sobre los objetivos de las medidas de discriminación positiva. En sentido estricto las acciones positivas estarían encaminadas específicamente a tomar la diversidad en el proceso inicial de elección de candidatos dentro del marco escolar o de empleo. Existe también la discriminación positiva directa que tomaría en cuenta el factor étnico o de género o religioso, en todos los estados del proceso bajo el criterio de una intención bien definida y la indirecta si observamos por ejemplo, en el campo laboral que una medida aparentemente neutra va en detrimento de los trabajadores de uno u otro sexo. (Ferre, 2004: 35).

Sin embargo tres finalidades permanecen como las más fuertes a la hora de precisar el discurso alrededor de la discriminación positiva: compensar las pasadas discriminaciones, contrarrestar las presentes injusticias y alcanzar una igualdad en el futuro, ésta última fuertemente ligada al concepto de diversidad. (Cahn, 2002: XIII).

Las dos primeras cuestiones remiten a la pregunta alrededor de la cual se han tejido los últimos debates sobre la discriminación positiva y se refiere justamente a la relevancia moral: *“Suppose that a characteristic which should be morally irrelevant (e.g., race, creed or sex), has been treated as if it were morally relevant over a period of years, and that injustices have resulted from this. When such a mistake has been recognized and condemned, when the morally irrelevant characteristic has been seen to be irrelevant, can this characteristic **then** properly be used as a relevant*

*consideration in these distribution of reparations to those who have suffered injustices?”*²¹, señala James Nickel para hacer énfasis en la dimensión que acarrea la discriminación positiva²². (Nickel, 2002: 3).

Estos debates subrayan la complejidad de los fundamentos sobre los cuales las medidas de discriminación positiva se apoyan. Se trataría de corregir situaciones anteriores para continuar dando un tratamiento diferente a determinados grupos o se trata simplemente de seguir perpetuando tratamientos desiguales basados en criterios como la raza o el género?

En el contexto norteamericano, para el caso de la discriminación por razones de género en materia de empleo, inicialmente el Tribunal Supremo adoptó como criterios la temporalidad de la acción (es decir que ésta sería utilizada hasta tanto fuera equilibrada la fuerza de trabajo), así como su proporcionalidad y su naturaleza compensatoria. (Caso Johnson vs Transportation Agency, 480, U.S.616 (1987) citado por Dema Moreno, 2008: 87). Poco a poco estos criterios fueron volviéndose más precisos pues exigían un test para determinar la presencia de motivos razonables para aplicar las medidas de acción positiva. (Dema Moreno, 2008: 88).

Este criterio de razonabilidad tiene que ver con la imposibilidad de volverse arbitrario en la aplicación de ciertas medidas lo cual sería un atentado directo contra el principio de igualdad. De hecho, las críticas que se ciernen sobre la concepción de la discriminación positiva intentan evocar el sentido de los principios de igualdad y justicia que serían los pilares del conjunto de derechos de una sociedad. Así, apoyados en las teorías de Jean Jacques Rousseau, algunos sostienen que las medidas de discriminación positiva sobrepasan los dos criterios tenidos en cuenta cuando se quiere calificar una ley de justa, a saber, que ella sea votada en conciencia por individuos libres y que la misma no cree diferencias particulares para nadie, de manera tal que se pueda afirmar que tanto “yo como mi vecino nos

²¹ Supongamos que una característica que debe ser moralmente irrelevante (por ejemplo, raza, credo o sexo), ha sido tratada como si fuera moralmente relevante durante un período de años, y que las injusticias son el resultado de esto. Cuando tal error ha sido reconocido y condenado, cuando la característica moralmente irrelevante ha sido reconocida como irrelevante, puede esta característica *entonces* ser adecuadamente utilizada como una consideración relevante en la distribución de las reparaciones a favor de aquellos que han sufrido injusticias? (Traducción libre).

²² El subrayado es del autor.

regimos por la misma ley”. (Slama, 2004: 133 – 135).

Aunque el origen de la discriminación positiva, como bien lo señalamos, se sitúa en Estados Unidos como resultado de las luchas de los negros por lograr una integración dentro del contexto americano, con una duración aparentemente bien definida, éstas medidas se han extendido a otros grupos como las mujeres y los grupos étnicos. Dentro del marco de las políticas de la Unión Europea, las medidas se han focalizado también en los grupos infrarrepresentados y por ésta vía, algunas veces han abarcado a grupos de hombres por ejemplo. (Dema Moreno, 2000: 71).

La concepción subyacente a ésta inclusión es una interpretación amplia del principio de la igualdad que comprendería la de hombres y mujeres en el campo laboral principalmente. En cuanto a los grupos infrarrepresentados el debate se concentra nuevamente alrededor de la naturaleza de las medidas de discriminación positiva, cuyos presupuestos sin embargo no serían apropiados para extenderla a todos los grupos.

En el ámbito de la salud, aunque las medidas especiales no son sustentadas directamente en las acciones afirmativas que se concentrarían como ya lo dijimos, principalmente en el ámbito de las políticas de empleo o de la educación, los principales elementos de las medidas de discriminación positiva podrían rastrearse a la luz de la fundamentación de políticas de salud para poblaciones minoritarias.

En efecto, éstas medidas parten de la constatación de que el factor étnico tiene una incidencia dentro de las condiciones de salud y bienestar. Bajo ésta concepción, la compensación no sería el criterio fundamental a tener en cuenta sino que se trataría de lograr el cese de las discriminaciones, es decir una orientación correctiva.

Un estudio clave sobre el tema que ha sido auspiciado por la Organización Panamericana de la Salud, es el realizado por Cristina Torres Parodi (2003). Apoyándose en la investigación de García Anon (1999) la autora señala tres criterios que son a menudo utilizados para la aplicación de medidas de discriminación positiva en materia de salud: el contexto, la objetividad de los supuestos y la

objetividad en la elección de los beneficiarios. En materia de salud el enfoque del riesgo hace que las políticas públicas puedan concentrarse en la atención de grupos con posibilidades más altas de enfermar o morir. (Torres-Parodi, 2003: 10).

Bajo ésta perspectiva se pueden identificar instrumentos blandos tendientes a la focalización de grupos considerados como vulnerables, por ejemplo, la subvención de programas especiales o instrumentos más duros como la instauración de cuotas. Estas medidas van de la mano de la creación de campañas de educación destinadas a prevenir comportamientos perjudiciales para la salud. Tratándose de poblaciones indígenas, el aspecto étnico sería considerado en la elaboración de dichas campañas para que el elemento cultural no se convierta en un obstáculo a la hora de la efectiva puesta en marcha de programas especiales. (Torres- Parodi, 2003: 19).

Según Torres – Parodi la resistencia a la aplicación de éste tipo de medidas en materia de salud se atenúa cuando se comprende que las necesidades de la población en materia de salud son diferentes y en ésta medida el concepto de focalización es bien percibido dentro de la población. Por otra parte, en el ámbito de la salud, una combinación de medidas como la aplicación de cuotas con la promoción de programas en diversos ámbitos permitiría un mejoramiento importante en las condiciones de salud de los diversos grupos étnicos. (Torres- Parodi, 2003: 21).

4. La deriva multiculturalista: igualdad como diferencia.

Algunos estudios ya han señalado el paso obligado de aquellas políticas mayoritariamente concebidas en el ámbito de la educación, las cuales habrían sido puestas en marcha buscando remediar los errores de una discriminación pasada y que en la actualidad vendrían a fundamentarse en el principio de la diversidad. (Alger, 1998: 75).

Según dos reconocidos investigadores, Remi Oudghiri y Daniel Sabbagh, ésta perspectiva permitiría ir más allá de los debates que se concentran en saber si los

destinatarios de las medidas de discriminación positiva han sido el objeto de daños pasados o si la compensación puede ser definida en función de criterios actuales. De la misma manera alejaría las críticas que se ciernen sobre la manera de evaluar las medidas compensatorias puestas en marcha y la durabilidad de las mismas. (1999: 449 – 450).

Por el camino de la diversidad pues podrían entenderse más claramente y sin tantas objeciones las medidas de discriminación positiva en el ámbito de la educación por ejemplo, convirtiéndose en un elemento fundamental a la hora de la producción de toda una literatura sobre grupos específicos que habrían sido discriminados tales como los indígenas o las mujeres y que se remontan a finales del siglo XX, específicamente el fin de la década de los 70s.

Por ésta misma vía, lo que antes era visto como una imposición a las empresas, es mostrado ahora como una ventaja al concebir la diversidad como una forma de encarar los cambios sociales de una manera más abierta.

Las fronteras entre las dos nociones han sido porosas y las relaciones entre un concepto y otro no son siempre de proximidad sino de antagonismo. Así, la respuesta frente a las minorías negras que se concretizó en las medidas de acción afirmativa ha sido vista como una manera de frenar el avance de una posible vía multicultural en los Estados Unidos. (Slama, 2004: 136).

Las relaciones entre la discriminación positiva y la diversidad son cuestionadas desde varios ángulos. Además de las críticas propias a la fundamentación teórica de la discriminación positiva y que ya hemos mencionado, la diversidad es entendida a partir del criterio racial que abarcaría todo el concepto. De ésta manera, aludir al concepto de la diversidad sería concentrarse en la simple evaluación, muchas veces limitada al criterio cuantitativo de la cuestión de la raza.

Pero ¿cómo se produce el salto de la diversidad a la diferencia, erigida como bandera del multiculturalismo?

Para dar respuesta a ésta pregunta debemos primero tratar de cerner eso que se ha denominado como el multiculturalismo y las formas bajo las cuales ha sido asumido. El investigador francés Michel Wieviorka aborda la cuestión a partir de tres interpretaciones diferentes: el multiculturalismo entendido como una realidad probada que afirma de manera clara las diferencias existentes en una sociedad, o bien como un concepto incorporado dentro de un discurso filosófico y ético o finalmente como un principio político que jalona las instituciones, una especie de principio tendiente a la realización del individuo dentro de la ciudad. (Wieviorka, 1998: 883).

De acuerdo con éste autor, tres países fueron claves en la definición de la deriva multiculturalista: Canadá, Australia y Suecia. La promoción de ésta corriente está ligada a situaciones muy específicas. En Canadá, a finales de los años 60s el discurso basado en una sociedad que integrara los dos grupos, británico y el francés, habría resuelto la amenaza de una posible bipolarización canadiense. En Australia por su parte, las primeras medidas orientadas hacia una política multicultural son vistas como una respuesta social frente a las desventajas en que se encontraban los inmigrantes. Estas posturas sin embargo reconocían que la cultura establecida al interior de la sociedad conservaba su primacía frente a las otras. Finalmente en Suecia, atendiendo a las olas migratorias las cuales no eran evaluadas bajo un ángulo negativo, se pretendía nivelar las condiciones de vida de todas las poblaciones viviendo en el territorio. En los tres casos, el factor común estaría dado por una visión de conjunto entre el factor económico y el factor cultural, lo que significa una participación conjunta en dichas dimensiones. (Wieviorka, 1998: 884-886).

Sin embargo las asociaciones entre discriminación positiva y multiculturalismo no están exentas de críticas. El investigador francés anteriormente citado, Michel Wieviorka es reservado a la hora de querer identificar los dos conceptos. Dentro de su concepción, las medidas de acción afirmativa se refieren, la mayoría de las veces, a una política social y en muy pocas ocasiones entrañan una política cultural que sería esencial a las derivas multiculturalistas. Este sería el caso de los Estados Unidos donde las medidas de discriminación positiva, en el campo de la educación

por ejemplo, no implicaban el reconocimiento paralelo de una identidad cultural. (Wieviorka, 1998: 887).

En el mismo sentido algunos autores son enfáticos en señalar las diferencias entre *affirmative action* y diversidad cultural. Podemos mencionar entre otros criterios, el carácter restrictivo que tendrían las medidas de acción afirmativa, que encuentran su razón de ser en el equilibrio de la población dentro del campo laboral y de la educación. En ésta medida ello no podría entenderse a todos los ciudadanos ni aún a todos empleados. (Middleton & Flowers, 1996).

Las bases de ésta perspectiva la encontramos en la defensa o no de una determinada identidad cultural que sería propia de las concepciones multiculturalistas. En el campo de la salud la cuestión se vuelve un poco más compleja puesto que podría plantearse también en términos culturales como sería el caso de la posible integración de la medicina tradicional dentro del sistema de salud de un determinado país.

En lo que tiene que ver con las minorías étnicas y específicamente los grupos indígenas, el fondo del debate se encuentra fuertemente asociado con las políticas de integración que sustituyeron la mirada asimilacionista de la Conquista y la Colonización bajo la cual fueron desprestigiadas las creencias y concepciones de los nativos americanos.

En Estados Unidos la idea del asimilacionismo nos remite a la imagen del *melting pot*, expresión acuñada en 1908 por el escritor inglés Israel Zangwill, para hacer referencia a la reunión indiscriminada de los eslavos y los teutones, los celtas y los latinos, los judíos y los gentiles en un tazón. Al contrario, las tendencias actuales hablan de *salad bowl*, donde cohabitarían sin fundirse los unos al lado de los otros, es decir la base de las tendencias multiculturalistas que invadieron la escena pública en los años 80s. (Velasco, 2007: 150).

La cuestión de saber los motivos por los cuales el Estado debe reconocer un pluralismo cultural que desde diversas orillas ocupa algunos de los más importantes

desarrollos teóricos de intelectuales como Charles Taylor o Will Kymlicka, sobrepasa la naturaleza de éste escrito²³. Bástenos sin embargo señalar que al interior de los mismos subyace una discusión sobre la igualdad entendida como diferencia y que se interroga sobre el fundamento teórico ligado a la obligación de reconocer la diferencia en la alteridad.

En lo que tiene que ver con la salud, una perspectiva más pertinente para ligar diversidad y diferencia concerniente a las poblaciones indígenas es la de la interculturalidad. De hecho algunos estudios en salud precisan que dichos conceptos (multiculturalidad, multiculturalismo e interculturalidad) no podrían confundirse.

Multiculturalidad sería el reconocimiento de que existen diversas culturas en un territorio y la cual sería implementada en la mayoría de países al constatar que no somos sociedades homogéneas. El Multiculturalismo que se derivaría de lo anterior sería una actitud de respeto frente a la diferencia cualquiera que ella sea y no solamente limitada al factor étnico. En ésta perspectiva asistimos a una tolerancia mutua que acepta que todos podemos convivir dentro de las particularidades que son propias a cada cultura. Finalmente la interculturalidad sería vista como la posibilidad de generar puntos de contacto y mutuos aprendizajes entre las diferentes culturas. (Salaverry, 2010: 83).

Si bien los primeros enfoques orientados a la interculturalidad se dieron en el marco de las políticas de educación, en el campo de la salud el contexto se vuelve más complejo debido a las dificultades al momento de definir el tipo de intervención y el grado de interrelación entre las diferentes culturas. Concerniente a los grupos indígenas, la antropología médica que era tenida como un elemento importante ha ido perdiendo terreno debido a las críticas generales que se ciernen sobre la mirada antropológica en general y desde un punto más específico, a la omnipresencia de la medicina alopática que impediría el libre desarrollo de otros criterios.²⁴

²³ Para más información sobre la política del reconocimiento propia a la perspectiva multicultural se puede consultar: Kymlicka W. (1995). *Multicultural Citizenship*. Oxford. Clarendon Press (Collection Oxford Political Theory); Kymlicka W. (1995). *The right of Minority Cultures*, Oxford: Oxford University Press, Taylor Ch. (1992). The Politics of Recognition. En A Gutmann (de) – *Multiculturalism and Politics of Recognition* (p. 25 – 73). Princeton: Princeton University Press, entre otros trabajos.

²⁴ En relación con las dificultades y los logros en el camino recorrido por la antropología médica puede

En ésta perspectiva, la interculturalidad sería el producto final de una política de integración y de una nueva dimensión de la igualdad.

5. La importancia de la igualdad en el discurso de las políticas de salud en América Latina.

Según la Organización Panamericana de la Salud la etnicidad es entendida como “un conjunto compartido de mitos, ancestros, religión, territorio, vestimenta, lenguaje, memorias de un pasado colectivo, que regulan las relaciones de una comunidad humana”. (OPS, 2003: 5). Sin embargo las fronteras entre “raza” y “etnia” son bastante porosas y es difícil saber en cuál de las características está puesto el mayor acento.

La definición de la etnicidad como una forma de conciencia cambiante permite centrar la atención en el componente subjetivo de auto reconocimiento, el cual de otra parte se encuentra soportado en la definición dada por la Organización Internacional del Trabajo en 1989 y que sirve como guía general dentro de las políticas de los Estados en relación con los grupos étnicos.

En efecto, el artículo 1 del convenio 169 de la OIT se refiere a pueblos indígenas y manifiesta que un pueblo puede ser considerado como indígena "por el hecho de descender de poblaciones que habitaban en el país o en una región geográfica a la que pertenece el país en la época de la conquista o la colonización o del establecimiento de las actuales fronteras estatales y que, cualquiera que sea su situación jurídica, conservan todas sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas. Además, la conciencia de su identidad indígena o tribal deberá considerarse un criterio fundamental para determinar los grupos.”

consultarse: FERNANDEZ SUAREZ G. (Comp.).2004. *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectiva antropológica*. Quito: Abya- Yala. así como MABIT J - “Articulación de las medicinas tradicionales y occidentales: el reto de la coherencia”, en *Conferencia del Dr Jacques Mabit para el Seminario Taller regional sobre Políticas y Experiencias de Salud e Interculturalidad*. Quito. Junio 2004, organizado por el Ministerio de Salud Pública y Unidad de Desarrollo del Norte así como los trabajos del investigador francés Didier Fassin (2000) como *Les enjeux politiques de la santé. Etudes sénégalaises, équatoriennes et françaises*, Paris: Karthala.

La auto identificación permanece sin embargo como el criterio fundamental para definir quién es indígena y éste criterio ha sido aceptado como fundamental tanto al interior de los Estados como en el contexto internacional. (Cepal, 2006: 159).

Latinoamérica cuenta con la más variada población de grupos étnicos que cualquier otra región, lo cual se atribuye principalmente a las empresas de la conquista y las políticas de colonización. (Torres, 2001: 12). Los afro descendientes y los pueblos indígenas constituyen el 25% de la población de América Latina²⁵. Aún cuando uno podría pensar que cada grupo precisa de una atención focalizada considerando sus necesidades particulares producto de culturas diferentes, algunos estudios realizan una aproximación conjunta. En efecto, además de su importancia numérica, los dos comparten una tasa de pobreza elevada y un nivel de educación muy bajo en relación con el resto de las poblaciones. (Busso, [et al.], 2004: 18).

En materia de salud, éstos grupos se enfrentan también a circunstancias que hacen difícil su acceso a los servicios de salud y que tienen que ver en mayor o menor medida con la existencia de creencias particulares acerca de la enfermedad y en general del cuerpo en general, la complejidad de la relación médico – paciente que envuelve los prejuicios y preconceptos que cada una de las partes pueda tener en relación con el otro, la oportunidad de acceso, entre otros. Factores socio económicos como el nivel de ingresos o el lugar de residencia también pueden afectar significativamente las condiciones de salud de los grupos minoritarios en general. (Torres, 2001: 22-24).

Dos tópicos son seguido aludidos en las declaraciones oficiales tratándose de la salud de los grupos étnicos: la igualdad y la equidad. La Organización Panamericana de la Salud concede un lugar importante al reconocimiento de la igualdad en sus dos dimensiones: la eliminación de todas las formas de discriminación así como el reconocimiento de la diversidad que les es propia. (Rojas, 2008: 6).

La Resolución CD 37 R5 adoptada por la Organización Panamericana de la Salud

²⁵Según la Organización Panamericana de la Salud en su informe sobre etnicidad y salud de 2003, existen aproximadamente 50 millones de indígenas así como de 150 a 200 millones de afro descendientes.

en septiembre de 1993 empieza con el reconocimiento de las precarias condiciones de salud y de vida soportadas por las comunidades indígenas lo cual conllevaría a la acentuación de las desigualdades frente a otros grupos poblacionales, aspectos éstos que van a ser reafirmados en la Resolución CD40 R6 de 1997, a fin de incentivar a los países miembros, a adoptar una posición más activa para evitar el crecimiento de las desigualdades en salud de los grupos vulnerables y entre ellos, de las comunidades indígenas.

El concepto de equidad por su parte ha sido visto por algunos como una evolución del concepto de igualdad. Según ésta perspectiva, la equidad se basa en un criterio de justicia distributiva que buscaría la prioridad para aquel que más lo necesita. (Souza, 2007: 766).

Aunque en algunos estudios relacionados con la salud los términos “igualdad” y equidad” son tratados como sinónimos, desarrollos teóricos más específicos conceden un alto valor al término de equidad, el cual estaría asociado con un objetivo ético y moral ausente en el concepto de igualdad. El concepto de justicia vendría a sostener las diferentes modalidades en que podría desarrollarse la equidad y los alcances que ello debería tener dentro de una política de salud pública.²⁶ Con el concepto de equidad se quiere apoyar una posición más activa dentro del logro de objetivos que tienen que ver con la salud, al reconocer que éstas inequidades podrían evitarse o corregirse atacando los determinantes sociales estructurales.

La implementación de éste concepto se remonta a 1978 dentro del marco de la Conferencia de Alma Ata. Una distribución equitativa de los recursos es vista como cardinal dentro de los principios de Atención Primaria de la Salud. A nivel de políticas públicas el término se vuelve más popular en la década del 90 ligado a los conceptos de pobreza y exclusión social. En efecto, a pesar de que en los 90 la

²⁶Dentro de éstos estudios pueden verse ALLEYNE, G. A. O. (2002). La equidad y la meta de Salud para todos. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 11 (5-6), 291-296. [online], ISSN 1020-4989. doi: 10.1590/S1020-49892002000500003; VARGAS, I., VAZQUEZ, M.L., & JANE, E. (2002). Equidad y reformas de los sistemas de salud en Latinoamérica. *Cadernos de Saúde Pública*, 18, (4), 927-937. [online].

región experimentó un crecimiento económico luego de la crisis de la década anterior, éste no repercutió sobre los niveles de pobreza lo que se debió principalmente a un problema de redistribución.

Ya en 1995 el Banco Interamericano de Desarrollo BID había manifestado su preocupación por el estado de las minorías étnicas en América Latina y bajo ésta perspectiva se había fijado como objetivo una promoción de la equidad dentro del Programa de Alivio a la pobreza de las Minorías Étnicas de América Latina. (1995-1996). (Torres, 2001: 10).

Dentro de éste contexto, la Organización Mundial de la Salud OMS crea en el año 2005 la Comisión de Determinantes en Salud justamente apoyada dentro del discurso de la justicia social que podría llevar a la equidad. Una definición formal realizada por la Sociedad Internacional para la Equidad en Salud caracteriza la equidad como “la ausencia de diferencias sistemáticas y potencialmente remediables en uno o más aspectos de salud a través de poblaciones o grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica o geográficamente.” (Riutort y Cabarcas, 2006: 25). Para lograr éstos objetivos la OMS postula como prioridades la igualdad en las oportunidades de acceso al sistema de salud y el fortalecimiento de un sistema democrático como la mejor forma de alcanzar la equidad.

Una estrecha relación existe entre la preocupación por los grupos étnicos, la equidad y el seguimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio para 2015. (Maio, [et al.], 2010: 1278 – 1280).

Estos son ocho directrices generales destinadas a mejorar el bienestar mundial de las poblaciones, las cuales fueron adoptadas en septiembre de 2000 por la Asamblea General de las Naciones Unidas en New York. La preocupación sobre el mejoramiento de las condiciones de salud y bienestar de los pueblos indígenas debe entenderse subsumida dentro de aquellas cuestiones relacionadas de manera específica con la reducción de la pobreza. Por otra parte, el hecho de enlazar las problemáticas de género con aquellas derivadas de la etnicidad fue una manera de focalizarse en la lucha contra toda forma de discriminación.

Si bien el contexto internacional dio las bases para una mayor participación de los pueblos indígenas y en general de los grupos étnicos dentro del escenario político de la región, ello es apenas una cara de la moneda. La otra, está dada por el surgimiento y consolidación de los movimientos indígenas en algunos de los países de América Latina como México o Colombia. El ascenso de los movimientos indígenas puede entenderse como un correlato del discurso de la democracia participativa.

Las acciones y conquistas llevadas a cabo por los movimientos indigenistas que tuvieron su origen en la reivindicación de su territorio y la recuperación efectiva de algunas tierras, fueron fruto de un largo proceso de lucha que evidenció una férrea voluntad de inmiscuirse dentro de la agenda política de los Estados. Las difíciles posibilidades de los movimientos sociales en un contexto de violencia y en la ausencia de cualquier apoyo institucional ponen de relieve la decisión de los grupos indígenas por sentar un precedente y contribuir de manera decisiva a transformaciones importantes en las políticas estatales.

La corriente indigenista que invadió la esfera latinoamericana a comienzos del siglo XX puede entenderse como un punto de anclaje que sirvió de incentivo y de bandera de lucha para muchos de los movimientos indígenas en América Latina. Sus postulados -que en México invadieron no sólo la esfera política sino el círculo intelectual, artístico y literario de la época-, proporcionaron los elementos teóricos que dieron fuerza a los movimientos indígenas. Aunque hubo distintas etapas y corrientes, la necesidad de reivindicar eso que era tenido como propio frente a lo que era considerado como de influencia europea, la estrecha relación con la tierra nativa y la valoración de una tradición no impregnada de elementos europeos, fueron algunas de las características más significativas de eso que se conoció como *indigenismo*. (Favre, 1996).

La fuerza con la que el movimiento indígena logró posicionarse en la esfera pública hizo posible que muchos países se vieran conminados a incluir en su agenda pública temas cruciales para los pueblos indígenas como participación política y en materia

de salud, el reconocimiento de la medicina tradicional dentro de la normativa nacional, entre otras cosas.

De manera general varios tópicos han sido considerados como inseparables de un efectivo reconocimiento de la diversidad cultural: diversidad, identidad, territorio, jurisdicción indígena. En el área de la salud, han sido identificados trece elementos cualitativos: a) Acceso preferencial, b) Legislación especial, c) Aceptación de prácticas tradicionales, d) Personal, e) Medicinas, f) Participación indígena en manejo promoción de salud, g) Integración de sistema tradicional al sistema nacional de salud. h) Adecuación cultural de servicios de salud, i) Autonomía en recursos de salud. En éste tema y de acuerdo con el informe del informe realizado por el Banco Interamericano de Desarrollo de 2003, Colombia se sitúa como pionera. (Zamudio, 2003: 5).

Si dentro de algunos estudios, el tema de la participación indígena es visto como esencial, otros análisis se concentran en el reconocimiento de la medicina tradicional indígena, para, a la luz de ésta temática, tratar de analizar y evaluar el grado de desarrollo de los postulados del pluralismo jurídico y la diversidad cultural. (Chile, Ministerio de Salud, 2006). Se trata de un enfoque que privilegia lo colectivo y en éste sentido asigna una importancia capital a las teorías multiculturalistas que dan soporte a la efectiva realización de los derechos colectivos de las comunidades indígenas.

Sin embargo la ausencia de una política clara en relación con la definición de territorios indígenas, así como el desplazamiento forzado producto de situaciones de violencia y narcotráfico que se vuelven cada vez más frecuentes en el contexto latinoamericano, hacen que la situación se complique aún más y tenga repercusiones en todas las áreas y de manera particular en el campo de la salud.

La desnutrición sigue siendo el problema más urgente a resolver. De acuerdo con las encuestas de demografía y salud en seis países latinoamericanos, a saber, Guatemala, Bolivia, Perú, Ecuador, Brasil y Trinidad y Tobago, la Organización Mundial de la Salud concluye que la probabilidad de los niños indígenas de

desnutrirse es mucho más alta que aquella vista en el resto de la población. (de 1,6 a 2,5 veces) (Organización de Naciones Unidas, 2005:76).

Según la Organización Panamericana de la Salud, los países que tienen el mayor número de porcentaje de población indígena son Bolivia Guatemala, Perú y Ecuador. Por su parte los países donde se concentra el mayor número de población indígena en términos absolutos son México, Perú y Guatemala con 13, 11 y 7 millones respectivamente. (Torres, 2001: 13).

Aunque el porcentaje de la población indígena es de casi 43%, Guatemala no cuenta con una política bien definida de apoyo a la salud y el bienestar de éstas poblaciones. Aunque desde 1999 se estipula que el Ministerio de Salud debe definir un modelo de atención en salud que promueva la participación teniendo en cuenta el carácter pluriétnico de la nación (OPS/OMS 2008: 178), sólo algunos acuerdos sobre identidad y derechos indígenas han sido realizados, siendo lo más importante la creación de un Programa Nacional de Medicina Popular Tradicional y Alternativa que debe sin embargo ser articulado en la práctica. (Cepal, 2006: 180 – 185).

Las cifras varían debido probablemente a la ambigüedad en la aplicación de los métodos para contar la población que hace parte de los distintos grupos étnicos. Así según el informe “la política de salud para las poblaciones indígenas en México” de junio de 2002, el número de población indígena en ese país está entre el 7 y el 12%.

Bolivia, Colombia y México se caracterizan por acordar un lugar privilegiado al tema del reconocimiento de la diversidad cultural. El carácter pluriétnico de la nación es explícito en las reformas constitucionales de Colombia (1991), Perú (1993), Bolivia (1994) y Ecuador (1998)²⁷.

Por su parte en la Constitución de Perú de 1920 se esbozaron los primeros lineamientos tendientes a la protección de territorios indígenas. En la década de los 70s el quechua es declarado como idioma nacional. Con la reforma constitucional de

²⁷ En el caso de Bolivia, en el año 2009 entró en vigor la Nueva Constitución Política que la define como un Estado Unitario Nacional de Derecho plurinacional comunitario lo cual ha sido interpretado como un cambio de categoría en relación con las etnias que serían ahora tratadas como naciones.

1993 sin embargo, varias restricciones fueron hechas por el gobierno de Fujimori de manera particular en lo relacionado con el tema de la enajenación de tierras. (Chile, Ministerio de la Salud, 2006: 57).

En Bolivia, predominan tres grupos lingüísticos importantes: quechua, aymara y guaraní. Según la ronda de censos del año 2000, del total de la población, 5 358 107 son indígenas lo que equivale al 66,2% de la población. (Del Popolo y Oyarce, 2006: 41). En 1986 el gobierno reglamentó el uso de la medicina tradicional indígena y a partir de la reforma constitucional de 1991, se han ido promoviendo leyes acerca del derecho a la salud de la población indígena dentro del respeto por su cultura y su tradición. (Chile, Ministerio de Salud, 2006: 49). Uno de los logros más significativos fue la promulgación de la ley 1737 sobre los Medicamentos tradicionales y en general un espacio aunque mínimo ha sido asignado a la medicina tradicional.

En México, el 7, 2 % de su población es indígena, es decir, 12.700.000 personas. (Chile, Ministerio de Salud, 2006: 79). Las principales características de ésta población en cuanto a salud se refiere es su grado de marginalización en relación con el resto de la población. (Guarneros, Rios: 1997: 45) Ello quiere decir que las condiciones de salud y de bienestar de los indígenas son inferiores, lo cual puede constatarse en el índice de esperanza de vida al nacer y en general en los principales indicadores sociales que señalan como un rasgo característico la pobreza. El reconocimiento de la medicina tradicional a nivel nacional sigue siendo el principal avance.

Brasil por su parte con una población indígena estimada en el año 2000 de 734.127 personas, correspondiente al 0.4, (Cepal, 2007: 163), se encuentra en el sexto lugar dentro de los países con mejor índice de calidad legislativa indígena, de acuerdo con los criterios del Banco Interamericano de Desarrollo.²⁸ Así, la Constitución federal reconoce en su artículo 231, la organización social, creencias y tradiciones de los “indios”, así como los derechos originarios de la tierra.²⁹ En el ámbito legal

²⁸ Entre los que se destacan la ratificación del Convenio n 169 de la OIT, la puesta en marcha de las recomendaciones allí señaladas, la presencia de un cuerpo constitucional y legal, etc. Ver Cepal, 2007: 153 y BID (Banco Interamericano de Desarrollo) (2004), *Banco de datos de legislación indígena* [en línea]. http://www.iadb.org/sds/ind/site_3152_s.htm.

²⁹ República Federativa de Brasil. Constitución Política de 1988 consultada en línea en

numerosas reglamentaciones se ocupan de la cuestión indígena como el Decreto 254 de 2002 que aprueba la Política Nacional de Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas o la ley 9.836 de 1999 que instituyó el subsistema de salud indígena del Sistema único de Salud. Otro punto a favor, es la consolidación de los movimientos indígenas quienes participan activamente a partir de la celebración de convenios con la Fundación Nacional de Salud FUNASA. Los desafíos más importantes en materia de salud se encuentran relacionados con la pobreza de las poblaciones indígenas, el analfabetismo, la mortalidad infantil y la vulnerabilidad frente a enfermedades de transmisión sexual y frente al SIDA. (OPS/OMS, 2008: 56 – 76).

Aunque es innegable que los pueblos indígenas han logrado volverse visibles a la luz de las instituciones nacionales e internacionales ello no se ha acompañado de un avance significativo dentro del mejoramiento de las condiciones de salud y bienestar de éstas poblaciones. La producción de leyes no va de la par con su efectivo cumplimiento y los pueblos indígenas siguen sufriendo por las precarias condiciones en las que viven. (Stavenhagen, 2002 citado en Cepal, 2007: 153).

Entre las causas más importantes encontramos la falta de coordinación entre los diversos actores, la persistencia de la discriminación contra la población indígena como es el caso de Bolivia y Guatemala, la falta de una voluntad política como es el caso de Nicaragua o Colombia o la ausencia de recursos presupuestales que es una constante en el contexto latinoamericano. (OPS/OMS, 2008).

Valores como la igualdad y la justicia son pues evocados para dar soporte a las políticas públicas para grupos étnicos. Sin embargo no se ve bien cómo dicho valores son llevados a la práctica en beneficio de los indígenas o de los afro descendientes. La pobreza y la exclusión social parecen imponerse como prioridades dentro de las agendas nacionales e internacionales y bajo ésta perspectiva, la igualdad que pretende concretarse a partir de medidas soportadas teóricamente en el discurso de la discriminación positiva o del multiculturalismo se vuelve bastante evanescente.

En el caso de Colombia confluyen un número significativo de elementos comunes al del resto de los países de la región. Una elevada tasa de pobreza y marginalización contrasta con un amplio reconocimiento constitucional y legal a favor de los derechos de las poblaciones indígenas. La inequitativa distribución de la riqueza aumentó de 1996 al 2003 y en ese mismo período los indicadores socioeconómicos de las minorías étnicas decrecieron en 13 puntos según el índice de desarrollo humano. (Balladelli, [et al.], 2007: 3). Las preocupaciones en salud en el caso colombiano se orientan a resolver problemas relacionados con la mortalidad materna, la desnutrición de menores de cinco años y la prevalencia de enfermedades asociadas a la pobreza como la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), la Infección Respiratoria Aguda (IRA) y la Tuberculosis (TCC). (OPS/OMS, 2008:130).

El capítulo que sigue será destinado a describir y analizar los factores que condujeron a la implementación de una legislación especial a favor de los indígenas y la coyuntura especial que produjo dicho reconocimiento en el cual se encuentran mezclados muchos de los aspectos ya señalados como la consolidación de los movimientos indígenas y el peso del contexto internacional.

CAPITULO II

EL CASO COLOMBIANO Y LA CUESTIÓN INDÍGENA: LA EMERGENCIA DE UN PROCESO

1. Breves apuntes sobre el contexto histórico.

Según el último censo realizado por el DANE la población indígena en Colombia corresponde al 3.43% de la población total (DANE, 2007: 37). Aunque los criterios para su identificación continúan adoleciendo de una cierta ambigüedad tal como se explicará más adelante, es evidente que dicha población ha sufrido una disminución considerable si nos atenemos al censo de población de 1912, el primero elaborado en el siglo XX que arrojó un porcentaje de población indígena correspondiente al 6.8. (DANE, 2007: 32).

Si nos remontamos mucho antes, es imperativo afirmar que desde la época de la Conquista y la Colonización, las poblaciones autóctonas han padecido la implementación de políticas que buscaban la eliminación de sus características particulares en provecho de una sociedad homogénea³⁰. No siendo el tema central de nuestro estudio, nos concentraremos en un período más reciente que es visto como trascendental para entender muchos de los derroteros seguidos y en relación con los cuales se ha pretendido entender los cambios en la manera de percibir la cuestión indígena: el período de la Regeneración comprendido entre 1878 y 1900.

Su nombre fue asignado por el entonces presidente del Congreso Rafael Núñez en 1878 quien frente al escenario político de la Nación señaló que: "*los excesos del régimen radical habían puesto a los colombianos ante la alternativa de "regeneración administrativa fundamental o catástrofe"*". (Palacios, 2002: 269).

La Regeneración fue el nombre con el cual se designó una nueva propuesta política y económica destinada a retornar a un cierto período de la historia que se veía destruido por las ideas del pensamiento liberal de la época.

³⁰ Para profundizar en éste período pueden verse los trabajos de Arango, R., y Sánchez, E. (2004) *Los pueblos indígenas de Colombia en el umbral del nuevo milenio*. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación, o el trabajo de Jimeno y Triana (1985) citado en las referencias bibliográficas de ésta tesis.

En efecto, la República constituida después de la Independencia no logró mudar las estructuras de poder del clero y de los terratenientes que continuaron imponiendo sus intereses dentro de la maquinaria del Estado. Contra éste monopolio, las ideas liberales sustentadas en la Ilustración y el Enciclopedismo pretenden contrarrestarlo a partir de varios postulados. El positivismo en oposición al derecho natural, el laicismo que promulga la separación de la Iglesia y el Estado y el progresismo que respalda una creencia ciega en la ciencia y la tecnología. (Sáchica, 1986: 260 – 261).

En la segunda mitad del siglo XIX ubicamos el ascenso de las ideas liberales al poder de la mano de tres personajes importantes: Manuel Murillo Toro³¹, Aquileo Parra³² y Miguel Samper³³. Con la Constitución de 1863 fruto de la Convención de Rionegro se proclamaba abiertamente el federalismo para la Nación ahora denominada “Estados Unidos de Colombia”, el cual venía siendo la norma desde la Constitución de 1858. Fundada sobre la doctrina del *laissez faire- laissez passer* acuñada por la doctrina francesa, un especial énfasis sobre los derechos individuales y un debilitamiento del poder ejecutivo son dos rasgos importantes. El manejo independiente que cada Estado podía hacer del sistema político tuvo como consecuencia el debilitamiento del poder liberal y en consecuencia al fortalecimiento del ala conservadora. (Melo, 1989).

El pensamiento del liberal Tomás Cipriano de Mosquera tuvo una influencia enorme durante éste periodo. Elegido por primera vez presidente en 1845, Mosquera realizó cambios fundamentales como la privatización de la industria del tabaco, la abolición de muchos de los impuestos coloniales así como la descentralización fiscal.

Ya en su segunda y tercera presidencia (1861 – 1864) y en la era del liberalismo radical (1863 – 1876) se quiso también controlar el poder de la Iglesia a través de drásticas medidas como la desamortización de bienes de manos muertas que consistían en poner en circulación bienes de la Iglesia y realizar una subasta pública

³¹ Dos veces presidente de Colombia: en 1864 – 1866 y nuevamente de 1872 – 1874.

³² Ocupó la Presidencia de la República entre 1876 y 1878.

³³ Aunque no llegó a ocupar el cargo presidencial fue un influyente ideólogo liberal que dio respaldo a las políticas del presidente Tomas Cipriano de Mosquera.

de los mismos. Además de las razones de conveniencia pública aludidas por Tomás Cipriano de Mosquera para justificar las medidas, evidentemente se escondían razones políticas para debilitar a la Iglesia Católica que se encontraba fuertemente asociada con el pensamiento conservador. (Jaramillo y Meisel, 2008:4).

Las fluctuaciones desmedidas de los precios del tabaco y la quina, así como la crisis del café son vistas como algunas de las consecuencias negativas de la aplicación de los dogmas liberales y en consecuencia de la necesidad de cambiar el régimen imperante. (Palacios, 2002: 271).

Sin embargo, ésta necesidad no obedece únicamente a razones económicas. Las tensiones entre el pensamiento liberal y conservador se reflejan en éste período de la Regeneración que puede interpretarse en un primer momento como orientado al ideario liberal (1878 – 1885), seguido de una coalición entre conservadores y liberales independientes (1885 – 1887) y que finalmente desembocó en un proyecto mayoritariamente conservador en sus últimos años. (Palacios, 2002: 269 – 270).

Se trató de una lucha de fuerzas que tuvo como momento importante el ascenso a la Presidencia en 1884 de Rafael Núñez, respaldado por el Partido Nacional que mezclaba un segmento del conservadurismo con el ala derecha del liberalismo. Núñez declaró la invalidez de la Constitución de 1863 e hizo un llamado a la creación de una nueva Carta Política, que resultaría en la Constitución de 1886. En 1892, Núñez es reelecto en la Presidencia, pero ante la imposibilidad de continuar en el poder debido a problemas de salud, el entonces vicepresidente Miguel Antonio Caro asume el poder hasta 1898.

Su pensamiento se ubica dentro de la línea conservadora más dura y se encuentra basado en los dogmas sociales de la Iglesia. Un interés por recuperar eso que Caro denominó “el alma” hispánica lo llevaron a buscar nuevamente los rasgos de la España colonial en contra del pensamiento liberal. (Rubiano, 2007:155).

Esta concepción tuvo eco debido en parte a la coyuntura que se presentaba en el contexto internacional. En efecto, a finales del siglo XIX tanto en Europa como en

Estados Unidos se presenció el rápido ascenso de las ideas conservadoras. En 1885 comienza en el Reino Unido una era conservadora que va a durar veinte años mientras que en Francia los republicanos van a dominar entre 1880 y 1898. (Palacios, 2002: 272).

Bajo ciertas perspectivas, seis son los cambios más importantes que el nuevo texto político produjo: a) el reemplazo del federalismo por una especie de regionalismo mixto bajo la designación de una República unitaria, b) el regreso a una tradición católica fuertemente enraizada dentro del poder estatal, c) la reducción de algunas libertades principalmente en lo que tiene que ver con la libertad de cultos, d) un cambio sobre las ideas relacionadas con el sufragio que fue asociado a determinadas condiciones socioeconómicas, e) un rescate del poder ejecutivo y f) lo que se ha denominado como una tendencia hacia el “constitucionalismo industrial” caracterizado por el impulso de medidas tales como la telegrafía, la construcción de caminos y canales y de vías férreas, entre otras orientaciones. (Marquart, 2011: 62).

La Regeneración partió de una idea de unidad nacional ligada a una cierta concepción de la identidad que entendía como parte integrante de la misma, tanto la religión católica como la lengua heredada de Castilla. (Palacios, 2002: 270).

Es evidente que el pensamiento que inspiraba a la Constitución de 1886 así como el de los gobernantes de finales del siglo XIX y comienzos del siglo XX no era propicio para construir un dominio privilegiado para el reconocimiento de los indígenas en el escenario nacional y obviamente en el escenario de la salud en Colombia. A continuación mencionamos algunos aspectos de la vida política y social del país que hicieron imposible pensar en un tal espacio.

La Constitución de 1886 se casó con la Iglesia Católica que en ese momento ejercía una posición de fuerza casi total. Así no solamente el catolicismo fue consagrado como la religión oficial sino que, en 1887 con la celebración del Concordato, el Estado colombiano compartía el gobierno con la jerarquía eclesiástica. (Jimeno y Triana, 1985: 247).

En éste contexto, se expidió la ley 89 de 1890 que clasificaba a los indígenas en tres categorías: salvajes, semisalvajes y civilizados, En cualquiera de estas categorías los indígenas estaban excluidos de la legislación nacional. Para el caso de los civilizados, los gobernadores de Departamento podían dirimir los conflictos de tierras de los indígenas. Importante es señalar que el tema de las tierras fue un aspecto trascendental que se sustentó en la naciente legislación que aunque ambigua, propició las primeras reivindicaciones indígenas. Con la ley 89 de 1890 las tierras de los resguardos³⁴ fueron declaradas imprescriptibles e inembargables. (Jimeno y Triana, 1985: 249). Debemos entender aquí entre otras cosas, nuevamente una razón de tipo político destinada a controlar la creciente resistencia indígena y equilibrar la fuerza que ésta pudiera desarrollar. (Del Cairo, 2004: 31).

La reforma de 1936 sirvió para matizar un poco la predominancia católica al introducir modificaciones relativas a la libertad de cultos y de conciencia, las cuales sin embargo no podían ir en contra de la moral cristiana y de la legislación nacional.

En 1950 llega al poder el conservador Laureano Gómez quien esbozaba un discurso basado en las teorías darwinistas y deterministas vigentes en la época. Bajo ésta perspectiva, el fracaso en la administración de las instituciones políticas en Colombia era visto como producto de una herencia indígena que vendría a contaminar el legado europeo. (Urueña, 1994).

Los años 60s son testigos de grandes reestructuraciones estatales jalonadas por el contexto internacional principalmente bajo el esquema de la “ayuda bilateral”. (Jimeno y Triana, 68). Los programas de reforma agraria fueron un factor trascendental para tratar de “modernizar” las sociedades latinoamericanas y Colombia no fue la excepción. La Alianza para el Progreso concebida bajo el gobierno del presidente Kennedy fue una de las más poderosas intervenciones para lograr ese fin.

Bajo ésta perspectiva los indígenas fueron considerados como “marginados” y en ésta medida los programas oficiales los incluyeron como beneficiarios, pero también

³⁴El Resguardo es una institución colonial creada por los españoles a fin de mantener la mano de obra bajo su tutela. Se trata de tierras comunales indígenas administradas por autoridades propias.

esperando convertirlos en campesinos eficientes. (Favre, 1996). Se trataba pues de un proyecto de integración según el cual, los indígenas eran sociedades atrasadas que debían poco a poco asimilarse al resto de la población nacional.

Con el fin de hacer un seguimiento a éste proceso, el decreto 1634 de 1960, transformó la antigua sección de Resguardos Indígenas del Ministerio de Agricultura en División de Asuntos Indígenas a cargo del Ministerio de Gobierno, (Jimeno & Triana, 1985: 82). Siguiendo ésta orientación fue creada la ley 135 de 1961 que prescribía que la adjudicación de tierras baldías estaba sujeta a la aceptación de la División de Asuntos Indígenas.

De ésta manera es posible también comprender la promulgación de la ley 31 de 1967 mediante la cual se aprueba el Convenio Internacional del Trabajo relativo a la protección e integración de las poblaciones indígenas y tribales aprobado por la 40 reunión de la Conferencia General de la OIT en Ginebra en 1957. En dicha ley se autoriza extender a los miembros de los pueblos indígenas los Sistemas existentes de seguridad social “siempre y cuando eso sea factible”. (Balladelli, [et al.], 2007: 41).

En los años 70s podemos situar el surgimiento de los movimientos indígenas como grupos con la capacidad para oponerse y ejercer presión. Seguimos aquí el estudio de José Bengoa (2000, citado por Ulloa, 2004: 17), según el cual si bien existieron movimientos de resistencia indígena desde la colonia, es solamente a partir de los años 70 que éstos comienzan a tener un tono propio a nivel institucional para oponerse a las políticas estatales y establecer su propia agenda de demandas.

2. La génesis institucional de la lucha contra la discriminación: el desarrollo de las primeras medidas en materia de educación.

Es precisamente a finales de los años 70s que surgen las primeras medidas destinadas a introducir una educación bilingüe, escuela propia o escuela indígena dentro de las instituciones del país. El tema guarda una estrecha relación con la creación de los movimientos indígenas y especialmente con el Consejo Regional

Indígena del Cauca CRIC que logró imponerse³⁵.

El contexto no era nada fácil pues desde la firma del Concordato entre la Iglesia y el Estado en el año 1887, la política de las Misiones se propuso como objetivo el de “civilizar” los salvajes inculcando una ideología dominante regida por la ética y las normas católicas. (Jimeno, 1985: 32).

A comienzos del siglo XX, la expansión de las órdenes religiosas principalmente la comunidad de franciscanos y dominicanos fue fuertemente apoyada por las autoridades civiles. Ya en el período conocido como de “la Violencia” en la década de los 60s caracterizada por un ascenso de los movimientos populares que alertaron a las clases dominantes en el poder y que fue resuelto primero por la vía sangrienta para después sellarse con el denominado Frente Nacional que fue un pacto entre conservadores y liberales para compartir el poder, la Iglesia tuvo que dinamizar su pensamiento con el fin de continuar siendo un actor principal en el escenario político del país. (Jimeno, 1985: 43).

Con el Concordato de 1973 que redefinía el papel de la Iglesia en la educación y asignaba un rol mayor al Estado, la Iglesia tuvo que entregar al Ministerio de Educación una gran cantidad de establecimientos educativos de primaria y secundaria. (Jimeno, 1985: 45). En 1976 con el decreto ley 088 el Estado enuncia la posibilidad de que los indígenas tengan una educación propia que se afirma en 1978 cuando se promulga el decreto 1142 estructurado bajo las siguientes características, tal y como es señalado en su parte considerativa: a) Una estrecha relación entre el proceso productivo de la Nación y el desarrollo socio económico de las comunidades indígenas; b) La necesidad de valorar, comprender y difundir las estructuras de las comunidades autóctonas; c) La necesidad de tener en cuenta las experiencias

³⁵ En el contexto latinoamericano las luchas de los movimientos indígenas han sido un punto clave que se evidencia particularmente en el ámbito de la educación ante la necesidad de desenmarcarse del modelo evangelizador impuesto por la Iglesia Católica y contrarrestar el modelo del “bilingüismo en transición” que pretendía servirse de las lenguas indígenas para imponer poco a poco la lengua dominante. Ver Ströbele -Gregor, 2010: 10 – 11). En lo que tiene que ver con las organizaciones indígenas como el CRIC y sus características particulares puede consultarse Ulloa, A. (2004). *La Construcción del nativo ecológico*. Bogotá: Instituto colombiano de Antropología e Historia ICANH, así como Laurent, V. (2005). *Comunidades indígenas, espacios políticos y movilización electoral en Colombia. 1990 – 1998. Motivaciones, campos de acción e impactos*. Bogotá: Instituto Colombiano de Antropología e Historia, ICANH, Instituto francés de Estudios Andinos, IFEA, entre otros.

locales desarrolladas por éstas comunidades visto que sus diferencias socio culturales; d) El aprendizaje de la lengua nacional sin detrimento de las lenguas maternas.

Lo anterior se traduce en la necesidad de las comunidades indígenas de que las alfabetizaciones se realizaran en lengua materna lo que implicaba la formación de maestros indígenas bilingües.

Otro punto importante tiene que ver con el propósito general de garantizar el derecho a la educación a todos los educandos, “cualquiera que sea su origen étnico, cultural o religioso”. Ello sería el resultado por una parte, de la pugna entre el poder de la Iglesia y el del Estado y por la otra, de la consolidación del CRIC como organización indígena con pretensiones bastante bien definidas. Con el fin de ganar terreno sobre la Iglesia, el Estado tuvo que incluir reivindicaciones indígenas en materia de educación que era vista por éstos últimos como “uno de los medios de represión de la cultura indígena”. (Jimeno, 1985: 205).

Aún cuando con un objetivo eminentemente político, en el fondo, las instituciones oficiales permanecen profundamente permeadas por la ideología católica y más ampliamente por una ideología religiosa a través de diversas organizaciones protestantes que invadieron la esfera pública. El decreto 1142³⁶ y las normas que se promulgaron en la década de los 80s pueden situarse dentro del objetivo general de aminorar esa influencia que sin embargo requiere en la práctica de una transformación social y política.

El rol jugado por los movimientos indígenas en todo éste proceso fue fundamental. En 1982 asistimos al nacimiento de la Organización Nacional Indígena de Colombia que viene a sumarse a las otras organizaciones como el CRIC o la Confederación Indígena Tayrona CIT. La presión ejercida por estas organizaciones abre las puertas a la promulgación, en 1984 de la Resolución n 3454 que establece una comisión tripartita para tratar el tema de la educación en su vertiente étnica. Allí se emplea por primera vez los términos de “etnodesarrollo” y “etnoeducación”, implementados por

³⁶ Por el cual se reglamenta el artículo 118 del Decreto – ley número 088 de 1976 sobre educación de las comunidades indígenas.

el antropólogo Bonfil Batalla para referirse a un desarrollo propio e independiente en relación con las poblaciones indígenas. (Universidad del Tolima, 2006: 21).

Después de la Constitución Política de 1991, se promulga la ley 115 de 1994 conocida como la *Ley General de la Educación* que dedica el capítulo tercero a la educación para grupos étnicos, entendiendo por tal “*la que se ofrece a grupos o comunidades que integran la nacionalidad y que poseen una cultura, una lengua, unas tradiciones y unos fueros propios y autóctonos. Esta educación debe estar ligada al ambiente, al proceso productivo, al proceso social y cultural, con el debido respeto de sus creencias y tradiciones*”. (Artículo 55).

El artículo 56 por su parte estatuye como criterios los de integralidad, interculturalidad, diversidad lingüística, participación comunitaria, flexibilidad y progresividad y explica que la finalidad de la ley es la de “*afianzar los procesos de identidad, conocimiento, socialización, protección y uso adecuado de la naturaleza, sistemas y prácticas comunitarias de organización, uso de las lenguas vernáculas, formación docente e investigación en todos los ámbitos de la cultura.*”

La educación bilingüe es declarada formalmente (artículo 57) y se concede a los grupos étnicos la posibilidad de concertar con las autoridades competentes la elección de los educadores que laboren en sus territorios. (Artículo 62).

El decreto 804 de 1995³⁷ que reglamentó ésta ley declara en su artículo primero que “*La Educación para grupos étnicos hace parte del servicio público educativo y se sustenta en un compromiso de elaboración colectiva, donde los distintos miembros de la comunidad en general, intercambian saberes y vivencias con miras a mantener, recrear y desarrollar un proyecto global de vida de acuerdo con su cultura, su lengua, sus tradiciones y sus fueros propios y autóctonos*”. Además regula con cierta precisión el tema de la formación de educadores, los programas dirigidos a la formación de etnoeducadores entre otras cosas.

En lo que tiene que ver con el acceso a bienes y servicios, los indígenas pueden

³⁷ Por medio del cual se reglamenta la atención educativa para grupos étnicos.

gozar de cupos especialmente reservados para el ingreso a las universidades públicas del país. Dado que el criterio es la escasez de dichos bienes, ésta facultad no les es exclusivamente dirigida sino que comprende a poblaciones diferentes como los más pobres o personas destacadas como deportistas, mejores bachilleres del país etc. Este tipo de discriminaciones es aceptado como una forma de acción afirmativa en aras de combatir la desigualdad “en el origen” y asegurar una igualdad real en el acceso a las oportunidades, en éste caso de recibir una educación superior.

La legislación forjada en materia de educación fue producto de un proceso de negociación constante entre las organizaciones sociales y el Estado bajo un supuesto necesario que era la aceptación de una diferencia sea cual sea la significación que queramos asignar a dicho término. Su antecedente inmediato podríamos encontrarlo en la corriente indigenista. Es necesario recalcar pues que en la medida en que las organizaciones de indígenas logran tener una participación en las arenas políticas, necesariamente dicha participación debe estar mediada por sus reivindicaciones sobre sus derechos particulares.

El tema de la etnoeducación resulta fundamental en ésta tensión pues implica la necesidad de romper con un modelo heredado del colonialismo y que ha constituido el paradigma de dicha relación, que es la asimilación a partir de la ideología dominante enseñada en las escuelas. Algunos análisis sin embargo sugieren que la concepción misma de la diferencia y del multiculturalismo que se encuentra en la base de ésta propuesta no consigue superar la lógica de las relaciones imperantes puesto que el Estado no arriesga ninguna transformación importante a nivel de su estructura. (Rojas & Castillo, 2007).

En lo que tiene que ver con la asignación de cuotas la misma es vista como una facultad que corresponde al criterio y autonomía de las Universidades y que no puede ser impuesta legalmente.

Para entender tal proceso, algunas referencias a América Latina son necesarias. El tema es objeto de estudios recientes que se concentran principalmente sobre tres

ejes: presencia de estudiantes indígenas en las Universidades (públicas o privadas), programas destinados a indígenas y la constitución de universidades indígenas, éste último de muy poco desarrollo a excepción de Bolivia. En casos como el de Ecuador y Chile, la participación de organismos privados en la concesión de programas de becas ha sido un aspecto importante. (Wiese, 2004 citado por Zapata, 2008: 6).

Con características particulares inherentes a su proceso político, en Brasil por ejemplo, las organizaciones indígenas jugaron un rol importante para establecer un modelo de educación acorde con sus necesidades el cual se concentró en la educación primaria. La inserción indígena en la educación superior por su parte fue casi imposible hasta finales de la década de los 90s, siendo coordinada por la FUNAI (Fundação Nacional do Índio) a partir de la concesión de ayudas económicas o becas a alumnos indígenas. (Paladino, 2010: 68 – 71).

La creación de un programa basado en la discriminación positiva a favor de poblaciones como los negros y los indígenas se inició con la primera presidencia de Fernando Henrique Cardoso en 1995. La propuesta de implementar políticas públicas hacia la población afrodescendiente se realizó en 1996 de la mano del Grupo de Trabajo Interministerial para la Valorización de la Población Negra GTI. (Andrews, 2000; Bailey, 2004 citados por Castro, [et al.], 2009: 163).

En paralelo, las universidades comenzaban a aplicar el sistema de cuotas a favor de las poblaciones negras. Es el caso de la Universidad Federal de Bahía (UFBA). En lo que tiene que ver con la Universidad Estadual Paulista (Unicamp) el establecimiento de un sistema de cuotas entre los años 1994 y 1997 no se soportó en un criterio racial sino de estatus socioeconómico. Sin embargo es interesante resaltar que más del 80% de los beneficiados fueron negros y pardos. (Castro, [et al.], 2009: 163).

Ya en el año 2002 de la mano del Ministerio de Educación bajo el segundo gobierno del presidente Fernando Henrique Cardoso, se promovieron cursos a favor de dichas poblaciones cuya gestión se debió en parte, a la presión de diversos grupos para poner en práctica las recomendaciones dadas en la Conferencia Mundial contra

el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia, de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) realizada en septiembre de 2001, en Durban, Sudáfrica, y que había sido suscrita por Brasil. (Palatino, 2010: 73).

En México por su parte, la sublevación en 1994 del EZLN (Ejército Zapatista de Liberación Nacional) integrado por indígenas chiapanecos, puso en la palestra pública el tema de las necesidades específicas de los indígenas. Este levantamiento tuvo como uno de sus puntos de apoyo, al menos en lo que tiene que ver con la educación, la descentralización que en éste dominio se había realizado en 1991 la cual enfatizó la atención a las características culturales propias de los pueblos indoamericanos. (Muñoz, 1999: 45).

La creación de escuelas de educación superior bilingüe sigue siendo la manifestación más frecuente en éste campo. Es el caso de Oaxaca, Sinaloa, Veracruz, San Luis Potosí y la Universidad Intercultural creada en 2004 en la cabecera municipal de San Felipe del Progreso en el Estado de México. (Chávez, 2008: 41).

En el caso del Perú, el tema es abordado desde algunos estudios, a partir de la evaluación de las políticas de educación, las cuales necesitan concentrarse en tres aspectos: a) Redistribución de los ingresos. b) Lucha contra toda discriminación para evitar distribuciones diferenciadas y c) distribución igualitaria de oportunidades que tiene que ver con la “eliminación de barreras y las condiciones que inhiben a los grupos de menores recursos a salir de la trampa de pocos activos en la que se encuentran”. (Trivelli, 2008: 2).

A finales de la década de los 90s, la diversidad cultural seguía siendo una asunto complejo y el debate se concentraba sobretodo en la formación de maestros bilingües donde se tomaba como referencia la experiencia del Programa de Formación de Maestros Bilingües de la Amazonia Peruana así como la trayectoria de la Universidad Pedagógica Nacional de México en la oferta de licenciaturas para la formación de maestros bilingües en educación primaria. (Muñoz, 1999: 51).

En éste contexto, los avances realizados en cuanto a la constitución de un cuerpo teórico para el desarrollo de las políticas de educación dirigidas a los indígenas en Colombia son importantes. Ellos fueron posibles al ser jalonados por la conformación de un texto constitucional de amplias ambiciones en lo que tiene que ver con el tema del reconocimiento y que se nutrió de muchos elementos que con el paso del tiempo se han visto como no muy bien integrados entre sí.

3. El proyecto de integración de la Constitución de 1991: igualdad y reconocimiento de la diferencia.

En 1990 Colombia se debatía en una crisis institucional y política. Eso se reflejaba en la desconfianza hacia los partidos tradicionales, el aumento de la violencia de parte de los diferentes actores como la guerrilla y los paramilitares así como la emergencia y consolidación de redes de narcotraficantes actuando en presencia de un Estado fragmentado en sus estructuras.

La iniciativa de crear una Asamblea Constituyente para reformar la Carta Política es vista como una renovación del pacto político y es promocionada como una vía obligada para lograr la paz. Se reconoce aquí la tradición constitucionalista francesa del siglo XIX según la cual la Constitución es percibida como la primera fuente de progreso y de justicia social. Bajo ésta perspectiva asistimos a una dicotomía: la Constitución es, de una parte, concebida como una Carta para el futuro en lugar de constituir unas normas legales que gobiernan el presente; de otra parte, los hechos constitucionales son tratados como asuntos políticos. (Martinet, 2005: 80).

En el contexto internacional, la caída del Muro de Berlín y la influencia del Consenso de Washington dentro de las políticas de los Estados latinoamericanos son dos de los sucesos que contribuyen a forjar el ambiente para el cambio constitucional. En cuanto al reconocimiento de los derechos indígenas dentro del texto de la Nueva Carta Política, además de los factores generales brevemente expuestos, asistimos a la coyuntura de varios sucesos favorables a los indígenas.

En primer lugar, la elección sorpresiva de dos representantes indígenas en el seno

de la Asamblea Nacional Constituyente sumado al hecho de que éstos consiguieron realizar alianzas estratégicas con otros grupos minoritarios presentes en la Asamblea como los ex guerrilleros del M 19. Sus demandas se concentraron sobre tres aspectos: a) territorios autónomos, b) respeto a la diferencia cultural y c) participación política en las decisiones del Estado que los afecten. (Castillo, 2009: 246 – 248).

El resultado de ésta dinámica se plasmó en la Constitución Nacional que “*reconoce y protege la diversidad étnica y cultural de la Nación colombiana.*” (artículo 7) y sienta las bases para el reconocimiento de una serie de derechos a favor de los grupos étnicos dentro de los cuales estarían los indígenas. En materia de educación por ejemplo, el Artículo 10 determina que “*el castellano es el idioma de Colombia. Las lenguas y dialectos de los grupos étnicos son también oficiales en sus territorios. La enseñanza que se imparta en las comunidades con tradiciones lingüísticas propias será bilingüe.*” mientras que el artículo 68 concede a favor de los grupos étnicos el “*derecho a una formación que respete y desarrolle su identidad cultural*”.

Importantes avances fueron hechos en relación con los territorios indígenas. El artículo 63 estipula que las tierras del resguardo son inalienables, imprescriptibles e inembargables mientras que el artículo 286 confiere a los territorios indígenas el carácter de entidad territorial. La autonomía es expresamente mencionada en el artículo 287 y el artículo 246 se refiere al derecho de las autoridades indígenas para ejercer “*funciones jurisdiccionales dentro de su ámbito territorial, de conformidad con sus propias normas y procedimientos, siempre que no sean contrarios a la Constitución y leyes de la República.*”

La consulta previa entendida como la participación de las comunidades indígenas dentro de las decisiones concernientes a la explotación de los recursos naturales en los correspondientes territorios indígenas ha sido vista como una conquista a favor de los indígenas. (Artículo 330 párrafo).

En fin, una amplia gama de derechos a favor de los grupos étnicos y muchos de ellos referidos específicamente a las poblaciones indígenas que pueden ser

sintetizados en el reconocimiento de 1) territorios indígenas, 2) las formas tradicionales de autoridad, 3) la lengua y 4) el derecho a la etnoeducación. (Castillo, 2009: 268).

En materia de igualdad, el artículo 13 estipula que “*Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica.*” Dicho artículo debe ser entendido en consonancia con en el artículo 70 según el cual “*La cultura en sus diversas manifestaciones es fundamento de la nacionalidad. El Estado reconoce la igualdad y dignidad de todas las que conviven en el país.*”

Aún cuando en el texto constitucional la palabra “multicultural” no se menciona explícitamente, corrientemente se ha entendido que el reconocimiento de la diversidad étnica y cultural equivale a una sociedad multicultural, lo cual es ratificado por el discurso de algunos organismos oficiales.³⁸

Así, algunos estudios como el de Catalina Botero hablan explícitamente de multiculturalismo y derechos indígenas afirmando que “La Constitución colombiana incluye lo que podríamos llamar una verdadera constitución multicultural.” (Botero, 2003: 50). Al definir al Estado según la nueva carta política, el sociólogo colombiano Luis Carlos Castillo por su parte, señala al país como “un Estado Social de Derecho, en forma de República unitaria, descentralizada, *pluriétnica, multicultural*, democrática, participativa y con autonomía de sus entidades territoriales.” (Castillo, 2009: 236)³⁹.

En la misma perspectiva, trabajos financiados por COLCIENCIAS como el titulado *Multiculturalismo, los derechos de las minorías culturales* compilado por Francisco Cortés y Alfonso Monsalve (1999) asumen el multiculturalismo en Colombia a partir de la Carta Política de 1991.

³⁸ El Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE en relación con la evaluación de resultados del Censo de 2005 (2007).habla explícitamente de una “nación multicultural”.

³⁹ Resaltado fuera de texto.

Según Botero dicha expresión del Estado multicultural sería de amplio desarrollo en la jurisprudencia constitucional sustentada en el desarrollo teórico de conceptos como el de grupos culturales esbozado por el filósofo canadiense Will Kymlicka. Como ya lo hemos señalado el multiculturalismo tiene que ver con una dimensión que viene a adjuntarse a la simple discriminación positiva: la diversidad. O dicho de otra manera; el discurso multiculturalista entraña el “derecho de las minorías a salvaguardar sus diferencias constitutivas”. (Velasco, 1999: 65).

El discurso sobre la igualdad real que conlleva dicha diversidad viene en lo sucesivo a instalarse directamente en la Carta Política, que consagra los principios que deben regir los destinos de un Estado Social de Derecho como es proclamado el colombiano y que entrañan una serie de derechos que han sido moldeados a partir de la interpretación realizada por la Corte Constitucional. Desde el punto de vista normativo, es en la Carta Política que se apoya la normatividad desarrollada a favor de los grupos étnicos dentro de los cuales tienen especial prelación los indígenas tal y como lo veremos a continuación.

4. La visibilidad de los indígenas dentro de los grupos étnicos.

La población en Colombia está compuesta por una mezcla bastante variada de individuos y comunidades que hasta hace poco tiempo estaban completamente ignorados. A medida que las reivindicaciones indígenas se hicieron visibles, otros grupos como los negros y los gitanos empezaron también a hablar de reivindicaciones propias, lo que hizo común el empleo del término de “grupos étnicos”.

Si bien la Constitución de 1991 señala determinados privilegios y derechos dirigidos a los grupos étnicos, otras prerrogativas específicas son destinadas directamente a las poblaciones indígenas. La presencia y participación de dos constituyentes indígenas puede explicar la referencia directa a dichas comunidades.

No obstante, las constantes reclamaciones llevadas a cabo por otro tipo de

comunidades existentes en Colombia que se preciaban de tener unas diferencias culturales significativas y de haber sido ignorados como consecuencia de la política asimilacionista que inspiraba la anterior Constitución, llevaron a la elaboración de normas precisas para incluir a otras comunidades como parte del desarrollo del principio de la diversidad cultural.

Bajo esa perspectiva, con la ley 70 de 1993 las comunidades negras lograron la demarcación y titulación de territorios colectivos de comunidades negras y adquirieron en lo sucesivo la denominación de “afrodescendientes”. La población ROM por su parte logró reconocimiento como grupo étnico a partir de la Resolución No. 022 del 2 de septiembre de 1999 expedida por la Dirección General de Etnias del Ministerio del Interior y de Justicia. (DANE, 2007:19). De igual forma, con la determinación de los criterios de autoidentificación del censo de 2005 realizado por el Dane, se lograron visibilizar los grupos Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina y Palenquero de San Basilio. (DANE, 2007: 35).

No sería equívoco afirmar que mientras para el caso indígena la Constitución de 1991 representó la materialización de algunas de sus luchas, en lo que tiene que ver con comunidades como los negros, la Carta Política comienza a ser el primer instrumento de lucha para comenzar a delinear su reconocimiento concreto.

Apoyándose en las tesis de Kymlicka, Botero señala de manera general que los grupos étnicos buscan una integración a la sociedad mayoritaria, pero a condición de que se respeten sus tradiciones culturales particulares y se concedan algunas derechos especiales de representación y consulta. (Botero, 2003: 58 – 59).

Como sujetos de derecho colectivo, el Estado ha señalado en el decreto 2001 de 1988⁴⁰ en su artículo 2 que una comunidad indígena se define por “...*el conjunto de familias de ascendencia amerindia que comparten sentimientos de identificación con su pasado aborígen y mantienen rasgos y valores propios de su cultura tradicional como formas de gobierno y control social internos que las distinguen de otras comunidades rurales*”.

⁴⁰ Por el cual se reglamentan el inciso final del artículo 29, el inciso 3 y el infra 1 del artículo 94 de la ley 135 de 1961, en lo relativo a los resguardos indígenas en el territorio nacional.

Dicha definición debe entenderse en correspondencia con el Convenio 169 de la OIT sobre pueblos tribales, la cual ha sido incorporada a la legislación nacional. Queriendo circunscribir aún más el tema, algunos análisis como el de Isabel Cristina Jaramillo se adhieren a los estudios que definen una etnia con relación a dos características particulares: una *subjetiva* que tiene que ver con la conciencia étnica y una *objetiva* que tiene que ver con un conjunto de aspectos materiales agrupados bajo el término “cultura”. A su vez ésta clasificación se encuentra determinada por otro binomio de distinciones: las etnias que constituyen *minorías étnicas no territoriales*, es decir que pueden o no estar asentadas en un territorio particular, y los *pueblos*, que necesariamente están relacionados con un territorio sobre el cual ejercen algún tipo de control. (Jaramillo, 1997: 105). En Colombia, la conciencia étnica tiene una importancia fundamental y desde 1993 es tenida en cuenta en los censos como factor de identificación no sólo para las poblaciones indígenas sino para los otros grupos étnicos.

Dichos criterios son ratificados por la jurisprudencia de la Corte Constitucional al referirse a las características de los grupos étnicos señalando que los mismos poseen una cultura propia y una conciencia subjetiva de su identidad⁴¹.

Si en materia de educación las disposiciones de la Constitución se dirigen a todos los grupos étnicos, parece sin embargo que la cuestión indígena ha logrado hacerse a un lugar privilegiado dentro del reconocimiento de la diversidad cultural en cuanto a salud se refiere.

En efecto, la existencia (al menos teórica) de un territorio ligado a las comunidades indígenas y el reconocimiento de sus autoridades tradicionales constituye uno de los argumentos centrales que la jurisprudencia constitucional esgrime a fin de justificar la elaboración y promulgación de una norma específica (ley 691 de 2001) regulando el tema de la salud únicamente para las poblaciones indígenas y no para el conjunto de grupos étnicos. Según ésta sentencia (C 864 de 2008), las características y privilegios allí ordenados se encuentran dirigidos exclusivamente a las poblaciones

⁴¹ Sentencia C 864 de 2008 Corte Constitucional.

indígenas y no podrían hacerse extensivos a otros grupos étnicos.

Todas estas razones, a saber, el reconocimiento constitucional de la diversidad, la importancia concedida a los grupos étnicos sobre otras minorías existentes en Colombia, la promulgación de una norma destinada a desarrollar la diversidad cultural en el ámbito de la salud para dichas poblaciones hacen que su análisis revista una importancia capital. ¿Qué implica el reconocimiento de la diversidad cultural en materia de salud? ¿Cómo son tratados los grupos indígenas dentro de la legislación? ¿Cuáles son las diferencias entre las políticas de salud dirigidas a las poblaciones indígenas y las que se encuentran destinadas al resto de la población? son algunas de las cuestiones que el siguiente capítulo pretende dilucidar.

CAPITULO III

ETNICIDAD Y SALUD: LA IGUALDAD, EL ESTADO Y LA LEGISLACIÓN PARA LOS INDÍGENAS EN COLOMBIA

1. El Anterior Sistema de Salud.

El Sistema Nacional de Salud imperante desde 1975 ha sido visto como la suma de servicios asistenciales fragmentados que se diferenciaban porque la modulación, financiamiento y prestación de servicios se ejercían de diferente manera. A saber, el sistema de salud público a cargo del Ministerio de Salud (que actualmente hace parte del Ministerio de la Protección Social), el cual modulaba, financiaba y prestaba el servicio de salud; el sistema de seguros sociales a cargo del Instituto de Seguros Sociales y las cajas de previsión que eran moduladas por el Ministerio de Salud (actualmente Ministerio de la Protección Social). Por último, existía el subsistema privado de servicios SPS que era mínimamente regulado por las autoridades públicas y que se sostenía con aportes de usuarios y seguros privados. (Rodríguez, 2003: 21).

Sin embargo, el Sistema Nacional de Salud no podía verse desde la perspectiva de un momento único sino como el reflejo de varios procesos y circunstancias del panorama nacional e internacional en un largo término. Un primer momento importante en la constitución de un espacio para la salud pública como preocupación estatal estaría comprendido entre 1886 y 1950. (Orozco, 2008: 23).

Este sistema de salud se encontraba soportado pues en la Constitución Política de Colombia de 1886 que propugnaba por un Estado centralizado y que no consideraba la salud como un derecho inalienable. Por el contrario el principal interés se derivaba del tema de la higiene pública, que prestaba especial atención a *“la salubridad de los puertos, el manejo de aguas servidas, el control de algunos alimentos, el control de establecimientos públicos y el seguimiento de las medidas preventivas diseñadas para el control de algunas enfermedades epidémicas”*.(Hernández, 1991: 64).

Bajo ésta concepción, el tema de la salud de los individuos no era visto como una

preocupación a cargo del Estado sino que hacía parte del dominio privado de los individuos bajo un sistema administrado por las instituciones de caridad. Sólo hasta la reforma constitucional de 1936 se habla de asistencia pública teniendo como bases teóricas los postulados derivados de los procesos revolucionarios en Europa, particularmente la Revolución industrial y la Revolución francesa. (Hernández, 1991: 65).

La creación en 1945 de la Caja Nacional de Previsión que se dirigía a la salud de los empleados públicos y del Instituto Colombiano de Seguros Sociales en 1946 concentrado en los empleados del sector privado formal caracterizaría dicho período⁴².

La reforma constitucional que tuvo lugar en 1968 sigue los postulados keynesianos en cuanto requiere de un Estado fuerte, interviniendo en aspectos precisos de la economía de un país para fortalecer la demanda. (Hernández, 1991: 67).

Un segundo momento que va desde 1970 hasta 1989 estaría marcado por la asignación de los recursos del gobierno central a través de las instituciones públicas hospitalarias que sería la antesala para la concepción del nuevo sistema de salud en Colombia. (Orozco, 2008: 23).

En éste contexto lo que se buscaba como política nacional era la integración orientada a la desaparición del indígena y en provecho del trabajador consumidor. En el Cauca, algunas políticas agrarias se focalizaron en el proceso de disolución de los resguardos lo que generó una dura reacción indígena. (Jimeno y Triana, 1985: 97).

La creación de Consejo Regional Indígena del Cauca CRIC en 1971 como un

⁴² Desde una perspectiva regional, según algunas clasificaciones teóricas, el punto de partida puede ser tomado en relación con la creación de los sistemas de protección social y su posterior desarrollo. Así, un primer grupo estaría constituido por Argentina, Chile, Uruguay y Brasil que habrían iniciado sus sistemas entre 1920 y 1930, los países intermedios, a saber, México, Venezuela, Perú, Costa Rica, Ecuador, Paraguay y Colombia que instauraron sus sistemas entre 1940 y 1950 que en teoría estarían caracterizados por la creación de un Instituto general para cubrir a toda la población, y finalmente los países con una instauración de la protección social tardía como sería el caso de Nicaragua, Guatemala, el Salvador y los países del Caribe de habla inglesa. (Mesa, 1991 citado por Uribe, 2007:434).

movimiento fuertemente organizado y con pretensiones bastantes claras, visibilizó las intenciones de los movimientos indígenas de oponerse a medidas tan drásticas, en lo que tenía que ver con su territorio principalmente.

La focalización sobre los aspectos culturales es un aspecto central dentro de estas reivindicaciones. Algunos estudios como el de Astrid Ulloa (2004), sitúan las causas de éstas demandas en diferentes factores como las presiones ejercidas sobre los territorios indígenas y los procesos de modernización. Por otra parte, las políticas de educación habrían permitido la formación de nuevos líderes quienes se atrevieron a plantear alternativas desde lo que ellos consideraban como étnico. (Ulloa, 2004: 19).

Ello hizo posible que en 1981 el Ministerio de Salud promulgara la Resolución 10013 la cual establece que los programas para la *prestación de los servicios de salud de atención primaria que se desarrollan en comunidades indígenas deben adaptarse a la estructura organizacional, política, administrativa y socioeconómica, con el fin de respetar sus valores, tradiciones, creencias, actitudes y acervo cultural*. Bajo ésta perspectiva el concepto de promotor indígena fue desarrollado como una especie de mediación para hacer efectiva dicha adaptación.

Sin embargo, el objetivo general continuaba siendo la paulatina “civilización” de los indígenas. Así, para evitar la proliferación de los movimientos indígenas que buscaban autonomía y reclamaban sus tierras, el Estado -a través de la División de Asuntos Indígenas entre otras dependencias- se vio obligado a tomar una serie de medidas para frenar la fuerza que las ideas indígenas estaban teniendo al interior de las comunidades y en personas no indígenas que querían apoyar lo que era considerado como la “cuestión étnica”.⁴³

Bajo ésta perspectiva, a comienzos de los años 90s aparece la ley 10 de enero 10 de 1990 que estructuró el Sistema de Salud y definió la salud como un servicio público al cual tendrían acceso todos los habitantes del territorio nacional (artículo 1). De la misma manera, en desarrollo del principio de participación comunitaria se

⁴³ En éste sentido Henry Favre explica bien cómo la cuestión indígena fue tomada como bandera de algunos intelectuales y académicos en América Latina que buscaban reivindicar una cierta tradición y diferenciarla de aquello que había sido impuesto desde afuera. Ver Favre, (1996).

prescribía que *la comunidad tiene derecho a participar en los procesos de diagnóstico, formulación y elaboración de planes, programas y proyectos, toma de decisiones, administración y gestión, relacionados con los servicios de salud, en las condiciones establecidas en esta Ley y en sus reglamentos.* (Artículo 3).

En lo que tiene que ver con los indígenas, varias contradicciones van a hacerse evidentes en el proceso legislativo de comienzos de los 90s. Por una parte, el proyecto de integración que se nutre de las viejas ideas planteadas en la Constitución Política de 1886 y por la otra, el incremento de las demandas de los movimientos indígenas que contaban con un apoyo internacional cada vez mayor.

El Decreto 1811 de 1990, refleja éstas tensiones, entre, por una parte, el compromiso de Colombia frente a la normatividad internacional que había sido firmada y ratificada, y por otra parte la presión de los movimientos indígenas. Dicho Decreto parte pues de la valorización de la medicina indígena como un factor que contribuye a la curación de ciertas enfermedades y considera además que la alianza con la medicina institucional que “promueva y favorezca formas permanentes de diálogo” podrá a su vez apoyar la “autonomía de las comunidades en el diseño, realización y control de los programas de salud.” (Parte considerativa Decreto 1811 de 1990).

La ley 21 de marzo 4 de 1991 viene por su parte a incorporar y ratificar el Convenio número 169 de la Organización Internacional del Trabajo OIT el cual estipula que los regímenes de salud deberán extenderse progresivamente a los pueblos interesados y aplicárseles sin discriminación alguna. (Artículo 24). Por su parte el artículo 25 estipula que:

“1. Los gobiernos deberán velar porque se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental.

2. Los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con

los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.

3. El sistema de asistencia sanitaria deberá dar la preferencia a la formación y al empleo de personal sanitario de la comunidad local y centrarse en los cuidados primarios de salud, manteniendo al mismo tiempo estrechos vínculos con los demás niveles de asistencia sanitaria.

4. La prestación de tales servicios de salud deberá coordinarse con las demás medidas sociales, económicas y culturales que se tomen en el país.”

La coyuntura vivida a principios de los años 90s producto de diferentes factores tal y como lo hemos explicado, hacía pues perentoria la adopción de un estatuto en salud que diera respuesta a todas las expectativas y compromisos que se venían generando con los nuevos actores dentro del escenario nacional e internacional: los indígenas.

Un punto crucial de éste nuevo modelo fue la descentralización entendida como la delegación de funciones en cabeza de los municipios y de los departamentos. (López, Y., [et al], 2009: 568). Si bien éste proceso comenzó en la década de los 80s con la ley 12 de 1986 que reglamentaba el tema de los impuestos y en materia de salud con la ley 10 de 1990, el mismo fue soportado en el proyecto político de la Constitución Política de 1991.

2. El Nuevo Sistema de Salud.

Las preocupaciones y debates alrededor de la salud se fueron acentuando en los años 80s. La ineficiencia del Instituto de Seguros Sociales para afiliar a la población colombiana fue esbozado como un argumento fuerte a favor de una reforma inmediata.

En términos generales el sistema era evaluado como fuertemente inequitativo no sólo porque no conseguía tener una amplia cobertura en aseguramiento sino porque además lo servicios, hospitalizaciones y cirugías del sector público destinados a los

más pobres estaban siendo recibidos por pacientes pertenecientes al 20% de la población más rica. En efecto, de acuerdo con Molina, Giedion, (1993, citado por Castaño, [et al.], 2001: 7) las cifras eran bastante desalentadoras pues “cerca del 45% de la población colombiana urbana y el 80% de la población rural no estaba protegida por ningún sistema de aseguramiento” y dependía de los servicios prestados por las entidades públicas de salud o por el sistema “informal” y privado de salud.

Este proceso no es exclusivo del contexto colombiano sino que debe situarse dentro de los cambios que fueron adoptados por la mayoría de países en América Latina en la década de los 80s que buscaban, entre otras cosas, la participación del sector privado y la descentralización de los establecimientos públicos.

Estos cambios buscaban superar la crisis de los años 70s derivada de la inflación, el incremento de la deuda externa, la corrupción y las malas administraciones. Muchos de éstos elementos fueron atribuidos a una excesiva intervención estatal, por lo que, de la mano de las recomendaciones del Banco Mundial y del Fondo Monetario Internacional, los Estados se propusieron una reforma estructural sobre la base de las políticas neoliberales. (Uribe, 2007: 443).

Bajo el gobierno del General Pinochet, Chile fue pionero en la privatización, seguido por Nicaragua y Costa Rica que implementaron reformas más moderadas. Argentina también se propone algunas modificaciones que intentan aumentar la desregulación del sistema y hacerlo compatible con un aumento de la eficiencia de los hospitales del sector público (Puig – Junoy, [et al.]. 2002: 2 – 3).

Por su parte, las características del Sistema Nacional de Salud de Cuba difieren considerablemente de las del resto de países de la región. Este tuvo lugar a comienzos de la década de los 60s y tuvo como influencia directa el modelo soviético, instaurando un sistema de salud gratuito, con cobertura universal y que prohíbe la medicina privada, que dio resultados positivos hasta finales de la década de los 80s. Sin embargo, la caída de la URSS y del socialismo fueron, según algunos estudios, dos aspectos con fuertes repercusiones en el sistema que hacían

perentoria una reestructuración. (Mesa – Lagos, 2000: 27).

En Colombia, la concepción del nuevo sistema ha sido vista como la sustitución del antiguo sistema “bismarckiano” de la Seguridad Social⁴⁴ que se propone como objetivos lograr mejores resultados en materia de equidad, eficiencia y calidad en los servicios prestados. (Jaramillo, 2002: 49).

La Constitución de 1991 que entró en vigencia en julio de 1991, consagró la seguridad social como un servicio público de carácter obligatorio (artículo 48), y garantizó el acceso de todas las personas a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. (Artículo 49).

En ese mismo artículo el Estado abiertamente proclama que “la atención en salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado.” Por su parte, el artículo 366 estipula que “el bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población son finalidades esenciales del Estado”.

Con base en estos postulados es expedida la Ley 100 de 1993 que reglamentó el Sistema de Seguridad Social no sólo en lo que tiene que ver con salud sino con el sistema de pensiones y riesgos profesionales.

El cambio legislativo que se operó en el ámbito de la salud fue de grandes dimensiones las cuales pueden analizarse desde el punto de vista de los actores, de los objetivos que el sistema estatuyó como principales y de los diferentes regímenes de afiliación entre otros aspectos.

La afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud se convierte en obligatoria y se realiza a partir de dos regímenes: el *contributivo* destinado a las personas con capacidad de pago, se encuentra reglamentado en los artículos 202 a 210 de la ley 100 de 1993. El *subsidiado* por su parte se dirige a las personas sin capacidad de pago y en ésta medida es respaldado con fondos públicos. Se trata pues de asegurar a “la población más pobre y vulnerable del país en las áreas rural y urbana”

⁴⁴ Ver nota de pie de página n 20 en el capítulo primero numeral 2 “*El desafío del Welfare State: ¿la igualdad real?*”.

(artículo 157 ley 100 de 1993). Una tercera categoría son los *vinculados* dentro de la cual se encuentran todas las personas que no pueden acceder de una manera inmediata al régimen subsidiado debido a su incapacidad de pago.

De acuerdo con el artículo 157 de la ley 100 de 1993, las comunidades indígenas ocupan un lugar central dentro de la población más pobre y vulnerable, al lado de las madres comunitarias, las mujeres cabeza de familia, los niños menores de un año, entre otros. Algunos análisis concluyen afirmando que la ley 100 en lo que se refiere al régimen subsidiado, se encuentra estructurada alrededor de dos criterios para identificar los beneficiarios: la carencia de ingresos y la vulnerabilidad ante el riesgo. (Fresneda, 2003: 213).

Para la detección de dichos beneficiarios se recurre al Sistema de Identificación de Beneficiarios de Programas Públicos SISBEN instrumento utilizado para focalizar los programas sociales que había sido pensado desde la ley 100 de 1993 y concretizado con la ley 60 de 1993. A través de la detección de niveles de pobreza, las autoridades públicas pueden desarrollar políticas dirigidas para los más pobres que se ubicarían en los niveles 1 y 2 del SISBEN.

Para el caso de la salud, las comunidades indígenas no están obligadas a aplicar a la encuesta SISBEN pues el reporte de la población lo debe dar la autoridad indígena de cada Cabildo. Sin embargo en la práctica el tema no ha sido claro y muchas veces se presta para malos entendidos principalmente cuando las autoridades rechazan alguna inscripción en programas oficiales argumentando que los indígenas no se encuentran reportados en el SISBEN.

Desde el punto de vista de los actores no sólo asistimos a un proceso de delegación de funciones del Estado sino a la inclusión del sector privado dentro de la administración del Sistema de Seguridad Social en Colombia. Diferentes son pues los organismos que van a administrar el SGSSS.

De acuerdo con el artículo 177 de la ley 100 de 1993 las Entidades Promotoras de Salud EPS son responsables por la afiliación y registro de los afiliados y del recaudo

de cotizaciones. Su función principal es la de organizar y garantizar la prestación de servicios correspondientes al Plan Obligatorio de Salud POS y en general, implementar las medidas para que las personas y sus familias puedan acceder a los servicios de salud. (Castillo, 2003: 24).⁴⁵

El paquete de los servicios es variado y en lo que tiene que ver con los servicios de salud se puede resumir en un Plan de Atención Básico, Plan Obligatorio de Salud Contributivo POS – C. Plan Obligatorio de Salud Subsidiado POS – S, Planes de Atención Complementarios en Salud PACS.

De acuerdo con el artículo 165 de la ley 100 de 1993, el Plan de Atención Básica PAB es un conjunto de actividades complementarias al Plan Obligatorio de Salud POS dirigido a la prevención de enfermedades, promoción de la salud y control de factores de riesgo dentro de las colectividades.

Por su parte, según lo reglamentado en el Acuerdo N 72 de 29 de agosto de 1997, el Plan Obligatorio de Salud que correspondiente al régimen subsidiado “comprende los servicios, procedimientos y suministros que el sistema General de Seguridad Social en Salud garantiza a las personas aseguradas con el propósito de mantener y recuperar su salud”. (Artículo 1).

Bajo ésta perspectiva el POS es organizado a partir de una atención básica del primer nivel, de unas acciones de prevención de la enfermedad y protección específica y de unas atenciones de recuperación en salud.

Los servicios se prestan a partir de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS que son entidades que pueden ser públicas, privadas, comunitarias o solidarias, así como a través de los grupos de práctica profesional y los profesionales independientes. (Decreto 2753 de 1997). En lo que tiene que ver con el Régimen Subsidiado, los usuarios deben escoger entre las diferentes

⁴⁵ En el panorama de la región, el principio de libre elección para escoger entre el sistema anterior o el nuevo o para afiliarse a las diferentes entidades es un rasgo común, pero con un grado de autonomía diversa. Así países como Colombia y Argentina manejan un concepto amplio de libertad de escogencia, mientras Chile se ubica en un nivel intermedio, así como el Salvador y Uruguay, y por último los sistemas de México y Bolivia cuyos nuevos afiliados deben inscribirse al nuevo sistema. (Mesa - Lago, 2000: 22).

Administradoras del Régimen Subsidiado ARS. (Fresneda, 2003: 212).

Dentro de algunos análisis esto ha sido visto como una reducción de la acción colectiva del Estado “a un conjunto de acciones de promoción, prevención, vigilancia de salud pública y control de factores de riesgo de carácter universal, gratuito y obligatorio”. (Hernández & Vega, 2001: 55).⁴⁶

La participación de la comunidad es contemplada también en la ley 100 de 1993 a partir de la intervención de los beneficiarios del sistema sobre la “organización, control, gestión, fiscalización de las instituciones que integran el Sistema en su conjunto”. (Isaacs, 2000 citado por Cespedes-Londono, et al, 2002: 6). En lo que tiene que ver con los indígenas, el literal g del artículo 181 de la ley 100 de 1993 prescribe que los indígenas podrán crear Entidades Promotoras de Salud para atender los servicios del POS del cual son también beneficiarios.

Respecto de los organismos a cargo de la vigilancia y control en el SGSSS tenemos: el Ministerio de la Protección Social⁴⁷, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud CNSSS y la Superintendencia Nacional de Salud SNS. Si bien el Ministerio de la Protección Social está a cargo de la dirección y supervisión del sistema de salud, el CNSSS conformado por el Ministro de la Protección Social, por el Ministro de Hacienda, por representantes de las entidades departamentales y municipales de la salud, dos representantes de los empleadores, dos representantes de los trabajadores, entre otros, se encarga directamente de definir los planes obligatorios de salud y el sistema de tarifas. (Castillo, 2003: 21).

3. Presentación del campo legislativo de la salud para poblaciones indígenas hasta el año 2005.

En el tema de salud indígena, la Constitución de 1991, señaló el camino para que el

⁴⁶ Otros análisis sin embargo consideran que el rol del Estado, aún en algunas reformas catalogadas como abiertamente neoliberales como en el caso de Chile, en la década de los 80s, es importante en la medida en que dirige el sistema de salud conminando a la afiliación, y a la organización del mismo a través de órganos como la Superintendencia. (Mesa – Lagos, 2000: 23).

⁴⁷ En el 2002 se promulga la ley 790 de 27 de diciembre que estipuló y reglamentó la fusión del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social con el Ministerio de Salud, y los agrupó bajo el nombre de Ministerio de la Protección Social.

Ministerio de Salud en éste entonces, expidiera la Resolución 5078 de 30 de junio de 1992, la cual define las culturas médicas tradicionales y las terapéuticas alternativas. Las primeras reúnen el *“conjunto de conocimientos, creencias, valores, actitudes y comportamientos, que se acostumbran ancestralmente en nuestras comunidades, para la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la explicación de las enfermedades”*. Las terapéuticas tradicionales por su parte son vistas como *“el conjunto de procedimientos terapéuticos derivados de las diversas culturas médicas existentes en el mundo, empleados para la prevención, tratamiento, rehabilitación y explicación de las enfermedades.”*

Teniendo como fundamento la ley 100 de 1993 se han desarrollado otra serie de disposiciones tendientes a garantizar a favor de las comunidades indígenas el servicio de salud dentro del respeto de su diversidad cultural. Es el caso de la ley 691 de 18 de septiembre de 2001 *“mediante la cual se reglamenta la participación de los grupos étnicos en el Sistema de Seguridad Social en Colombia”*. Esta ley especialmente dirigida para los pueblos indígenas señala que *“los planes y programas de servicios de salud aplicables a los Pueblos indígenas tendrán en consideración el saber y las prácticas indígenas, basados en los criterios del pluralismo médico, complementariedad terapéutica e interculturalidad.”* (Artículo 21).

Por su parte la ley 715 de 21 de diciembre de 2001 reglamentó el sistema de participaciones y la distribución de recursos para la salud.

Dentro del marco general de la legislación para los grupos étnicos, la ley 812 de 2003 que aprueba el Plan Nacional de Desarrollo 2003 – 2006 dedica un capítulo al tema de la equidad social, en el cual se estipula el fortalecimiento a los grupos étnicos (numeral 9), con el fin de *“elevar su nivel de vida”* y de *“garantizar su participación en las decisiones que les atañen”*.

A pesar de que la ley 789 de 2002 no se encuentra señalada como parte de la legislación específica dirigida a los indígenas, su mención es importante en la medida en que la misma definió el Sistema de Protección Social en Colombia *“como el conjunto de políticas públicas que se orientan a reducir la vulnerabilidad de los*

habitantes del país y a mejorar su calidad de vida, en particular para los más desprotegidos". (Nuñez & Espinosa, 2005: 51). De la misma manera definió dos ejes de acción: por una parte el Sistema de Seguridad Social integral donde se encuentra el Sistema de Seguridad Social en Salud y por otra parte el Sistema de Asistencia Social.

Aparte de las normas citadas que constituyen la columna vertebral de la legislación para los indígenas en materia de salud, existen otras disposiciones que pretenden desarrollar o reglamentar el tema concentrándose en un tema específico. Para enumerar las disposiciones pertinentes en materia de salud para poblaciones indígenas hemos tomado como referencia el compendio realizado por el Ministerio de la Protección Social en el año 2006, titulado "Derechos y deberes de los grupos étnicos en el marco de la Protección Social". Para acotarlo a las poblaciones indígenas en el tema de la salud nos hemos apoyado en el texto de Napoleón Castillo Velásquez (2003), *Las comunidades indígenas en Colombia y su Sistema General de Seguridad Social en Salud*.

TABLA NÚMERO 1: NORMAS QUE REGLAMENTAN LA LEGISLACIÓN PRINCIPAL DESTINADA A LAS POBLACIONES INDÍGENAS EN MATERIA DE SALUD	
Norma	Asunto
Decreto 0715 de 28 de abril de 1992	Por el cual se crea el Comité Nacional de derechos indígenas.
Decreto 1088 de 10 de junio de 1993	Por el cual se regula la creación de las asociaciones de Cabildos y/o autoridades tradicionales indígenas.
Decreto 1757 de 3 de agosto de 1994	Por el cual se organizan y establecen las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud, conforme a lo dispuesto en el numeral 11 del

	artículo 4o del Decreto Ley 1298 de 1994.
Decreto 1397 de 8 de agosto de 1996	Por el cual se crea la Comisión Nacional de Territorios Indígenas y la Mesa Permanente de Concertación con los Pueblos y Organizaciones Indígenas.
Decreto 330 de 27 de febrero de 2001	Por el cual se expiden normas para la constitución y funcionamiento de Entidades Promotoras de Salud, conformadas por cabildos y/o autoridades tradicionales indígenas.
Decreto 0515 de 20 de febrero de 2004	Por el cual se define el sistema de habilitación de las entidades administradoras del Régimen subsidiado.
Decreto 2716 de 26 de agosto de 2004	Por el cual se reglamenta parcialmente la ley 691 de 2001.
Decreto 4112 de 9 de diciembre de 2004	Por el cual se modifican los artículos 12, 13, 14, 15, 17, 18 y 19 y se deroga el inciso segundo del párrafo del artículo 9° del Decreto 569 de 2004. Lineamientos sobre los beneficiarios de los subsidios de la subcuenta de subsistencia del Fondo de Solidaridad Pensional.
Decreto 4127 de 16 de noviembre de 2005	Por el cual se define el número mínimo de afiliados que deben acreditar las ARS o EPS indígenas.
Acuerdo N 23 de 4 de enero de 1996.CNSSS.	Por medio del cual se define la forma y condiciones de operación del Régimen Subsidiado del Sistema de Seguridad Social en Salud.

Acuerdo N 25 de 4 de enero de 1996.CNSSS.	Por el cual se establece el régimen de organización y funcionamiento de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud.
Acuerdo N 30 de 26 de marzo de 1996.CNSSS.	Por el cual se define el régimen de pagos compartidos y cuotas moderadoras dentro del SGSSS.
Acuerdo N 32 de 27 de mayo de 1996.CNSSS.	Por el cual se dictan disposiciones sobre la distribución, asignación, administración y utilización de los recursos del régimen subsidiado para la vigencia de 1996 y se determinan criterios adicionales para la selección de los beneficiarios del mismo.
Acuerdo N 57 de 21 de marzo de 1997	Por el cual se modifica el Acuerdo n 25 en relación con la conformación de los Consejos Territoriales de Seguridad Social.
Acuerdo N 72 de 29 de agosto de 1997.CNSSS.	Por medio del cual se define el Plan de Beneficios del Régimen Subsidiado.
Acuerdo N 77 de 20 de noviembre de 1997. CNSSS.	Por medio del cual se define la forma y condiciones de operación del régimen subsidiado del SGSSS.
Acuerdo N 225 de 1 de junio de 2002.CNSSS.	Por el cual se fijan las condiciones para la operación del Régimen Subsidiado.
Acuerdo 244 de 31 de enero de 2003. CNSSS.	Por medio del cual se definen la forma y las condiciones de operación del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
Acuerdo 270 de 29 de Julio de 2004.CNSSS.	Por el cual se modifica parcialmente el Acuerdo 262 del CNSSS y se establecen

	unos períodos de contratación en el régimen subsidiado.
Acuerdo 301 de 23 de septiembre de 2005.CNSSS.	Por el cual se fijan los criterios de distribución de los recursos del Fosyga para ampliación de cobertura del régimen subsidiado en la vigencia 2005 y se dictan otras disposiciones.
Acuerdo 326 de 5 de diciembre de 2005. CNSSS.	Por medio del cual se adoptan algunos lineamientos para la organización y funcionamiento del Régimen Subsidiado de los pueblos indígenas.

De entrada, es importante señalar que de la normatividad citada explícitamente como dirigida a las poblaciones indígenas y referida en el cuadro anterior sólo seis disposiciones tratan el tema de manera específica en el encabezado de la norma.

4. Análisis discursivo de leyes: el tema de las prioridades.

4.1. El discurso oficial: la consideración a las características culturales de las poblaciones indígenas.

A manera de síntesis la tabla N 2, agrupa las principales normas relativas a la salud de las poblaciones indígenas bajo tres criterios generales: mención a la prestación de servicios para poblaciones indígenas, mención al diseño de programas para poblaciones indígenas y/o alusiones a la medicina tradicional y promoción y/o participación de promotores indígenas o profesionales de la salud en el caso de poblaciones indígenas.

A primera vista, la conclusión que surge es que desde el año 1981 se ha venido hablando de un tratamiento especial para las comunidades indígenas atendiendo sus condiciones socioculturales especiales. Si observamos la configuración discursiva podemos ver cómo la Resolución 10013 plantea un “deber ser” resaltado con expresiones como “la población indígena amerita”, “el derecho a la salud para

las comunidades indígenas “debe” o “los programas de prestación de servicios de salud (...) deberán...”

La ley 10 de 1990 y su decreto reglamentario por su parte conceden especial atención al tema desde una perspectiva de participación comunitaria que pretende abarcar a los pueblos indígenas y que se transforma en un derecho con la ley 691 de 2001.

<p align="center">TABLA NÚMERO DOS: PRINCIPAL NORMATIVIDAD EN MATERIA DE POLÍTICAS DE SALUD PARA LAS COMUNIDADES INDÍGENAS EN COLOMBIA HASTA EL AÑO 2005</p>			
<p align="center">Criterio</p>	<p align="center">Servicios de salud</p>	<p align="center">Diseño e implementación de programas. Medicina tradicional</p>	<p align="center">Promotores de Salud y en general profesionales de salud para asuntos relacionados con indígenas</p>
<p align="center">Norma</p>			
<p>Resolución 10013 de septiembre 24 de 1981.</p> <p>Por la cual se dictan normas en relación con las comunidades indígenas.</p>	<p>La población indígena amerita un tratamiento preferencial por sus condiciones socioculturales especiales.</p> <p>-El derecho a la salud para las comunidades indígenas debe estar ligado al proceso productivo, a la vida social y cultural de la comunidad. Las comunidades indígenas tienen estructuras socioeconómicas autóctonas que es necesario comprender, valorar y respetar. (Parte considerativa).</p>	<p>Los programas de prestación de servicios de salud de atención primaria que se desarrollan en comunidades indígenas deberán adaptarse a la estructura organizacional, política, administrativa y socioeconómica, en forma tal que se respeten sus valores, tradiciones, creencias, actitudes y acervo cultural. (Artículo 2).</p>	<p>Se debe proponer a las autoridades propias de cada comunidad seleccionar el personal de promotores de salud que se capacitaran para trabajar con la población de su misma raza y cultura. (Artículo 6).</p>
<p>Ley 10 de 1990.</p> <p>Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones</p>	<p>La prestación de los servicios de salud, en todos los niveles, es un servicio público a cargo de la Nación, gratuito en los servicios básicos para todos los habitantes del territorio nacional y administrado en asocio</p>	<p>Principio de participación ciudadana. Es deber de todos los ciudadanos, propender la conservación de la salud personal, familiar y comunitaria y contribuir a la planeación y gestión de los respectivos servicios</p>	<p>NRE</p>

	de las entidades territoriales, de sus entes descentralizados y de las personas privadas autorizadas, para el efecto, en los términos que establece la presente ley. (Art.1).	en salud. - Principio de Participación comunitaria . La comunidad tiene derecho a participar en los procesos de diagnóstico, formulación y elaboración de planes, programas y proyectos, toma de decisiones, administración y gestión, relacionados con los servicios de salud, en las condiciones establecidas en esta ley y en sus reglamentos; (Art. 3)	
Decreto 1811 de 1990. Por la cual se reglamenta parcialmente la ley 10 de 1990 en lo referente a la prestación de servicios de salud para las comunidades indígenas	Que habita en Colombia un crecido número de comunidades indígenas de distinto origen étnico y en muy variadas circunstancias de orden económico, social y cultural, pero que requieren de una constante y eficaz prestación de servicios de salud. (Parte considerativa).	Conveniencia y necesidad de procurar , en el cumplimiento de todos los planes y acciones sanitarias que vayan a realizarse entre las comunidades indígenas, una sólida alianza entre estas últimas y la medicina institucional, que promueva y favorezca formas permanentes de diálogo y que apoye la autonomía de las comunidades en el diseño, realización y control de los programas de salud. (Parte considerativa). Exigencia de acuerdo con las comunidades indígenas y aprobación por parte de sus autoridades. Art 2	La selección del promotor será hecha por la comunidad interesada
Resolución N 5078 de junio 30 de 1992. Por la cual se adoptan normas técnico- administrativas en materia de Medicinas Tradicionales y Terapéuticas Alternativas y se crea el Consejo Asesor para la conservación y el desarrollo de las mismas.	NRE	El Ministerio de Salud, promoverá y facilitará el intercambio de conocimientos entre los agentes de las Culturas Médicas Tradicionales, el personal institucional de salud y de los Centros de Educación formal e informal.	Las instituciones prestatarias de servicios de salud, podrán vincular profesionales con formación en las Culturas Médicas Tradicionales y Terapéuticas Alternativas, buscando la complementación de los distintos saberes. (Parágrafo artículo 5).
Ley 100 de 1993	Todo colombiano participará en el servicio esencial de salud. (Artículo 157). Especial	NRE	NRE

	mención a las comunidades indígenas dentro de los afiliados al Régimen Subsidiado del SGSSS.		
Ley 691 de 2001. Mediante la cual se reglamenta la participación de los Grupos Étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia	Derecho de acceso y la participación de los Pueblos Indígenas en los servicios de Salud, (...) observando el debido respeto y protección a la diversidad étnica y cultural de la Nación. (Artículo 1)	Los planes y programas de servicios de salud aplicables a los Pueblos Indígenas, tendrán en consideración el saber y prácticas indígenas basados en: a) Pluralismo médico; b) Complementariedad terapéutica; c) Interculturalidad. (Artículo 21). Exigencia de concertación con las autoridades de los pueblos indígenas (Artículo 22).	NRE

NRE: No se refiere expresamente.

Encontramos que tal y como sucede para el caso de las políticas de educación para indígenas, el tema de la incorporación de la diferencia se encuentra ya presente antes de la Constitución del 1991 la cual se adjudica el monopolio del discurso multiculturalista en relación con los derechos de los grupos étnicos.

En ese mismo sentido, el discurso de la Directora de Asuntos Étnicos y de Género del Ministerio de Protección Social (Anexo 1) si bien concede un lugar central a la Constitución Política en cuanto permitió la focalización sobre el tema indígena, reconoce que los cambios administrativos al interior del Ministerio realizados antes y después de la misma fueron decisivos para alcanzar ese objetivo.

4.2. Las prerrogativas a favor de los indígenas.

En relación con el contenido podemos analizarlo con base en diferentes criterios tal y como se explicita en la tabla N 3.

TABLA NÚMERO TRES: ANÁLISIS DISCURSIVO LEGISLACIÓN INDÍGENA EN MATERIA DE SALUD EN COLOMBIA HASTA EL AÑO 2005

N	CRITERIO	NORMA	SITUACIÓN UNO	SITUACIÓN DOS	SITUACIÓN TRES	SITUACIÓN CUATRO	SITUACION CINCO		
							A 1	A2	A3
1	GRATUIDAD DEL SERVICIO DE SALUD	Ley 10 de 1990	X						
2	GARANTIA DE ACCESO PROGRESIVO AL SGSSS	Art. 6 n 3 Ley 100 de 1993		X					
3	PARTICIPACIÓN EN EL SGSSS	Art. 157 Ley 100 de 1993	X						
4	AFILIACIÓN AL REGIMEN SUBSIDIADO	Art. 157 Ley 100 de 1993		X					
5	POSIBILIDAD DE CREAR EPS	Art. 181 literal g Ley 100 de 1993. Decreto 330 de 2001			X				
6	DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS DE SUBSIDIO PARA AMPLIACIÓN DE COBERTURA	Art. 216 Parágrafo 2 Ley 100 de 1993		X					
7	AUXILIOS PARA ANCIANOS INDIGENTES CON REQUISITO DE EDAD: 50 AÑOS	Art. 257 Parágrafo 2 Ley 100 de 1993		X					
8	AUTORIDADES RESPONSABLES DEL SGSSS	Art. 4 Ley 691 de 2001			X				
9	DISEÑO DE POLÍTICAS, PLANES Y PROGRAMAS DE SALUD	Art. 10 Decreto 1811 de 1990							X
10	POS, POSS, PAB, AIU, AATEC	Art. 6 Ley 691 de 2001			X				
11	POSS	Art. 7 Ley 691 de 2001				X			
12	DISEÑO DEL CONTENIDO DEL POSS	Art. 8 Acuerdo 72 de 1997							X
13	APLICACIÓN DEL PAB	Art. 10 Ley 691 de 2001				X			
14	FORMULACIÓN DEL PAB	Art. 10 Ley 691 de 2001					X		
15	PRIORIDAD PARA LA ADJUDICACIÓN DE UN SUBSIDIO ALIMENTARIO	Art. 8 Ley 691 de 2001				X			
16	POSC	Art. 9 Ley 691 de 2001			X				
17	AUTORIZACIÓN PARA CREAR ARS	Art. 14 Ley 691 de 2001. Decreto 330 de febrero 27 de 2001			X				
18	EXENCIÓN DEL COBRO DE CUOTAS MODERADORAS O COPAGOS	Art. 20 Ley 691 de 2001		X					
19	SELECCIÓN DE LA ENTIDAD ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL	Art. 17 Ley 691 de 2001. Acuerdo 225 de			X				

	SISTEMA SUBSIDIADO	2002 CNSSS							
20	CAPACIDAD PARA VARIAR LOS CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN DE BENEFICIARIOS DE LOS SUBSIDIOS DEL RÉGIMEN	Acuerdo 244 de 2003 y Acuerdo 325 de 2005						X	
21	CONSEJOS TERRITORIALES SSS. RED DE CONTRALORIAS SGSSS, COMISIONAL DE TERRITORIOS INDÍGENAS; MESA DE CONCERTACIÓN PERMANENTE CON LOS PUEBLOS Y ORGANIZACIONES INDÍGENAS.	Art. 23 ley 691 de 2001 y Acuerdo 25 de 1996; Art. 24 Ley 691 de 2001; Art. 1 Decreto 1397 de 1996; Art. 10 Decreto 1397 de 1996					X		
22	PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN SALUD	Art 7 numeral 1 Decreto 1757 de 1994			X				
23	SELECCIÓN DE PROMOTORES DE SALUD	Art. 5 Decreto 1811 de 1990						X	
24	CUOTAS DE RECUPERACIÓN	Art. 18 Decreto 2357 de diciembre 29 de 1995		X					
25	IDENTIFICACIÓN DE BENEFICIARIOS MEDIANTE INSTRUMENTOS DIFERENTES A LA ENCUESTA SISBEN	Artículo 6 del Acuerdo 244 de 2003 y Acuerdo 273 de 2004		X					
26	INCORPORACIÓN DE LA MEDICINA TRADICIONAL INDÍGENA AL SISTEMA DE SALUD	Artículo 5 Resolución n 5078 de 1992							X
27	ELABORACIÓN DE LOS TÉRMINOS DE REFERENCIA PARA ESTUDIOS PARA LA ADECUACIÓN DEL POS PARA LOS INDÍGENAS DE ACUERDO AL MODELO DE SALUD INTCULTURAL	Art. 7 Acuerdo 326 de 2005					X		
28	ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS PARA LA SALUD	Artículo 83 Ley 715 de 2001							Sólo cuando se constituyan en Entidades territoriales
29	SUBSIDIOS A LA DEMANDA	Artículo 83 Ley 715 de 2001		X					
	SÍNTESIS				Criterio: pobreza y vulnerabilidad	Criterio: Inclusión	Criterio: diversidad		
<i>SITUACIÓN UNO:</i>		<i>PARA TODA LA POBLACIÓN SIN ESPECIAL MENCIÓN A LAS POBLACIONES INDÍGENAS</i>							
<i>SITUACIÓN DOS:</i>		<i>PARA UN TIPO ESPECÍFICO DE POBLACIÓN: POBRES, VULNERABLES, POBLACIÓN INFANTIL, DEMENTES O MINUSLVÁLIDOS. ESPECIAL MENCIÓN INDÍGENAS</i>							

<i>SITUACION TRES:</i>	<i>PARA LA POBLACIÓN EN GENERAL PERO CON ESPECIAL MENCIÓN A LA POBLACIÓN INDÍGENA. NO DISCRIMINACIÓN. IGUALDAD DE CONDICIONES</i>
<i>SITUACION CUATRO:</i>	<i>PARA LAS POBLACIONES INDÍGENAS CON ESPECIAL ATENCIÓN A SUS NECESIDADES</i>
<i>SITUACIÓN CINCO:</i>	<i>PARA LAS POBLACIONES INDÍGENAS. CAPACIDAD DE INFLUIR EN CONTENIDOS. A1 PARTICIPACIÓN A2 AUTONOMÍA EN LA DECISIÓN A3 CONCERTACIÓN CON ENTIDADES PÚBLICAS Y/O PRIVADAS</i>

Algunas explicaciones son necesarias.

– En relación con el procedimiento:

En primer lugar se analizó la principal normatividad destinada a los indígenas con base en el texto mismo de las disposiciones. El procedimiento consistió en leer la normatividad y extraer el derecho, facultad, o privilegio que la norma concedía así como en determinar si el mismo era destinado exclusiva, prioritaria o mayoritariamente a los indígenas. En relación con éste último punto se analizó si la norma agrupaba a los indígenas junto a otro tipo de población y si la norma hacía mención expresa a la población indígena basado en el respeto y/o protección a su diversidad cultural, sus necesidades o solamente dentro de una preocupación tendiente a evitar la discriminación negativa.

Bajo ésta perspectiva, puesto que los decretos 515, 2716, 4112 de 2004 y 4127 de 2005, se focalizan sobre aspectos de procedimiento como el número mínimo de afiliados con el cual deben contar las ARS y EPS indígenas, aún cuando fueron referidos en el cuadro N 1 no fueron comprendidos dentro de los criterios de que trata la tabla N 2.

– En relación con los parámetros de clasificación:

Para toda la población sin especial mención a las poblaciones indígenas: Son normas generales aunque se encuentran referidas en la normatividad para indígenas.

Para un tipo específico de población, pobres, vulnerables, dementes, minusválidos. Especial mención a poblaciones indígenas: Quiere decir que el derecho o privilegio

consagrado en la norma no se dirige exclusivamente a las poblaciones indígenas sino que las menciona al lado de otro tipo de poblaciones.

Para la población en general con especial mención a la población indígena. No discriminación. Es aquí donde se explicita con mayor claridad el criterio de inclusión pues se parte de una consideración específica por las autoridades y/o comunidades indígenas en tanto sujetos de participación y en ésta medida se les incluye en la estructura del SNS.

Para las poblaciones indígenas con especial atención a sus necesidades: Sucede cuando la norma se refiere particularmente a las características especiales de las comunidades indígenas que no necesariamente tienen que ver con la cultura y tradición como es el caso de la prioridad en el subsidio alimentario que es concedido atendiendo a las particulares condiciones de desnutrición de la población indígena.

Para las poblaciones indígenas. Capacidad para influir en contenidos. Tiene que ver con la posibilidad de participar en instancias de decisión institucional y/o planes y programas de salud y el grado de autonomía en dicha decisión.

– En relación con los criterios señalados en el cuadro número 3, son importantes las siguientes observaciones:

El criterio número 10 relacionado con los planes y programas POS, POSS, PAB, AIU y AATEC: Se incluyó dentro del ítem “Dirigido a toda la población con especial mención a las poblaciones indígenas bajo el concepto de no discriminación”. Lo anterior de acuerdo con el artículo 6 de la ley 691 de 2001 que señala: “Los Pueblos Indígenas serán beneficiarios de los planes y programas previstos en la Ley 100 de 1993”.

– En relación con el contenido:

Podemos sintetizarlo en la siguiente tabla:

TABLA NUMERO CUATRO: RESULTADOS ANÁLISIS LEGISLACIÓN		
PARÁMETROS DE CLASIFICACIÓN		NÚMERO DE CRITERIOS
PARA TODA LA POBLACIÓN SIN ESPECIAL MENCIÓN A LAS POBLACIONES INDÍGENAS		2
PARA UN TIPO ESPECÍFICO DE POBLACIÓN: POBRES, VULNERABLES, POBLACIÓN INFANTIL, DEMENTES O MINUSVALIDOS. ESPECIAL MENCIÓN INDÍGENAS		8
PARA LA POBLACIÓN EN GENERAL PERO CON ESPECIAL MENCIÓN A LA POBLACIÓN INDIGENA. NO DISCRIMINACIÓN.IGUALDAD DE CONDICIONES		7
PARA LAS POBLACIONES INDÍGENAS CON ESPECIAL ATENCIÓN A SUS NECESIDADES		3
PARA LAS POBLACIONES INDÍGENAS .CAPACIDAD DE INFLUIR EN CONTENIDOS	PARTICIPACION EN ÓRGANOS O INSTANCIAS DECISORIAS	2
	AUTONOMÍA EN LA DECISIÓN	4
	CONCERTACIÓN CON ENTIDADES PÚBLICAS Y/O PRIVADAS	3
TOTAL		29

En primer lugar es importante señalar la preponderancia de dos criterios a la hora de analizar la legislación de salud para las comunidades indígenas. De una parte, la asociación frecuente de los indígenas con los grupos desfavorecidos y vulnerables y por la otra, su mención especial bajo la idea general de una no discriminación.

La participación de los indígenas en los organismos destinados a la vigilancia y control del SGSSS es un punto importante aunque la misma permanece fuertemente atada a la concertación con autoridades estatales y privadas. Por su parte, el reconocimiento de las características se confunde con el de las necesidades indígenas y en esa ambigüedad, la prioridad es dada a la afiliación general al sistema bajo el concepto de poblaciones pobres y vulnerables.

En el orden de prioridades podemos afirmar que el Estado operativiza el principio de igualdad así:

1. Mediante la asociación de las poblaciones indígenas con las poblaciones pobres y vulnerables.
2. Mediante la utilización del principio de discriminación para asegurar la igualdad de condiciones.
3. Mediante el otorgamiento de un espacio de participación y de autonomía para las poblaciones indígenas
4. Mediante el reconocimiento de las características y/o necesidades indígenas

En el capítulo siguiente serán analizados dichas prioridades bajo dos bloques discursivos así: La asociación de los indígenas con las poblaciones más pobres y vulnerables y la efectividad del concepto de discriminación positiva para pensar la legislación destinada a los indígenas.

CAPITULO IV

LA IGUALDAD SOCIECONÓMICA Y LA PROHIBICIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN NEGATIVA: ALGUNOS APUNTES SOBRE LA REDISTRIBUCIÓN Y EL RECONOCIMIENTO.

1. La asociación de las poblaciones indígenas con las poblaciones pobres y vulnerables.

La asociación de los indígenas a las poblaciones más desfavorecidas es un aspecto central dentro del discurso normativo. Muchos de los beneficios concedidos no son destinados exclusivamente a las poblaciones indígenas sino que se dirigen a poblaciones desfavorecidas. En ocasiones ésta condición se confunde con la denominación común de poblaciones vulnerables, concepto que, de acuerdo con el discurso de la Directora de Asuntos Étnicos y de Género del Ministerio de la Protección Social, no es del agrado de los indígenas.

Varias son las definiciones que podrían darse al término vulnerable.⁴⁸ La vulnerabilidad como posibilidad de daño o como una relación particular del individuo con su medio son algunas de las asociaciones más frecuentes.

Este último punto reviste particular importancia tratándose de poblaciones indígenas. Ello entraña dos dimensiones: de una parte, el indio es visto como poseedor de un conocimiento esotérico producto de sus relaciones particulares con la naturaleza, pero precisamente dentro de esa misma perspectiva, es visto como una “víctima”, un incapaz que no puede valerse por sí mismo. (Caicedo, 2007: 122).

⁴⁸ La vulnerabilidad es un concepto bastante complejo que ha sido explorado desde múltiples dimensiones. Desde una perspectiva histórica pueden citarse los trabajos de King, S. (2006). *Pauvreté et assistance. La politique locale de la mortalité dans l'Angleterre des XVIIIe et XIXe siècles.* *Annales, Histoire, Sciences Sociales*, 61, 1, 31-62.; Prowse, M. (2003), *Towards a Clearer Understanding of "vulnerability" in Relation to Chronic Poverty*, Chronic Poverty Research Centre (CPRC), Working Paper n° 24, University of Manchester. En lo que tiene que ver con el campo de la salud, se pueden consultar los trabajos de: Jouvent, R. (dir). (2001). *La vulnérabilité (Monographies de Psychopathologie)*. Paris: Presses Universitaires de France.; Hoffmaster, B. What does vulnerability mean? (2006). *Hastings Center Report*, 36, 38-45.; Das Gupta, M., Lincoln C., Chen, and T.N. Krishnan, (eds.). (1995). *Women's Health in India: Risk and Vulnerability*. Bombay: Oxford: Oxford University Press, Fassin, D. y Bourdelais, Patrice (éd.) (2005), *Les constructions de l'intolérable*, Paris: La Découverte, entre otros.

En el terreno de las representaciones sociales, el trabajo de la antropóloga colombiana Astrid Ulloa ha mostrado la importancia que la asociación del indígena a la naturaleza ha tenido en el discurso sobre los grupos autóctonos, no sólo en el ámbito de las políticas nacionales sino en el de los organismos internacionales como la OIT o la ONU. (Ulloa, 2004).

Siguiendo éste estudio, la imagen del “noble primitivo” habría surgido en la década de los 70s unido a una representación de la naturaleza como ajena al orden cultural. En éste sentido el retorno a las tradiciones indígenas sería asociado con un mundo preindustrial fuertemente ligado a la conciencia ambiental que presta particular importancia a la necesidad de proteger los recursos naturales. (2004: 281). Bajo ésta concepción, la idea de biodiversidad sería pues otro elemento dentro del discurso estatal con el fin de insertar la cuestión ecológica dentro de la lógica económica.

Por su parte, la asociación entre grupos desfavorecidos y grupos indígenas sin ir más lejos, puede encontrarse directamente en la Constitución Política de Colombia que en su artículo 13 señala: "El Estado (...) *adoptará medidas a favor de grupos discriminados o marginados.* (...) protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentran en situación de debilidad manifiesta (...)".

De acuerdo con Patrice Bourdelais (2005: 5) las relaciones entre vulnerabilidad y pobreza serían esbozadas desde el siglo XVIII cuando Johann Peter Süßmilch (1707 – 1767) trata de estudiar las causas de mortalidad en la región de Prusia, concentrándose en los mecanismos económicos y sociales que conducen a la enfermedad y a la muerte. Haciendo esto, puede percatarse que enfermedades como la pleuresía o fiebres altas están asociadas a poblaciones de baja condición con particulares exposiciones al frío. De la misma manera están expuestos a un riesgo particular aquellos que devengan un salario que no les permite escapar a las oscilaciones de precios o a las épocas de sequías o carencias.

Bourdelais señala que dicha denominación se ha extendido a las personas frágiles y

sin defensa frente a las cuales se presenta la imperiosa necesidad de ofrecer una ayuda. Conformarían éste grupo las mujeres con hijos, los viejos, así como toda persona que no pueda ganar su vida “*du fait de ses handicaps physiques ou intellectuels*”⁴⁹. (Fassin, Bourdelais, 2005, citado por Bourdelais, 2005: 6).

Un breve recorrido por tres criterios, a saber, la exclusión en Francia, underclass en Estados Unidos o la marginalidad en América Latina en la época contemporánea pueden ayudarnos a comprender la complejidad que reviste el concepto de vulnerabilidad. Según Didier Fassin, los incapacitados físicos, mentales, menores, delincuentes, entre otros serían agrupados en la categoría de excluidos, la cual habría aparecido en Francia en 1974 a partir de la obra de René Lenoir. Siguiendo su análisis, aunque la pobreza no entra como elemento de ésta categoría, sí se sitúa como un aspecto de fragilidad para explicar dicha exclusión. El factor común para situar ésta categoría estaría pues constituido por el hecho de que su atención corresponde a los servicios sociales. (Fassin, 1996: 40 – 41).

Por su parte, el concepto de “underclass” que aparece en el contexto de los Estados Unidos a finales de los años 70s reúne todas aquellas personas que representan un riesgo para la sociedad derivado de problemas de comportamiento que los harían hostiles e intratables, que recuerda la diferenciación entre pobres merecedores y pobres no merecedores que estaba ya presente en el siglo XIX. (Fassin, 1996: 49)

En lo que tiene que ver con el concepto de marginalidad en América Latina, éste se alimenta de dos dimensiones: la perspectiva económica derivada de los trabajos de Marx particularmente en lo que tiene que ver con la situación de pauperismo producida como consecuencia de la dinámica industrial, y los postulados de la Escuela de Chicago cuyos estudios se concentraron en el análisis de las personas al margen que permiten justamente definir la marginalidad a comienzos de los años 50s como un problema espacial. Dos son los representantes de ésta categoría: los “sans abris” y los delincuentes. Ya en los años 80s el término se vuelve común para designar a los pobres. (Fassin, 1996: 54 – 60).

⁴⁹ Debido a sus incapacidades físicas o intelectuales. (Traducción libre).

Concentrándose en el tema de la construcción de las desigualdades sociales, Robert Castel va a desarrollar el concepto de vulnerabilidad sirviéndose de algunos conceptos teóricos de Michel Foucault y Erving Goffman. En efecto, según algunos trabajos dedicados a la obra de Castel, a partir de los conceptos de genealogía y de dispositivo que Foucault desarrolló ampliamente, Castel pretende ubicar el concepto de vulnerabilidad dentro del entramado social y situarlo en relación con el tiempo presente (Arteaga, 2008:157), mientras que bajo el concepto de institución total definido por Goffman como “*un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente*” (Goffman, 2001, citado por Arteaga, 2008: 160), Castel pretende situar el lugar del individuo dentro de dichas dinámicas sociales.⁵⁰ En éste sentido la vulnerabilidad se relaciona directamente con la posibilidad de un espacio institucional dentro del cual el individuo puede desarrollar su actuación. (Arteaga, 2008: 162).

El ángulo de análisis central que une las categorías de desafiliación y vulnerabilidad según Castel, sería la división social del trabajo que permite a los individuos de acceder a las redes sociales (Arteaga, 2008: 164) y el punto de referencia que mantendría una cierta estabilidad en el individuo estaría conformado en un primer momento por el Estado, y después ese espacio estaría compartido también por otras instituciones públicas y privadas las cuales vendrían a asumir la gestión de ciertas “seguridades” en el individuo. (Arteaga, 2008: 168)

En lo que tiene que ver con las poblaciones indígenas o autóctonas, dos criterios parecen además ser relevantes: la vulnerabilidad demográfica que tiene que ver directamente con la tasa de mortalidad y la vulnerabilidad cultural que se relaciona más directamente con el riesgo de pérdida de valores y tradiciones que les son

⁵⁰ Para un estudio más profundo de todas las categorías utilizadas por Castel ver: (2004). *Intégration et nouveaux processus d'individualisation*. En Jean Poupart (dir.), *Au-delà du système pénal. L'intégration sociale et professionnelle des groupes judiciaisés et marginalisés* (pp. 13 – 23), Montreal : Presses de l'Université du Québec ; (2003) ; Castel, R. (2003). *L'insécurité social; Qu'est-ce qu'être protégé ?* Paris : Éditions du Seuil-La République des Idées ; Castel, R. (1995). *Les métamorphoses de la question sociale*. Paris : Gallimard, entre otros trabajos.

propios. Sin embargo otros estudios conciben la vulnerabilidad bajo dos dimensiones: la vulnerabilidad como exposición al riesgo y como la dificultad de enfrentar dichos riesgos. (Chambers, citado por Feito, 2007: 11).

Varios de estos criterios podrían ser ajustados al caso de la normatividad destinada a las poblaciones indígenas en Colombia. Por una parte, los procesos de Conquista y colonización expusieron a las poblaciones indígenas en América Latina a situaciones de exterminio y extinción, sea por la vía de la asimilación forzada, por el contagio con las enfermedades traídas por los conquistadores o simplemente por la eliminación. (Vulnerabilidad demográfica).

Por otra parte, el discurso normativo se presenta como fuertemente fundamentado en la idea de la protección a la diversidad cultural de los indígenas (vulnerabilidad cultural) que pretende combatir la mirada asimilacionista que por mucho tiempo rigió los destinos de las comunidades indígenas.

La afiliación de toda la población al SGSSS permanece como un objetivo central y dentro de éste, el tema de las personas sin capacidad de pago es una constante. La idea se puede remontar a la concepción esbozada en Alma Ata sobre el concepto de igualdad y su relación con la universalidad en salud pero orientada de acuerdo a las necesidades de las comunidades y la cultura. (Domínguez, 2006: 52).

Siendo uno de los objetivos la universalización de la Salud, tal y como lo señala la Directora de Asuntos Étnicos y de Género del Ministerio de la Protección Social, la focalización del gasto social es visto como un instrumento adecuado para asegurar el acceso y disfrute a los servicios sociales básicos. La focalización “entraña una *discriminación positiva en favor de los grupos de población más pobre y vulnerable*. Implica que el subsidio no se dé a los ricos, pero no significa que el Estado no vele porque aún ellos tengan acceso a los servicios, incluso con medios como el seguro obligatorio, financiado por ellos mismos”⁵¹. (Colombia. Departamento de Planeación Nacional, 2003: 44).

⁵¹ Resaltado fuera de texto.

Bajo ésta concepción se distinguen dos tipos de focalización: la geográfica y la individual, la primera concede importancia a determinadas zonas y regiones mientras que la segunda se concentra sobre la características socioeconómicas y de vulnerabilidad.

La situación nos lleva directamente a plantear el tema en términos binarios: lo étnico y lo clasista cuyo tronco común viene a ser la exclusión. La tendencia a mezclar y confundir éstos dos conceptos vendría dada por dicha exclusión que muestra que los pobres y los grupos étnicos podrían compartir características similares como la pobreza.

1.1. La “distribución” de la salud.

Desde la perspectiva sanitaria que nos ocupa, entender el derecho a la salud como un bien a distribuir puede darnos luces para avanzar en el tema. Un breve desvío hacia las teorías sobre la justicia distributiva es necesario. La idea de justicia como equidad expuesta por John Rawls nos obligaría a tener en cuenta la situación de los más desfavorecidos en el momento de la adjudicación de los bienes. Tres principios son comúnmente reconocidos en el origen de ésta concepción: principio de libertades básicas iguales para todos, principio de igualdad de oportunidades también con pretensión universal y el principio de diferencia que debe ser focalizado. (Ribeiro & Schramm, 2004: 1143).

Por la misma vía de la justicia, la filósofa americana Nancy Fraser propone dos dimensiones claves: la redistribución y el reconocimiento que, según su concepción, no podrían reducirse a las políticas de clase, de una parte y a las políticas relacionadas con la raza, el género y la sexualidad de la otra. (2004:154).

Focalizados los dos en proponer remedios para la injusticia, el paradigma de la redistribución en la concepción de Fraser se concentraría en el tema de la reestructuración económica, el tema de las clases sociales, concediendo particular importancia a la clase obrera así como a los inmigrantes y las minorías étnicas que pueden ser caracterizadas económicamente. Si nos atenemos al paradigma del

reconocimiento, éstas minorías étnicas serían tomadas en cuenta por valores relacionadas con la estima, el honor y el prestigio frente a otro tipo de grupos sociales. (2004: 155).

Inclinada a ver la redistribución y el reconocimiento como dos formas complementarias de la justicia social y no como dos vertientes antagonistas, el trabajo de Fraser propone lo que se llama "*la parité de la participation*", con el fin de desarrollar el principio de justicia social que es subyacente a las dos dimensiones citadas. (2004:158). Esta idea supone que cada miembro de la sociedad pueda participar en tanto par en relación con el otro.

Dos requisitos son indispensables para Fraser: el criterio objetivo que pretende que los recursos materiales puedan dar a cada uno la libre posibilidad de expresarse, y el criterio subjetivo relacionado con el hecho de que los modelos institucionales de interpretación concedan una igualdad a todos a fin de alcanzar dicha paridad en la interacción. (2004: 162).

En lo que tiene que ver con la participación, vemos que la normatividad orientada a regular el tema de salud para las poblaciones indígenas hace énfasis en éste aspecto. Se parte de un reconocimiento a las autoridades indígenas para integrarlas en algunos de los órganos de decisión del SNS. El tema de los recursos materiales es un poco más complicado. El artículo 82 de la ley 715 de 2001 destinada a regular el tema de las participaciones en los recursos de la Nación, señala explícitamente la asignación de recursos para los resguardos indígenas que deben constituirse como entidades territoriales. Mientras ello no se haga, los recursos serán administrados por los municipios a los cuales pertenecen.

Para la inversión de dichos recursos en materia de salud, el artículo 83 determina que deben destinarse "*a satisfacer las necesidades básicas de salud incluyendo la afiliación al régimen subsidiado, educación preescolar, básica primaria y media, agua potable, vivienda y desarrollo agropecuario de la población indígena*". La prioridad como se puede apreciar sigue estando focalizada en la afiliación al Régimen subsidiado.

El tema de la concepción del otro por su parte, constituye un aspecto bastante sensible tratándose de las poblaciones indígenas. Análisis de particular importancia como el desarrollado por el intelectual francés Christian Gros (2000), considera que la participación que es concedida obedece simplemente a una forma de control estatal que garantiza una mejor intervención bajo el esquema económico imperante.

Si bien es cierto que algunos autores como Botero, acuerdan al derecho en tanto cuerpo normativo una importancia capital como instrumento de emancipación y de reconocimiento a partir de una eficacia real, particularmente en relación con el texto constitucional (Botero, 2003: 52), otros son bastante escépticos en relación con las posibilidades reales de acción. De acuerdo con Collier, [et al.], (1995) citado por Ulloa, (2004: 73), el reconocimiento de la diferencia lejos de alcanzar un ideal de igualdad real, acentúa la diferencia de tratos en la práctica.

En lo referente a la cuestión de la salud la respuesta pareciera negativa. Es eso justamente lo que remarca el intelectual francés Didier Fassin (2000) en el estudio de las razones por las cuales los integrantes de una población indígena en Ecuador se rehúsan a utilizar los servicios de salud oficiales. Los prejuicios y preconceptos de los médicos en relación con sus pacientes tienen un rol bastante importante a jugar en ésta posición.

Aún cuando es imposible desconocer que las poblaciones indígenas presentan serios problemas de pobreza producto de la condición de marginalidad y del desplazamiento al que han sido sometidos no sólo de parte de las entidades oficiales sino como producto de la violencia de los actores armados, abordar el tema bajo éste criterio puede llevar a reducir la diversidad a un cuestión de desigualdad.

Eso parecería indicar entonces que dentro de una concepción “moderna” del Estado, la focalización de éstos grupos a partir de su pobreza y precariedad sería vista como la única vía para lograr una cierta reivindicación de los derechos de grupos considerados como diferentes, tal como lo sugieren algunos estudios sobre el sistema de salud que analizan hasta qué punto lo multicultural se reduce a un simple

discurso. (Ver Domínguez, 2006).

2. La discriminación positiva como criterio apropiado para pensar la legislación en salud para los indígenas.

Si una de las prioridades está dada por la igualdad socioeconómica es interesante preguntarse por la población indígena con alguna capacidad de pago y que en consecuencia no se ubica dentro de los más desprotegidos.

Según los datos del Ministerio de la Protección Social (Anexo 2) a Septiembre de 2010 la población indígena afiliada al Régimen Subsidiado era de *cuatrocientos ochenta y dos mil ciento ochenta personas* (482,180) frente a *diecinueve mil doscientos* (19,200) indígenas afiliados al Régimen Contributivo.

El artículo 9 de la ley 691 de 2001 se refiere al POS C en los siguientes términos: *“PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO P.O.S.C. Para efectos de la aplicación de este plan a los miembros de los Pueblos Indígenas con capacidad de pago, las Empresas Promotoras de Salud públicas o privadas, estarán obligadas a diseñar e implementar la prestación de los servicios de P.O.S.C., en igualdad de condiciones de acceso y respetando sus derechos con relación al resto de la comunidad en la que habita. Es decir, tales EPS se sujetarán estrictamente al principio de la no discriminación en contra de los miembros de las comunidades de los Pueblos Indígenas, en materia de criterios, fines, acciones, servicios, costos y beneficios.”*⁵²

Un importante estudio publicado recientemente en Colombia diferencia las dos dimensiones de la discriminación sufrida por las poblaciones negras dentro de la historia política y social del país así: la *discriminación negativa* estaría presente hasta el momento de la expedición de la Constitución Política de 1991 mientras que el período posterior a la promulgación de la misma sería visto como el de *discriminación positiva*.⁵³

⁵² Resaltado fuera de texto.

⁵³ Ver Herreño, A.L.(coord.).(2010). *Los derechos en la lucha contra la discriminación racial*. Bogotá: ILSA.

Aunque el estudio se dirige a las poblaciones afrodescendientes y no a los indígenas que tienen características diferentes, la utilización del término de discriminación positiva en lugar de multiculturalismo es bastante significativa.

En el caso de las políticas de salud dirigidas a las comunidades indígenas el criterio de no discriminación es frecuentemente utilizado cuando se trata de incluirlos dentro de la estructura del SGSSS a través de la posibilidad de crear EPS o ARS o simplemente para señalar explícitamente que los servicios otorgados por el sistema también los cobijan.

Algunos estudios como el de María Teresa Uribe sugieren que antes de la Constitución de 1991 existía un discurso sobre la diferencia y el multiculturalismo que se insertaba bastante bien dentro de la idea de integración a partir de la implementación del concepto de ciudadanía mestiza que favorece los derechos de orden colectivo sobre aquellos de índole individual. (Uribe, 1999: 143).

Como lo hemos ya analizado el multiculturalismo viene a agregar un factor más al simple concepto de discriminación positiva: el concepto de diversidad. Aunque éste concepto soporta la normatividad expedida para las poblaciones indígenas, vemos que en lo que tiene que ver con las políticas de salud, una importante cantidad de criterios se fundamenta únicamente en la idea de “no discriminación”.

Aspectos como la inclusión de la medicina tradicional al interior del Sistema o aún la concesión de un espacio autónomo para que los indígenas puedan desarrollar dichas prácticas no se encuentran aún dentro de la legislación de salud en el sistema colombiano. El discurso de la Directora de Asuntos Étnicos y de Género del Ministerio de Protección Social es enfático en afirmar que no existe ninguna norma que hable sobre el tema de la medicina tradicional.

La igualdad de condiciones bajo la imagen de la discriminación positiva adquiere fuerza en éste sentido y nos remite a la pregunta de si dicho mecanismo es apropiado para justificar las políticas de salud destinadas a los indígenas.

Se podría analizar éste aspecto a partir de las dos críticas que se ciernen sobre la discriminación positiva: la visión de un Estado paternalista por una parte y la promoción de una especie de desigualdad derivada del tratamiento privilegiado de algunos grupos. En el caso de la salud es importante señalar que el término adquiere una connotación amplia en la medida en que comporta la concesión de un espacio específico planteado como de promoción a la diversidad cultural.

2.1. La visión paternalista y las políticas de salud para indígenas.

Dentro de un Estado paternalista los ciudadanos son considerados como menores y en consecuencia como incapaces de actuar dentro de un marco racional en la toma de decisiones sobre su bienestar.

La visión de un Estado interventor en contraposición a la idea de un Estado con una participación mínima son los dos extremos dentro de ésta concepción. Pero el paternalismo no es simplemente un Estado interventor. En tanto uno de los puntos críticos de las medidas de discriminación positiva, el paternalismo es visto como la imposición de una autoridad a los ciudadanos bajo la idea que las elecciones y decisiones que serán hechas por dichas autoridad serán mejores que las realizadas por los individuos.

Desde el punto de vista económico, la importancia es concedida al término “racionalidad” y el análisis se concentra sobre la los parámetros y límites en que dicha racionalidad se construye.

Los análisis constitucionales asignan una importancia capital a la protección de parte del Estado cuando los individuos se encuentran en una situación de debilidad de voluntad o de incompetencia y rechazan todo tipo de intervención si la misma menoscaba la autonomía de los individuos en aspectos que tienen que ver con su realización personal o el libre desarrollo de la personalidad. En tales eventos un juicio de proporcionalidad ha sido visto como necesario para evaluar cuando se está en una o en otra circunstancia⁵⁴. En políticas de salud para poblaciones indígenas,

⁵⁴ Es el caso de interpretaciones jurisprudenciales relacionadas con el uso del cinturón de seguridad,

las medidas intervencionistas se apoyan en la lucha contra todo tipo de discriminaciones que fueron llevadas a cabo de la mano del Estado de bienestar.

Siguiendo el análisis de las políticas públicas de salud en Colombia, la normatividad se asemejaría más a la idea de una igualdad formal que busca la universalidad. Es cierto que existe un reconocimiento a las comunidades indígenas en tanto interlocutores válidos que se manifiesta como una necesidad de inclusión general. La posibilidad de crear instituciones prestadoras de servicios de salud o Administradoras del Régimen Subsidiado puede considerarse un privilegio basado en medidas de discriminación positiva el cual implica su inclusión en el sistema general de salud.

Ello significa que los indígenas deben adecuarse a ese modelo y no necesariamente quiere decir que existe un modelo diferente para ellos. Otra razón más para inclinarse a pensar en la deriva de la discriminación positiva y no en una cierta dimensión multicultural. Es cierto que la ley menciona la posibilidad de adecuar los contenidos de los programas de salud para las poblaciones indígenas pero esa mención sigue estando vaga e imprecisa y no cuenta con desarrollos concretos en la legislación.

La pregunta sería ¿es dicha mención suficiente para asegurar una igualdad de oportunidades que es el objetivo buscado por las medidas de discriminación positiva?

La mención es sin duda importante no sólo en ese campo sino dentro de la participación en el sistema. Hay una inclusión expresa que les concede un status que no tienen otros grupos como los afrodescendientes. La intervención estatal es pues vista como necesaria si consideramos que es por la vía institucional que las reivindicaciones indígenas pretenden afianzarse.

La interlocución con las entidades estatales es un punto trascendental en particular si el desarrollo y ejecución de algunos programas en salud depende de la demanda que haya sido hecha en ese sentido. Tal y como lo reconoce la Directora de Asuntos

esterilización obligatoria en ciertos casos o la prohibición de consumir drogas aún en una dosis personal. En Colombia es clave en ese sentido la sentencia de la Corte constitucional n 309 de 1997.

Étnicos y de Género, muchas veces la experiencia de organizaciones como el CRIC podría ir en detrimento de otros grupos indígenas que se encuentran con formas de organización más precarias o aún inexistentes.

2.2. La promoción de nuevas formas de desigualdad y las medidas de discriminación positiva.

¿Se justifica la discriminación positiva para asegurar el derecho de las poblaciones indígenas a participar en igualdad de oportunidades en la vida nacional? La respuesta merece el análisis desde diversas perspectivas donde la pobreza y la exclusión social establecen relaciones de convergencia y divergencia con la cuestión étnica de acuerdo con los criterios que sean determinados para el análisis.

En Brasil por ejemplo, a partir del estudio de la mortalidad infantil, algunos estudios han sido fecundos en mostrar que el factor socioeconómico puede tener una cierta independencia del factor étnico. Los resultados muestran que los hijos de mujeres afrodescendientes con mayor nivel de escolaridad (ocho años o más), tienen la misma tasa de mortalidad infantil que los hijos de mujeres blancas analfabetas. (Torres- Parodi, 2003: 4).

El análisis sin embargo muestra que las convergencias e imbricaciones entre pobreza y raza son bastante frecuentes en sociedades como las latinoamericanas con un amplio umbral de pobreza. Si bien es cierto en países como Brasil la cuestión étnica se ha concentrado predominantemente en el tema de los negros, en otros como México y Colombia el acento ha sido dado a los grupos indígenas. En éste sentido el análisis de la cuestión racial reviste dimensiones diversas.

En el caso de Brasil, la información demográfica sobre los pueblos indígenas es aún vaga e imprecisa. (Coimbra y Santos, 2000: 130). En contraste, el tema de los negros ha tenido un desarrollo mayor ligado sobre todo a políticas de educación que se soportan en el modelo de *affirmative action* implementado en los Estados Unidos. Aunque algunos estudios coinciden en afirmar que es demasiado pronto para hablar de los resultados de la puesta en marcha de dichas políticas, ellos prevén una

situación parecida a la presentada en el contexto norteamericano. Es decir la consolidación de una clase media negra brasilera urbana con poder de expansión hacía espacios antes vedados. (Castro, [et al.], 2009: 166).

En el caso de las políticas de salud para indígenas en Colombia la respuesta adolece de mucha ambigüedad. Por una parte, el hecho de tomar en mano la cuestión indígena como una especie de resarcimiento o compensación por la discriminación a que fueron sometidos los indígenas durante largo tiempo es un argumento que parece cobrar fuerza. Como lo expusimos en la parte teórica de éste trabajo, desde una cierta perspectiva, la deriva multicultural centrada en la diversidad trataría de ocultar el difícil argumento de la compensación.

Por otra parte la asociación de dichas poblaciones al lado de los más desfavorecidos y vulnerables hace que ese argumento histórico pierda vigencia y que simplemente se conceda una cierta prelación al logro de una determinada igualdad socioeconómica.

De la misma manera el hecho de que exista una legislación exclusiva para indígenas en materia de salud que no es extensiva a otro tipo de grupos étnicos como las poblaciones afrodescendientes, cuestiona dicho resarcimiento histórico y controvierte la aplicación de la discriminación positiva. ¿De qué depende su implementación? Las medidas de discriminación positiva aunque deseables no son tenidas como obligatorias. No podemos desconocer que en éste campo están en juego muchos aspectos como la consolidación y el peso de los movimientos indígenas unido al discurso que muestra a los indígenas como las eternas y más visibles víctimas de las políticas de asimilación estatales.

Aunque los estudios sobre la materia son discretos a la hora de señalar resultados concretos en relación con la aplicación de las medidas de discriminación positiva, existe acuerdo sobre la idea de que una atención focalizada hacia los grupos étnicos es necesaria para alcanzar la equidad en salud. Existen políticas públicas dirigidas hacia las poblaciones indígenas en la mayoría de países de América Latina, pero un aspecto importante que impide avanzar en el tema sigue siendo el de las barreras

culturales.

El fomento de la desigualdad podría venir pues de la ausencia de medidas de la misma índole para grupos que se encuentran en las mismas condiciones y que tendrían pues las mismas expectativas dentro de sus reivindicaciones. Un compromiso a fondo con el tema de la discriminación positiva exige definir dichas condiciones y asumir las consecuencias de la declaración de una sociedad diversa.

CONCLUSIONES

1. Principios como la igualdad o la justicia han sido considerados como pilares dentro de la concepción de los Estados democráticos. Juntos han compartido caminos en ocasiones difíciles de separar desde el punto de vista teórico. Cuando se habla de una sociedad más justa necesariamente se hace alusión a una sociedad menos desigual. Sin embargo, definir los parámetros para lograr una sociedad menos desigual no es tarea fácil. Igualdad ante la ley, igualdad de oportunidades, igualdad de condiciones son algunas de las dimensiones. El reconocimiento de que existen diferencias entre los seres humanos y que esas diferencias deben ser respetadas fue un momento importante que se sitúa en un período con características muy concretas. Actualmente, los criterios y condiciones bajo las cuales esas diferencias deben ser tenidas en cuenta es objeto de vivas controversias a partir de diversas aproximaciones teóricas que pretenden desarrollar el tema de los valores al interior de sociedades cada vez más complejas como producto de influencias externas que se han adaptado sin mucha reflexión.

2. La perspectiva de la igualdad ha sido central para comprender algunas de las transformaciones más importantes ligadas al Estado de Bienestar (Welfare State) y la lucha contra las discriminaciones que se estatuyó como estandarte después de la Segunda Guerra Mundial. En éste marco, el discurso jurídico ha jugado un rol principal como arena de lucha del reconocimiento de las diferencias al interior de las sociedades.

3. Aunque el discurso multiculturalista ha ocupado un lugar privilegiado dentro de los escenarios nacionales e internacionales cuando se habla del reconocimiento de las diferencias al interior de una misma sociedad, su recorrido no puede entenderse como independiente del discurso sobre la discriminación positiva. El hecho de que, desde una cierta perspectiva se muestre al multiculturalismo como una forma “perfeccionada” de la aplicación de medidas de discriminación positiva nos muestra lo complejo de éstas dimensiones todas ellas ligadas a la aceptación de desigualdades que no serían sin embargo contrarias al principio de igualdad. La condición para entender ésta dinámica se apoya en una idea bastante amplia de lo

que sería la discriminación positiva y las medidas destinadas a desarrollarla.

4. El reconocimiento de las diferencias culturales a favor de los grupos étnicos se desarrolla en éste contexto que ha sido particular en América Latina debido primordialmente a dos circunstancias: la primera tiene que ver con la existencia de criterios internacionales particularmente en materia económica, que los países de la región deben seguir y la segunda, derivada de la anterior, se refiere a la implementación de medidas que muchas veces no se adaptan a los contextos económicos y sociales locales pues desconocen las circunstancias particulares y los propios procesos históricos.

5. En América Latina, las modalidades que el principio de igualdad ha asumido en el discurso oficial fueron de la mano con una tendencia internacional que acentúa la importancia del discurso sobre la democracia participativa. Las nuevas facetas con las que la igualdad se presenta (igualdad real o equidad, multiculturalismo, interculturalidad), intentan conciliar dichos postulados con aquellos de las políticas neoliberales implementadas a partir de los años 80s en los sistemas de protección social de la mayoría de países latinoamericanos. Dentro de ésta perspectiva, las medidas de discriminación positiva inicialmente concebidas para igualar los derechos de las poblaciones negras en materia de empleo principalmente, adquirieron nuevas dimensiones y fueron revalorizadas por otros grupos étnicos como es el caso de los indígenas en materias como la salud o la educación.

6. En lo que tiene que ver con la educación, las políticas públicas dirigidas a los indígenas jugaron un rol importante en el contexto latinoamericano al presentarse como una importante victoria frente al pensamiento asimilacionista imperante en los años 80s y visto como una herencia de la época colonial. Además hicieron evidente el peso de las organizaciones indígenas en países como México o Colombia. En contextos como el brasilero, los afrodescendientes lograron importantes conquistas relacionadas con el sistema de cuotas para el acceso a Universidades públicas. Sin embargo en Colombia, ellas evidencian también que el discurso sobre el multiculturalismo y la diversidad cultural era reconocido desde antes de la Constitución de 1991 que se ha mostrado como vanguardista en éste reconocimiento.

7. En materia de salud, la preocupación por los indígenas se encuentra estrechamente ligada a la situación de las poblaciones más pobres y desfavorecidas bajo la nueva perspectiva de la equidad. La raza, dentro de ésta perspectiva, es vista como un factor que acentúa las dificultades de acceso a los servicios públicos. Es por ésta razón que en muchos de los documentos promulgados por los organismos internacionales, los indígenas son evaluados y estudiados al lado de otras poblaciones como los negros.

8. Las medidas de discriminación positiva, son vistas como pertinentes para cumplir con los objetivos en materia de igualdad. La focalización hacia las poblaciones indígenas constituye una de las más importantes medidas con que los Estados han querido desarrollar el concepto de discriminación positiva. En el discurso sobre la salud se prefiere hablar de interculturalidad antes de evocar la deriva multiculturalista.

9. Dos categorías han sido importantes al análisis: la pobreza y la exclusión social. La pobreza como elemento de análisis ha jalonado muchos de los estudios que se consagran a la cuestión étnica y las políticas públicas particularmente en materia de salud. Ello trae como resultado una confusión acerca de las bases que deberían guiar la atención especial que ciertos grupos reciben al interior de una sociedad. Por otra parte, es perentorio afirmar que dicha atención no se aplica de manera homogénea a todos los grupos étnicos al interior de un Estado sino que resulta mediada por factores de poder y coyunturas internacionales que fueron más favorables al desarrollo de la cuestión indígena.

10. El caso colombiano refleja muchas de las tensiones y coyunturas de la región: por una parte, implementación del discurso de la democracia participativa y reconocimiento expreso de los derechos de las poblaciones indígenas dentro de un nuevo texto constitucional. Así, las medidas de discriminación positiva asumidas por el Estado bajo la égida del multiculturalismo a partir de la década de los 90s, respondieron a la necesidad de legitimar un discurso tanto en el plano nacional como a nivel internacional y se volvieron perentorias en un momento dado, frente al gran peso de los movimientos indígenas. Este último factor no podría desconocerse

dentro de los análisis consagrados a las reivindicaciones indígenas en otros países de América Latina como México. Por la otra, tenemos la implementación de políticas de privatización ligadas a una concepción neoliberal que obligaron a replantear el papel del Estado en casi todos los ámbitos de acción. En materia de salud ello implicó la reformulación del sistema de salud para dar paso a los organismos privados dentro de un ambiente de alta competencia. De ésta coyuntura surgió la legislación especial destinada a las poblaciones indígenas.

11. En materia de salud, si nos atenemos a un concepto amplio de la discriminación positiva entendida como un trato diferencial a favor de determinados grupos, podríamos concluir que la nueva legislación en salud se ha focalizado de una manera más precisa sobre dichas poblaciones. Podríamos de la misma manera, hablar de una cierta favorabilidad teniendo en cuenta condiciones como el hecho de encontrarse en una situación de inferioridad con relación a los otros, en éste caso la población mayoritaria. Sin embargo, autores como Eric Fassin ya han señalado que lo que constituye el fondo de la discriminación positiva no es el hecho de estipular un tratamiento preferencial sino de concentrarse en el criterio sobre el cual se fundamenta dicha discriminación. (Fassin, 2003: 64). Si bien debe existir un equilibrio entre la redistribución económica y la lucha contra toda discriminación, las medidas denominadas de discriminación positiva no podrían ser dirigidas únicamente por el primer criterio a riesgo de negar su objetivo primordial.

12. En el discurso de la salud, el término “necesidades” de los indígenas no indica muy bien si con el mismo se hace referencia a las prioridades en materia de salud, como la desnutrición o si el mismo conlleva una idea de adecuación cultural de los servicios. En todo caso, siendo la principal prioridad del Estado la afiliación de la población al SGSSS, con particular énfasis en los más pobres y vulnerables, es esa la preocupación central en relación con los indígenas. Preocupación que se compadece con el discurso de los organismos internacionales. Bajo una perspectiva de desarrollo, tal y como lo muestra el artículo de Sonia Álvarez y Mónica Sacchi, (2003) la cultura es incluida en los programas de reducción de la pobreza del Banco Mundial.

13. Si nos atenemos a una protección y promoción de las características culturales y a la diversidad, es decir, lo que se ha denominado como la deriva multicultural, el análisis es más difícil. Por una parte la participación de las autoridades indígenas en organismos importantes al interior del SGSSS puede ser visto como una valoración del otro. Sin embargo, el marco de acción de dichos grupos no es muy amplio y su inserción se realiza bajo los parámetros fijados por el SGSSS. En otras palabras, el desarrollo de planes y programas de salud que consideren la inclusión de ciertos parámetros de salud tradicionales no es fácil y requiere de múltiples concertaciones.

14. La dicotomía es entre exclusión e inclusión y la dimensión privilegiada es la igualdad socioeconómica que en materia de salud se focaliza sobre la población sin recursos. Frente a la población indígena con alguna capacidad de pago, la normatividad en salud se vuelve más general y el discurso se concentra en la prohibición de toda discriminación. Subyace aquí una confusión que ubica la desigualdad social como desigualdad económica que se evidencia aún en el discurso, al referirse a integración en vez de igualdad y de exclusión en lugar de desigualdad. (Fassin, 2003: 61).

15. El reconocimiento institucional a partir de las medidas de discriminación positiva es importante y su valor es innegable. La efectividad de dichas medidas como herramienta para la visibilización de los indígenas es importante y absolutamente necesaria dada la situación de las poblaciones indígenas. Sin embargo, esa dimensión no es la única para evaluar las políticas de salud dirigidas a los indígenas sobre todo cuando el discurso que subyace es el de la diversidad cultural. Así, su efectividad en cuanto instrumento destinado a garantizar una igualdad real de los indígenas como grupos con características culturales diversas de otras poblaciones es cuestionable y permanece casi imperceptible a nivel de la legislación sanitaria para los indígenas.

16. Vale la pena interrogarse si es posible que la igualdad socioeconómica pueda ir en paralelo con el discurso de una igualdad real y cuáles serían los presupuestos. Evidentemente uno de los primeros consiste en reconocer que existen varias

dimensiones asociadas al tema del reconocimiento de la igualdad, pero que el hecho de confundirlas en el plano jurídico, puede llevar a crear categorías y asociaciones particulares allí donde el objetivo debe ser solamente el que dichas categorías sirvan como punto de apoyo para el desarrollo efectivo de las medidas de discriminación positiva, las cuales pueden constituirse como medidas perfectamente legítimas. Ese permanece como el objetivo principal de las políticas de discriminación positiva que en el caso de la legislación en salud en Colombia aún está por verificarse.

FUENTES Y REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Fuentes impresas

Congreso de la República de Colombia. *Archivo legislativo del Congreso. Leyes Autografiadas*. Bogotá: Archivo General de la Nación.

Volúmenes consultados:

Tomo IV: Ley 31 de 1967 folios 276 – 284, 288 – 294, 303 – 304, 328 – 332.

Tomo 240 Ley 89 de 1890 folios 15 – 16, 17 – 21, 22 – 24, 38 – 39, 48 – 49.

Legislación consultada

Año 1853: Reforma constitucional.

Año 1863. Reforma constitucional. Constitución de Rionegro.

Año 1886: Constitución Política de 1886.

Año 1890: Ley 89 de 1890.

Año 1936: Reforma constitucional.

Año 1960: Decreto 1634 de 1960.

Año 1961: Ley 135 de 1961.

Año 1967: Ley 31 de 1967.

Año 1974: Ley 20 de 1974.

Año 1976: Decreto ley 088.

Año 1978: Decreto 1142 de 1978.

Año 1981: Resolución 10013 de 1981.

Año 1984: Resolución 3454 de 1984.

Año 1986: Ley 12 de 1986.

Año 1988: Decreto 2001 de 1988.

Año 1990: Ley 10 de 1990, decreto 1811 de 1990.

Año 1991: Constitución Política de Colombia, ley 21 de 1991.

Año 1992: Resolución 5078 de 1992, decreto 0715 de 1992.

Año 1993: Ley 60 de 1993, ley 70 de 1993, ley 100 de 1993, decreto 1088 de 1993.

Año 1994: Ley 115 de 1994, decreto 1757 de 1994.

Año 1995: Decreto 804 de 1995.

Año 1996: Decreto 1397 1996, acuerdo 23 de 1996, acuerdo 25 de 1996, acuerdo 30 de 1996, acuerdo 32 de 27 de 1996.

Año 1997: Acuerdo n 72, decreto 2753 de 1997, acuerdo 57 de 1997, acuerdo 72 de 1997, acuerdo 77 de 1997.

Año 1999: Resolución 22 de 1999.

Año 2001: Ley 691 de 2001, ley 715 de 2001, decreto 330 de 2001.

Año 2002: Ley 789 de 2002, acuerdo 225 de 2002.

Año 2003: Ley 812 de 2003, acuerdo 244 de 2003.

Año 2004: Decreto 0515 de 2004, decreto 2716 de 2004, decreto 4112 de 2004, acuerdo 270 de 2004, acuerdo 273 de 2004.

Año 2005: Decreto 4127 de 2005, acuerdo 301 de 2005, acuerdo 326 de 2005.

Webgrafía

BASE DE DATOS de Salud Pública <http://www.bdsp.tm.fr>.

BVS. Biblioteca virtual en Salud. OPS. <http://www.bvs.ops.ar>.

CAIRN. Portal de revistas científicas en ciencias humanas y sociales en texto integral <http://www.cairn.info>.

DIALNET. Portal de difusión científica. Universidad de la Rioja España. <http://dialnet.unirioja.es>.

ENSP. Base de datos de la Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa <http://www.b-on.pt>.

PERSEE. Portal de revistas científicas en ciencias humanas y sociales del Ministerio de Educación Nacional de Francia <http://www.persee.fr>.

REDALYC. Red de revistas científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. Universidad Autónoma del Estado de México. <http://redalyc.uaemexico.mx>

SCIELO. Scientific Electronic Library on line Scielo www.scielo.org.

www.jstor.org

www.minproteccionsocial.gov.co.

www.dane.gov.co.

www.corteconstitucional.gov.co

www.secretariassenado.gov.co

www.senado.gov.co

www.camara.gov.co

www.dejusticia.org.

www.who.int.

www.paho.org.

www.eclac.org.

Referencias bibliográficas

Abreu, L., & Bourdelais, P. (2007). Health and Welfare as human rights: some notes on a utopia or a vision of the future. En Abreu L., Bourdelais, P., Ortíz-Gómez, T., & Palacios, G. (Eds), *Dynamics of Health and Welfare: texts and contexts* (p. 15 – 30). Lisboa: Edições Colibri, CIDEHUS – UE, Alfa-graph/PhoenixTN.

Alger, J.R. (1998). Unfinished Homework for Universities: Making the Case for Affirmative Action. *Journal of Urban and Contemporary Law*, v. 54, 53 -74. [En línea] [Consultado 10 abril 2011] Disponible en <http://law.wustl.edu/journal/54/index.html>.

Alvarez, S., y Sacchi, M. (2003). Pobreza y desafíos multiculturales. En Zambrano, C.V. (Ed.), *Etnopolíticas y racismo: conflictividad y desafíos interculturales en América Latina* (p.349 – 364). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

Amezcuca, M., y Gálvez, T. A. (2002). Los modos de análisis en investigación cualitativa en Salud: Perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Rev Esp Salud Pública*, 76, 423-436. [En línea] [Consultado 20 mayo 2011] Disponible en www.scielo.org.

Arteaga, N. (2008). Vulnerabilidad y desafiliación social en la obra de Robert Castel. *Sociológica*, 23 (68), 151 – 175. [En línea] [Consultado 15 agosto 2011] Disponible en: <http://www.revistasociologica.com.mx/pdf/6806.pdf>.

Bacca, Paulo. (2010). *La doctrina defensorial y los derechos indígenas en el derecho de los derechos humanos: técnicas de análisis y recomendaciones*. Bogotá: GTZ/Defensoría del Pueblo.

----- (2008a). Las contranarrativas constitucionales en el seguimiento jurisprudencial de la jurisdicción especial indígena. *Pensamiento jurídico*, 22, 193-232.

----- (2008b). Prolegómenos en torno a las justicias de las naciones de Abya-Yala. Breve aproximación al pluralismo jurídico hegemónico. *Análisis. Revista colombiana de humanidades*, 73, 167-177.

----- (2008c). Aporías alrededor del pluralismo jurídico: hacia una configuración del estado del arte y una crítica de sus supuestos conceptuales, *Principia Iuris* 9, 1-31. Tunja: Universidad Santo Tomás.

Balladelli, P.P., Guzmán, J.M., Korc, M., Moreno, P., y Rivera, J. (2007). *Equidad en Salud para las minorías étnicas en Colombia*. Bogotá. OPS. [En línea] [Consultado 08 enero 2011] Disponible en <http://www.col.ops-oms.org/publicaciones/equidad%20en%20salud.pdf>.

Beaud, O. (1984). L'affirmative action aux Etats Unis: Une discrimination à rebours. *Revue Internationale de droit comparé*, 3 (3), 503 – 521. [En línea] [Consultado 08 enero 2011] Disponible en www.persee.fr.

Botero, M. C. (2003). Multiculturalismo y derechos de los pueblos indígenas en la jurisprudencia de la Corte Constitucional. En *Memorias. Primer Congreso Ecuatoriano de Antropología Jurídica y Pluralismo legal*. [En línea] [Consultado 05 de julio 2011]. Disponible www.dejusticia.org.

Bourdelaís, P. (2005). Qu'est-ce que la vulnérabilité? *Annales de Démographie Historique*. N 2, 1-9.

Burgi- Golup, N. (1996). Égalité, équité. Les catégories idéologiques des politiques

publiques. *Politix*, 9 (34), 47-76.

Busso, M., Cicowiez, M., & Gasparini, L. (2004). *Ethnicity and the Millennium Goals in Latin America and the Caribbean*. La Plata: Centro de Estudios Distributivos, Laborales y Sociales (CEDLAS) Universidad Nacional de La Plata.

Cahn, S. (2002). Introducción. En Steven Cahn (ed.), *Affirmative action debate* (p. XI – XIV). New York: Routledge.

Caicedo, A. (2007). Neochamanismos y modernidad: lecturas sobre la emancipación. *Nómadas*, 26, 114 – 127.

Carmona, C.E. (1994). El principio de igualdad material en la jurisprudencia del tribunal constitucional. *Revista de Estudios Políticos (Nueva Época)*, 84, 265 – 285.

Carmona, L., Casallas, A., Franco, S., Molina, N., Urrego, J., y Paredes, N. (eds.) (2006). *Ley 100 balances y perspectivas*. Bogotá: Movimiento Nacional por la Seguridad Social – Corporación para la salud popular grupo Guillermo Fergusson.

Castaño, R.A., Arbeláez, J.J., Giedion, U., y Morales, L.G. (2001). *Evolución de la equidad en el sistema colombiano de salud*. Chile : CEPAL.

Castel, R. (2003). *L'insécurité sociale : qu'est-ce qu'être protégé ?* Paris: Éditions le Seuil la République des Idées.

Castillo, L.C. (2009). *Etnicidad y Nación: el desafío de la diversidad en Colombia*. Cali: Universidad del Valle.

Castillo, N. (2003). *Las comunidades Indígenas en Colombia y su Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Bogotá: Procuraduría General de la Nación.

Castro, J., Urrea, F., y Viáfara, C. (2009). Un breve acercamiento a las políticas de Acción Afirmativa: orígenes, aplicación y experiencia para grupos étnico-raciales en Colombia y Cali. *Revista Sociedad y Economía*, 16, 159-170.

CEPAL, Naciones Unidas, (2007). Panorama social de América Latina 2006. 1a ed. Santiago de Chile: Naciones Unidas. [En línea] [Consultado 31 marzo. 2011]. Disponible en http://www.eclac.org/publicaciones/xml/0/27480/PSE_2006.pdf. ISBN 978-92-1-322972-9.

Cepeda, M. J. (1993). *La Constituyente por dentro: mitos y realidades*. Bogotá: Imprenta Nacional.

Cepeda, M. J. (1994). *La Constituyente que no fue y el significado de los silencios constitucionales*. Bogotá: Uniandes- El Ancora.

Cespedes-Londono, J. E., Jaramillo- López, I., y Castaño – Yopez, R., A. (2002). Impacto de la reforma del sistema de seguridad social sobre la equidad en los servicios de salud en Colombia. *Cad. Saúde Pública*, 18 (4), 1003 – 1024. [En línea] [Consultado 31 marzo. 2011]. Disponible en <http://www.scielo.br/scielo>.

Coimbra JR., C.E. y Santos, R.(2000). Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. *Ciência & saúde coletiva*, 5 (1), 25-132. [En línea] [Consultado 15 agosto 2011]. Disponible en: <http://www.scielo.br/scielo.php?ISSN=1413-8123>. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000100010>

Colombia, Departamento de Planeación Nacional. (2003). *Evaluación Integral del SISBEN*. Bogotá: Planeación Nacional.

Commaille, J. (2000). De la « sociologie juridique » à une sociologie politique du droit. En Commaille, J., Dumoulin, L., & Robert, C (dir.), *La juridicisation du politique* (p. 29 – 46). Paris: LGDJ, coll. « Droit et Société. Recherches et Travaux ».

Cortes, F., & Monsalve, A. (cord). (1999). *Multiculturalismo los derechos de las minorías culturales*. Medellín: Instituto de Filosofía de la Universidad de Antioquia. Res pública.

Cuervo, J.I. (2007). La definición del problema y la elaboración de la agenda. En Cuervo, J.I. (Ed.), *Ensayos sobre políticas públicas* (p. 151-165), Bogotá: Universidad Externado de Colombia.

Cuervo, J.I. (2007). Las políticas públicas: entre los modelos teóricos y la práctica gubernamental. Una revisión a los presupuestos teóricos de las políticas públicas en función de su aplicación a la gestión pública colombiana. *Ensayos sobre políticas públicas*, 83, 66-95.

Champeau, S. (1999). Ronald Dworkin, le libéralisme et l'égalité. *Revue Philosophique de Louvain*, 97(3-4), 550-580. [En línea] [Consultado 15 febrero 2011] Disponible en: <http://www.persee.fr>.

----- (2001). Ronald Dworkin : bio-bibliographique. *Cités*, 5, 208-214. Doi: 10.3917/cite.005.0207.

Chavez, M. E. (2008). Ser indígena en la educación superior ¿desventajas reales o asignadas? *Revista educación superior*, 37 (148), 31-55. [En línea] [Consultado 15 agosto 2011]. Disponible en: <<http://www.scielo.org.mx> ISSN 0185-2760.

Chevallier, J. (2003). Lutte contre les discriminations et l'Etat providence. En Borrillo, D (dir.), *Lutter contre les discriminations* (p. 38 – 54). Paris: Editions La Découverte.

Chile, Ministerio de Salud. (2006). *La experiencia internacional en materia de reconocimiento de la Medicina Tradicional Indígena: estudio de derecho comparado en cinco países de América*, Chile.

Del Cairo, C.L. (2004). Construcción eficaz en tiempos de discriminación cultural. *Universitas Humanistica*, 57, 14 – 25. Bogotá: Pontifica Universidad Javeriana. [En línea] [Consultado el 09 agosto 2011] Disponible en <http://redalyc.uaemex.mx>.

Del Popolo, F., y Oyarce, A.M. (2006). Población indígena en América Latina: perfil sociodemográfico en el marco de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo y de las Metas del Milenio CEPAL/CELADE. *Pueblos Indígenas y afrodescendientes de América Latina y el Caribe: información sociodemográfica para políticas y programas*, CEPAL. (Documento de proyecto). [En línea]. [Consultado 31 marzo 2011]. Disponible en <http://www.eclac.org>.

Dema Moreno, S. (2008). *A la igualdad por la desigualdad. La acción positiva como estrategia para combatir la discriminación de las mujeres*. Barcelona: KRK Ediciones.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. (2007). *Colombia, una nación multicultural: su diversidad étnica*. Bogotá: Dirección de Censos y Demografía. [En línea]. [Consultado 05 julio 2011]. Disponible web www.dane.gov.co.

Domínguez, L.C. (2006). Diferencia, igualdad e idoneidad: una aproximación al proyecto multicultural del sistema sanitario colombiano. *Revista Salud*, 10: 49 – 69.

Draibe, S., y Riesco, M. (2009). *El Estado de bienestar en América Latina, una nueva estrategia de desarrollo*, documento de trabajo N 31, Madrid: Fundación Carolina.

Dworkin, R. (1981). What is equality: part 1 Equality of Welfare. *Philosophy and Public Affairs*, 10 (3), 185-246. [En línea]. [Consultado febrero 30 2011]. Disponible en www.jstor.org.

Ewald, F. (1986). *L'État providence*, Paris : Grasset.

Fassin, D. (2000). *Les enjeux politiques de la santé. Études sénégalaises, équatoriennes et françaises*. Paris : Karthala.

----- (1996). Exclusion, underclass, marginalidad: Figures contemporaines de la pauvreté urbaine en France, aux Etats-Unis et en Amérique latine. *Revue française de sociologie*, 37, (1), 37-75. [En línea]. [Consultado 15 agosto 2011].

Disponible en <http://www.jstor.org/stable/3321945>.

Fassin, E. (2003). Penser la discrimination positive. En Borrillo, D (dir.), *Lutter contre les discriminations* (p. 55 – 68). Paris: Editions La Découverte

Favre, H. (1996). *L'indigenisme*. Paris : Presses Universitaires de France.

Feito, L. (2007). Vulnerabilidad. *Anales Sis San Navarra*, 30 (3), 07 – 22. [En línea] [Consultado 04 julio 2011] Disponible en: <<http://scielo.isciii.es>.

Fernández S, G. (2004). *Salud e interculturalidad en América Latina*. Quito: Abya – Yala.

Ferre, N. (2004). La construction juridique des discriminations: l'exemple de l'égalité homme/femme. *Sociétés contemporaines*, 1(53), 33-55. [En línea] [Consultado marzo 22 2011]. Disponible en www.cairn.info.

Fraser, N. (2004). Justice sociale, redistribution et reconnaissance. *Revue du MAUSS*, 23, 152-164. [En línea], [consultado julio 7 2011]. Disponible en www.cairn.info.

Fresneda, O. (2003). La focalización en el Régimen Subsidiado de Salud: elementos para un balance. *Revista de salud pública*, 5 (3), 209-245. [En línea]. (Consultado el 20 junio 2011) Disponible en www.scielo.org.

Frutos, S. (2004). Apuntes para el estudio semiótico del discurso jurídico. *La Trama de la Comunicación*, 9, 1-9.

González, N. (2005). *Acciones positivas: orígenes, conceptualización y perspectivas*. Estudio preliminar al artículo: “Observación general sobre la aplicación de acciones positivas en el gobierno del Distrito Federal”. [En línea]. (Consultado el 05 julio 2011). Disponible en: www.bibliojuridica.org/libros/5/2312/17.pdf.

Gosephat, S. (2011). "Equality", *The Stanford Encyclopedia of Philosophy (Spring Edition)*, Edward N. Zalta (ed.), URL = <<http://plato.stanford.edu/archives/spr2011/entries/equality/>>.

Gros, C. (2000). *Políticas de la etnicidad: identidad, Estado y modernidad*. Bogotá. Instituto Colombiano de Antropología e Historia ICANH.

----- (1991). *Colombia Indígena: identidad cultural y cambio social*. Bogotá CEREC.

Guamá, L. (2007). Estado del arte de los DESC. La salud de los pueblos Indígenas. En Rey, E (Ed.). *Indígenas sin derechos* (p. 239-263). Bogotá: Cecoin-OIA.

Guarneros, N., y Rios, A. (2007). *Salud de los pueblos indígenas de México*, México: Organización Panamericana de la Salud.

Hajer, M., & Versteeg, W. (2005). *A decade of discourse analysis of environmental politics: Achievements, challenges, perspectives*. *Journal of Environmental Policy & Planning*, 7(3), 175 — 184. [en línea]. (Consultado el 10 de mayo de 2011) Disponible en <http://dx.doi.org>.

Hering Torres, M.S. (2007). Raza: variables históricas. *Revista de estudios sociales*, 26, 1-196.

Hernández, M. (1991). El derecho a la salud y la Nueva Constitución Política Colombiana. *Avances en enfermería*, IX(2), 63: 83.

Hernández B., A., y Vega R., R. (2001). El sistema colombiano de seguridad social en salud: desigualdad y exclusión. *Gerencia y políticas de salud*, 1, 48- 73. [En línea] [Consultado el 6 de junio de 2011] Disponible en <http://www.javeriana.edu.co/biblos/revistas/salud/pdf-revista-1/salud-espacio-3.pdf> .

Jaramillo, I. (2002). Evaluación de la descentralización de la salud y la reforma de la

Seguridad Social en Colombia. *Gaceta Sanitaria*, 16 (1), 48-53. [En línea] [Consultado 04 julio de 2011] Disponible en: <<http://scielo.isciii.es>>.

Jaramillo, I. C. (1997). El liberalismo frente a la diversidad cultural. *Revista de Derecho Público*, 7, 95 – 129.

Jaramillo, R., y Meisel, A. (2008). *Más allá de la retórica de la reacción. Análisis económico de la desamortización en Colombia. 1861 – 1888*. Cartagena: Cuadernos de historia empresarial. Banco de la República.

Jimeno, M., (1985). El Estado, las políticas estatales y los indígenas. En Jimeno, M., & Triana, A (eds.), *Estado y minorías étnicas en Colombia* (p. 17 – 64). Bogotá: Cuadernos el jaguar.

Jimeno, M., y Triana, A. (1985). *Estado y minorías étnicas en Colombia*. Bogotá: Cuadernos el jaguar.

Jørgensen, M., & Phillips, L. (2002). *Discourse Analysis as Theory and Method*. London: Sage.

Karlsson-Vinkhuyzen, S., & Vihma, A. (2009). Comparing the legitimacy and effectiveness of global hard and soft law: An analytical framework. *Regulation & Governance*, 3, 400–420. [En línea] [Consultado el 6 de mayo de 2011] Disponible en <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1748-5991.2009.01062>.

Knight, J. (1998). Justice and fairness. *Annual Review of Political Science*, 1 (1), 425- 449. [en línea] [Consultado el 15 de marzo de 2011] Disponible en <http://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.polisci.1.1.425>.

Lascombes, P., y Le Galès, P. (2007). *Sociologie de l'action publique*, Paris : Armand Colin.

Lascombes, P. (1990). Normes juridiques et mise en œuvre des politiques publiques

l'Année sociologique, 40, 43-71. (Texto gentilmente enviado por su autor previo requerimiento escrito).

Lascoumes, P., & Severin, E. (1986). Théories et pratiques de l'effectivité du droit. *Droit et société*, 2, 127 – 150.

Laurent, V. (2005). *Comunidades indígenas, espacios políticos y movilización electoral en Colombia. 1990 – 1998. Motivaciones, campos de acción e impactos*. Bogotá: Instituto Colombiano de Antropología e Historia, ICANH, Instituto Francés de Estudios Andinos, IFEA.

López, Y., L., González, C., Gallego, B., y Moreno., A.L. (2009). Rectoría de la vigilancia en salud pública en el sistema de seguridad social en salud de Colombia: estudio de casos. *Biomédica*, 29(4), 567 – 581. [En línea] [Consultado el 10 de abril de 2011] Disponible en <http://www.scielo.org.co/>.

Maguain, D. (2002). Les théories de la justice distributive post-rawlsiennes. Une revue de la littérature. *Revue économique*, 53(2), 165-199. [En línea] [Consultado el 15 de marzo de 2011] Disponible en http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/reco_00352764_2002_num_53_2_410399.

Maio, M.C., Ires-Alves, F. A., Paiva, C.H., y Magalhes, R.C. (2010). Cooperação internacional e políticas de ação afirmativa: o papel da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). *Cad. Saúde Pública*, 26 (7), 1273-1291. [En línea]. [Consultado el 20 de marzo de 2011] doi: 10.1590/S0102-311X2010000700002.

Marquart, B. (2011). Estado y constitución en la Colombia de la Regeneración del Partido Nacional 1886 – 1909. *Ciencia Política*, 11, 56 – 81. [En línea] [Consultado el 20 de agosto de 2011] Disponible en http://168.176.26.17/recipo/sites/default/files/4_Etd%20Constitucion.pdf

Martinet., F. (2005). *La reconnaissance des peuples indigènes entre droit et politique*.

Lille : Presses Universitaires de Septentrion.

Melo, J.O. (1989). Del federalismo a la Constitución de 1886. *Nueva Historia de Colombia*. Bogotá: Planeta. [En línea] [Consultado el 15 de julio de 2011] Disponible en <http://www.jorgeorlandomelo.com/federalismo.htm>.

Meny, Y., & Thoenig, J-C. (1989). *Politiques publiques*, Paris: PUF.

Mesa – Lago, C. (2000). *Desarrollo social, Reforma del Estado y de la Seguridad Social en el umbral del siglo XXI*. Chile: Cepal.

Middleton, R., & Flowers, C. (1996). Multiculturalism, affirmative action, and Section 21 of the 1992 Rehabilitation Act Amendments: Fact or fiction. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 40 (1), 11 – 31. [En línea] [Consultado el 15 de marzo de 2011] Disponible en <http://search.ebscohost.com>.

Miranda, L. F. Albuquerque de. (2006). A razão ilustrada e a diversidade humana. *Educ. Soc*, 27(95),341- 360. [En línea] [consultado 24 de marzo de 2010] Disponible en www.scielo.org.

Mosquera R., C., y León D., R. (2009). *Acciones afirmativas y ciudadanía diferenciada étnico-racial negra, afrocolombiana, palenquera y raizal*, Bogotá: Centro de Estudios Sociales Universidad Nacional de Colombia.

Muller, P. (2010). *Les politiques publiques*. Paris: PUF.

Muñoz, H. (1999). Política pública y educación indígena escolarizada en México. *Cadernos CEDES*, 19 (49), 39-61 [En línea] [Consultado 09 agosto 2011] Disponible en: <http://www.scielo.br/scielo.php>. ISSN 0101-3262

Nickel, J. (2002). Discrimination and Morally Relevant Characteristics. En Cahn, S. (ed.), *Affirmative Action Debate* (p. 3 – 5). New York: Routledge.

Nino, C.S. (2003). *Introducción al Análisis del derecho*. Buenos Aires: Editorial Astrea.

Núñez, J., & Espinosa, S. (2005). *Pobreza y protección social en Colombia*. Bogotá: PNUD.

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, (2008). *Salud de los pueblos indígenas de las Américas: evaluación de los logros en salud en el marco del Decenio Internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo*. OPS/OMS.

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. (2003). *Grupo Étnico y Salud*. CE132/16. Sesión del Comité Ejecutivo. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.

Organización de Naciones Unidas. (2005). *Objetivos de desarrollo del Milenio. Una mirada desde América Latina*. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe,(CEPAL), Publicación de las Naciones Unidas.

Orozco, J.L. (2008). *Caracterización del mercado del aseguramiento en salud para el régimen contributivo en Colombia*. Edición electrónica gratuita. Texto completo en www.eumed.net/libros/2008b/386/

Oudghiri, R., & Sabbagh, D. (1999). Des usages de la « diversité » : éléments pour une généalogie du multiculturalisme américain. *Revue française de science politique*, 49 (3), 443 – 468.

Page, J. T. P. (1995). Health Policy and Legislation Concerning Traditional Indigenous Medicine in Mexico. *Cad. Saúde Públ*, 11 (2), 201-211. [En línea]. [Consultado 25 marzo 2011] Disponible en www.scielo.org.

Palacios, M. (2002). La Regeneración ante el espejo liberal y su importancia en el siglo XX. En Sierra – Mejía, R. (ed.), *Miguel Antonio Caro y la cultura de su época* (p. 261 – 278). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

Paladino, M. (2010). Educación superior indígena en Brasil. Políticas gubernamentales y demandas indígenas: diálogos y tensiones. *Desacatos*, 33, 67 – 84. [En línea] [Consultado 09 agosto 2011] Disponible en: <<http://www.scielo.org.mx/scielo.php>. ISSN 1405-9274

Parfit, D. (1996). Égalité ou priorité? *Revue française de science politique*, 46 (2), 280-320. [En línea] [Consultado 09 marzo 2011] Disponible en www.persee.fr.

Pinzón, C., y Garay, G. (1993). *Cultura y Salud en la construcción de las Américas. Primer Simposio Internacional de Cultura y Salud*. Bogotá: Instituto Colombiano de Cultura – Instituto Colombiano de Antropología.

Puig-Junoy, J., Jane, E., Castells., y Mata, I. (2002). Cambios recientes en los sistemas de salud en América Latina y perspectivas de futuro. *Gaceta Sanitaria*, 16 (1), 2-4. [En línea] [Consultado 09 agosto 2011] Disponible en: <<http://scielo.isciii.es/scielo>. ISSN 0213-91110213-9111.

Raposo, Vera Lúcia Carapeto. (2004). *O poder de Eva: o princípio da igualdade no âmbito dos direitos políticos: problemas suscitados pela discriminação positiva*. Coimbra : Livraria Almedina.

Recondo, D. (2007). Les paradoxes de la démocratie participative en Amérique latine : une comparaison des trajectoires mexicaine et colombienne. En Neveu, C (dir.), *Cultures et pratiques participatives. Perspectives comparatives* (p. 255 - 276), Paris: L'Harmattan.

Restrepo Uribe, E. (2008), Racismo y discriminación. *Cátedra De Estudios Afrocolombianos : Aportes Para Maestros*, 192 – 204.

Ribeiro, C.D., y Schramm, F. R. (2004). A necessária frugalidade dos idosos. *Cadernos de Saúde Pública*, 20 (5), 1141 – 1148. [En línea] [Consultado 09 julio de 2011] Disponible en f <<http://www.scielosp.org>.

Riutort, M., y Cabarcas, f. (2006). Traducción Espinosa Claudia. Descentralización y equidad. Una revisión de la literatura Latinoamericana. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 11, 22 – 36.

Rodriguez, M. (2003). Opportunities for Mental Health within the General System of Social Security in Health. *Revista colombiana de psiquiatría*, 32 (1), 21 – 29. [En línea] [Consultado 09 Junio de 2011] Disponible en World Wide Web: <<http://www.scielo.unal.edu.co>.

Rojas, A., y Castillo, E. (2007). Multiculturalismo y políticas educativas en Colombia, interculturalizar la educación? *Revista Educación y Pedagogía*, XIX (48), 12 – 24. [En línea] [Consultado el 5 julio 2011]. Disponible <http://revinut.udea.edu.co>.

Rojas, R. (2008). *Programa de salud de los pueblos indígenas de las Américas. Plan de acción 2005-2007*. Washington: Organización Panamericana de la Salud. [En línea] [Consultado el 02 junio 2011] Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/AD/THS/OS/Indig_PLAN05_07_esp.pdf.

Rubiano, R. (2007). Derecho y política. Miguel Antonio Caro y la regeneración en Colombia a finales del siglo XIX. *Opinión jurídica*, 6 (12), 141 – 162. . [En línea] [Consultado el 02 agosto 2011] Disponible en <http://www.scielo.org.co/scielo>. ISSN 1692-2530.

Sabbagh, D. (2003). *L'Égalité par le droit : les paradoxes de la discrimination positive aux États-Unis*. Paris : Economica, collection "Études politiques".

Sáchica, L., C., y Perdomo, J. (1991). *La Constituyente de 1991*. Bogotá: Cámara de Comercio.

Sakellarides, C. (2006). *De Alma a Harry. Crónica da democratização da saúde*. Coimbra: Libraria Almedina.

Salaverry, O. (2010), Interculturalidad en salud. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 27 (1), 304 – 305. [En línea] [Consultado el 01 mayo 2011] Disponible en <<http://www.scielosp.org/scielo.php>.

Schnapper, D. (2002). *La démocratie providentielle. Essai sur la démocratie contemporaine*. Paris : Gallimard.

Semper, Frank. (2006). Los derechos de los pueblos indígenas de Colombia en la jurisprudencia de la Corte Constitucional. *Anuario de Derecho Constitucional Latinoamericano*. [En línea] [Consultado 20 agosto 2011] Disponible en biblioteca jurídica virtual del Instituto de Investigaciones de la UNAM.

Slama, A.G. (2004). Contre la discrimination positive. La liberté insupportable. *Pouvoirs*, 111, 133-143. [En línea] [Consultado 10 abril 2011] Disponible en [cairn.info/revue-pouvoirs-2004-4-page-133.htm](http:// Cairn.info/revue-pouvoirs-2004-4-page-133.htm).

Souza, Renilson Rehem de. (2007). Políticas e práticas de saúde e equidade” *Revista da escola de enfermagem da USP*, 41, 765-770. [En línea] [Consultado 10 abril 2011] Disponible en www.scielo.org.

Stavenhagen, R. (2002). Indigenous peoples and the state in Latin America: an ongoing debate. En Sieder, R (ed.), *Multiculturalism in Latin America: Indigenous Rights, Diversity and Democracy* (p. 24- 44). Nueva York: Palgrave Macmillan.

Ströbele-Gregor, J. (2010). La Educación Intercultural Bilingüe y pueblos Indígenas en América Latina: un aporte para la construcción de una sociedad democrática e incluyente? En Ströbele-Gregor, J., Kaltmeier, O., y Giebeler, C (eds.), *Construyendo interculturalidad: Pueblos Indígenas, Educación y Políticas de Identidad en América Latina* (p. 8 – 14). México: Unidad Coordinadora pueblos indígenas de América Latina y el Caribe.

Sundin, J. (2003). *Symbolic capital – a resource for health, reading for the Master course on Health and Social Change*, Linkoping University, Mimeograph.

Torres -Parodi, C. (2003). *Acciones afirmativas para lograr la equidad de los grupos étnicos/raciales*. Washington: Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud.

----- (2001). *Equidad en salud: una mirada desde la perspectiva de la etnicidad*, Washington: Organización Panamericana de la Salud.

Trivelli, C. (2008). *La Persistente Desigualdad entre Indígenas y No Indígenas en América Latina*. Documento de Trabajo N° 22. Chile: Programa Dinámicas Territoriales Rurales.

Troncoso, E., y Nigenda, G. (2002). *La política de salud para las poblaciones indígenas en México*, México: Fundación Mexicana para la Salud.

Ulloa, A. (2004). *La Construcción del nativo ecológico*. Bogotá: Instituto Colombiano de Antropología e Historia ICANH.

Universidad del Tolima. (2006). *Memorias, Encuentro nacional sobre experiencias pedagógicas en etnoeducación*. Ibagué. [Universidad del Tolima. [En línea] [Consultado 10 de junio de 2011].

Uprimny, R., y Garcia, M. (2003). *Tribunal Constitucional e emancipação social na Colômbia*. En Santos B. De Sousa, (org.), *Democratizar a democracia, os caminhos da democracia participativa* (p. 251 – 285). Porto: Afrontamento.

Uribe, M. (2007). Reformas sociales en América Latina: las perspectivas analíticas y los actores del cambio. *Estudios sociológicos*, 25 (2), 427 – 461. [En línea] [Consultado 10 de agosto de 2011]. Disponible en <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2583668>.

Uribe, M.T. (1999). Comunidades, ciudadanos y derechos. En Cortes, F. & Monsalve, A. (coord.), *Multiculturalismo los derechos de las minorías culturales* (p. 143 – 158). Medellín: Instituto de Filosofía de la Universidad de Antioquia. Res pública.

Uribe-Vargas, D. (1992). *La Constituyente de 1991 y el ideario liberal*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

Uruena, J. (1994). La idea de heterogeneidad en el pensamiento político colombiano: una mirada histórica. *Análisis Político*, 22, 3 – 28.

Van Cott, D.L. (2000). *The friendly liquidation of the past: the politics of diversity in Latin America*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press.

Vargas, A. (1999). Las políticas públicas entre la racionalidad técnica y la racionalidad política. *Notas sobre el Estado y las Políticas públicas*, 17, 53- 94.

Vargas, J. (1997). Descentralización de los servicios de salud en Colombia”. *Planeación y desarrollo*, 28 (1), 143 – 198.

Velasco, A., y Juan, C. (2007). Discriminación positiva, diversidad cultural y justicia. *Δαιμων. Revista de Filosofía*, 41,141-156.

----- (1999). El derecho de las minorías a la diferencia cultural. En Cortes, F. & Monsalve, A. (coord.), *Multiculturalismo los derechos de las minorías culturales* (p. 57 - 82). Medellín: Instituto de Filosofía de la Universidad de Antioquia. Res pública.

Vernengo, R. (1996). El discurso del derecho y el lenguaje normativo. *Isonomía*, 4, 87- 95. [En línea] [Consultado 10 de mayo de 2011] Disponible en www.scielo.org.

Vignaux, G. (1979). Argumentation et discours de la norme. *Langages*, 53, 67-85. [En línea] [Consultado 15 de mayo de 2011] Disponible en http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/lgge_0458726X_1979_num_12_53_1813.

Wade, P. (2006). Etnicidad, multiculturalismo y políticas sociales en América Latina: poblaciones afrolatinas (e indígenas). *Tabula Rasa*, 4, 59 – 81. Trad. María Luisa

Valencia. [En línea] [Consultado 13 de febrero de 2011] Disponible en: www.revistatabularasa.org.

Wieviorka, M. (1998). Is multiculturalism the solution? *Ethnic and Racial Studies*. 21: 5, 881- 910. [En línea] [Consultado 15 de febrero de 2011] Disponible en <http://dx.doi.org/10.1080/014198798329702> .

Zamudio, T. (2003). *Calidad Legislativa Indígena en América Latina*. Washington DC: Banco Interamericano de Desarrollo.

Zapata, C. (2008). *Indígenas y educación superior en América Latina: los casos de Ecuador, Bolivia y Chile*. Artículo para el foro número 4 de la Fundación Equitas. Chile.

ANEXOS

NUMERO UNO

Entrevista Directora de Asuntos Étnicos y de Género febrero 18 de 2011.

La entrevista se realiza en las instalaciones del Ministerio de la Protección Social en Bogotá y comienza a las 9 20 de la mañana.

Doctora Gina Carrioni

Yo estoy trabajando en el Ministerio de la Protección Social desde julio de 2003 cuando en ese momento el grupo se llamaba Equidad y Género, yo llegué en julio de 2003 y en diciembre de 2003 me nombraron coordinadora del grupo y en el año 2007 se hizo una reestructuración y ya se habla del Grupo de Asuntos Etnicos y de Género, las funciones que tenía el grupo de equidad eran unas funciones demasiado amplias, cabía todo y nada, y entonces aquí ya hicimos un énfasis en funciones específicas para el tema de grupos étnicos y funciones específicas para el tema de Género, los dos componentes, entonces llevo ya ocho años en el Ministerio.

AMS: Yo había elaborado algunas preguntas si no es procedente o no es permitido usted me dice. Primero un poco sobre la historia de la Dirección de Asuntos Étnicos y de Género.

DGC: Bueno la historia viene desde hace mucho tiempo. Cuando antes era Ministerio de Salud, cuando empezó a salir la normatividad en salud para todos los indígenas porque digamos que hasta ahora el énfasis ha estado en poblaciones indígenas en el tema normativo, se solicitaba que hubiera un espacio tanto a nivel nacional como a nivel territorial para trabajar el tema de salud indígena. Entonces en el Ministerio se conformó un programa de salud indígena que en su momento dependía directamente del Vice ministerio de Salud, cuando se llamaba Ministerio de Salud. Luego en las distintas reestructuraciones que se hicieron del Ministerio de Salud llegó un momento en que incluyeron el tema dentro de la Dirección de Salud Pública y pasó de oficina de Asuntos Indígenas a Oficina de Asuntos Étnicos porque

ya se empezó a trabajar con otra población como eran los afrocolombianos, entonces ya no se podía hablar solamente de indígenas. Cuando se unen los dos Ministerios, Salud y Trabajo, las acciones que manejaba ese grupo pasaron a esta dirección general de promoción Social que es una dirección nueva que no existía ni en salud ni en trabajo y que tiene como función trabajar con las poblaciones vulnerables del país dentro de los cuales están incluidos los grupos étnicos.

Cuando yo hablo de grupos étnicos son, en Colombia hay reconocidos cuatro grupos étnicos. Son los pueblos indígenas, según las estadísticas nacionales más de 87 pueblos diferentes, según los indígenas son 102 pueblos, hay tenemos una diferencia, eso en el camino se va superando; está la población afrocolombiana, comunidades negras, dentro los cuales están incluidos los palenqueros que viven en San Basilio de Palenque en el depto. de Bolívar; la población raizal del archipiélago que aunque digamos que fenotípicamente es negra pero cultural y lingüísticamente tienen otras condiciones entonces están reconocidos aunque ellos siempre hablan juntos, comunidades afrocolombianas, negras y raizales pero digamos que el grupo raizal está reconocido como tal; y los gitanos ese el cuarto grupo que está reconocido aquí en Colombia. Entonces cuando surge el Ministerio de la protección social se crea ésta dirección de promoción social y se crea un grupo que en su momento se llamó fue Equidad y Género y ahí metieron el tema de grupos étnicos. Después con el tiempo hicimos una revisión, un ajuste y entonces se crea es el Grupo de Asuntos Étnicos y de Género, que es donde estamos en éste momento.

AMS: Pero todo esto estamos hablando después de la Constitución de 1991?

DGC: Por eso te digo, antes de la Constitución en el Ministerio de Salud después de la normatividad que se creó, el Decreto 1811 del 80 y ese tipo de cosas, se llamaba Oficina de Asuntos Indígenas en el Vice ministerio de Salud. Hacia el año 2000 esa oficina pasó a Salud Pública y ya se llamaba era Dirección de Asuntos Étnicos en Salud Pública. Era como el grupo de Asuntos Étnicos y con la reestructuración del Ministerio pasamos nuevamente a ser un grupo y ahora se llama Asuntos Etnicos y de Género que depende de la División General de la Promoción Social. Porque en ésta Dirección se trabaja con todo lo que se define como población vulnerable,

entonces está el grupo de poblaciones prioritarias que trabaja todo el tema del desplazamiento, los reinsertados, reincorporados, todo el tema de conflicto en sus distintas modalidades, violencia intrafamiliar, etc. Está el grupo de ciclo de vida que trabaja digamos infancia, niñez, adolescencia, juventud y adulto mayor, está el grupo de discapacidad que trabaja el tema de discapacidad y está ahora el grupo de asuntos étnicos y de género que trabaja con éstos cuatro grupos étnicos más la temática de género.

AMS: Hay alguna norma o legislación que hable específicamente de grupos vulnerables digamos?

(Interrupción, un equipo de mantenimiento viene a arreglar las persianas de la oficina).

DGC: Digamos que todo parte de la ley, si mi memoria no me falla, que habla de todo el tema de la protección Social creo que es la ley 782 del 2000,

AMS: Ah el Sistema de protección Social, 789

DGC: Que habla de todo el tema, de ahí es que sale la idea de crear un Ministerio de Protección Social y entonces como Salud y trabajo tienen digamos esos componentes se juntan los dos.....

(Interrupción por parte del personal de mantenimiento que arregla las persianas. El ruido hace que detengamos la entrevista por un momento).

El concepto de vulnerabilidad, de riesgo y de protección social pues viene de esa normatividad que empezó a salir y además de todo el movimiento como a nivel de América Latina y de Estados Unidos sobre el tema de la protección social, entonces desde ahí comienza todo.

A las comunidades indígenas el concepto de vulnerable no es de sus afectos digamos, en el sentido que ellos consideran que ese concepto los discrimina más

porque los hace como los menos de los menos, pero eso digamos que también está en discusión con ellos pero digamos que en ese marco, en esa dirección pues se trabaja con ellos por considerarlos población que está en situación de pobreza y que está en situación de vulnerabilidad más grande que el resto de la población, igual como están las personas con discapacidad y ese tipo de cosas. Aunque el tema digamos étnico no es un tema exclusivo de acá porque nosotros tenemos que trabajar con todas las demás dependencias del Ministerio porque pues en Salud Pública desarrolla las políticas de Salud Pública entonces nosotros debemos verificar que ésta población esté incluida dentro de él, digamos que nuestra labor es como gestionar, coordinar, nosotros trabajamos con la formulación de políticas y digamos que lo trabajamos con la misma gente y lo trabajamos con las distintas dependencias del Ministerio para hacer un trabajo más o menos integral.

AMS: Para el Ministerio de Protección, quienes son indígenas o sea qué definición legal toman ustedes?

DGC: Nosotros tomamos como base lo que está establecido, los indígenas son los que están reconocidos y sus autoridades tradicionales están registradas ante el Ministerio del Interior y Justicia. Nosotros no definimos quien debe o no debe ser indígena esos son estudios etnológicos que se hacen desde el Ministerio del Interior, nosotros reconocemos eso y reconocemos a las personas que vengan con su carta de que son indígenas, o sea nosotros no tenemos el criterio para cuestionar, para decir usted si es o no es o sea nosotros trabajamos con toda la población que se denomine indígena y que tengan o no tengan legalizado un territorio porque no necesariamente todos tienen su territorio legalizado.....

(Interrupción: El equipo de mantenimiento finaliza su labor y pide a la Doctora Carrioni su firma).

AMS: Volviendo al tema de la vulnerabilidad, me he entrevistado de manera informal con algunos taitas o dirigentes de algunos cabildos o algunas comunidades indígenas aquí en Bogotá y ellos tienen un conflicto o aparente conflicto puesto que ellos no están obligados a inscribirse al SISBEN, verdad?

DGC: Para salud, para su afiliación al Regimen Subsidiado que es básicamente donde está la población indígena, no se exige el requisito de estar inscrito en el SISBEN que es una metodología pues para clasificar socioeconómicamente a la población, ellos lo que hacen es que elaboran lo que se denomina un listado censal donde incluyen los nombres de todas las personas, edad, sexo, si tienen algún tipo de discapacidad, su documento de identificación si lo tienen, firma la autoridad tradicional del resguardo, del municipio y sobre ese listado censal el Alcalde del Municipio verifica que efectivamente esas personas están y sobre ese listado censal es que se hace la afiliación de las personas al SISBEN.

Ellos anualmente según como dice la norma, ellos anualmente lo estaban actualizando, ahora lo pueden actualizar en cualquier momento, ahora en cualquier momento también se pueden afiliar, porque antiguamente era en ciertas épocas del año para afiliación ahora según la nueva normatividad ya en cualquier momento la persona se puede afiliar,

AMS: Al SISBEN?

DGC: A salud, es que el SISBEN no es una afiliación es un instrumento de focalización de la población en donde se clasifica la población por estratos socioeconómicos, entonces como los indígenas no están estratificados y en el SISBEN se hizo un análisis de que las variables que se utilizan en el SISBEN no aplicaban entonces se optó para salud, que para ellos afiliarse al sistema de salud elaboren es un listado censal y no aplican la encuesta SISBEN.

Pero si el indígena como individuo quiere que lo “sisbenizen” eso ya es voluntad propia porque para los otros programas sociales del gobierno, sí les exigen SISBEN, entonces ya ahí tenemos un problema que se ha ya puesto en discusión a nivel nacional de que debería existir un solo mecanismo de identificación de los indígenas y que ojalá fuera el listado censal es lo que plantean los indígenas para que todos los programas sociales a los cuales ellos puedan acceder simplemente sea a través del listado censal.

AMS: Porque el conflicto sería si ellos simplemente están en el listado censal se les reconoce como indígenas?

DGC: No, no tiene nada que ver. Haber, el listado censal no es para reconocerlos como indígenas, el reconocimiento como indígenas se hace a través del Ministerio del Interior con estudios etnológicos que ellos hagan y las autoridades tradicionales de cada resguardo anualmente mandan los nombres de sus autoridades allá y nosotros tomamos como base esas autoridades para poder validar la información.

AMS: A lo que me refiero es porqué ellos querrían afiliarse al SISBEN y no estar en el listado censal?

DGC: No. Vuelvo y te digo, el SISBEN no es una afiliación, el SISBEN no es salud, el SISBEN no es educación, el SISBEN es un instrumento, así como yo te hago una encuesta, yo voy y te pregunto, usted tiene televisión, usted tiene luz, es una encuesta, un instrumento que permite al Estado saber su población en que nivel socioeconómico está, eso es el SISBEN, el SISBEN no es una afiliación. Que te dan un carné donde te dices yo estoy en el SISBEN 3 en SISBEN 2 porqué, porque cuando tu vas a solicitar servicios, de acuerdo al nivel del SISBEN te cobran un porcentaje, entonces si la persona no está afiliada a salud, si está en el nivel 1 del SISBEN, no sé cuánto es el porcentaje, X le cobran por la atención, entonces los indígenas no llenan ese instrumento, los indígenas lo que hacen, para salud, te estoy hablando exclusivamente para salud, elaboran un listado censal que es una lista así como se llama, donde están los nombres de todas las personas de ese resguardo, de ese cabildo o de esa comunidad, dependiendo de donde estén, si tienen identificación, la edad, el sexo entre otras cosas, ese listado lo firma la autoridad tradicional y se lo entrega al alcalde del municipio y ese es el listado que el alcalde le entrega a la EPS para que los afilie.

AMS: Ok, en salud se maneja así.

DGC: Ese es el problema que hay que si ellos quieren subsidios de vivienda por

ejemplo entonces el Ministerio les exige que muestren en qué nivel del SISBEN están porque de acuerdo al nivel del SISBEN, es el tipo de subsidio que le dan para vivienda, entonces la discusión que hay a nivel nacional, lo que solicitan los indígenas es que no hayan dos instrumentos así sino que sea uno solo y ojalá fuera el listado censal que es el que nosotros consideramos es el más cercano a la realidad porque lo hacen las mismas comunidades, o sea que si ellos quieren un subsidio de vivienda pues que tomen como base el listado censal, que si quieren un subsidio de educación, que si quieren afiliarlos a la salud también sea, es como la idea, así como el SISBEN se utiliza para el resto de la población, pues que para la población indígena sea el listado censal.

AMS: Que prioridades tiene la Dirección de Asuntos Étnicos en relación con los indígenas en materia de salud?

DGC: No, **la prioridad la van dando ellos**, o sea, está dada en el sentido de que existe un grupo que trabaja con ellos y está dada en la medida en que, o sea nosotros partimos también de la demanda que ellos nos hacen y les entregamos la oferta que tiene el Ministerio para trabajar con ellos, entonces eso depende de las necesidades y las problemáticas que se vayan presentando en cada territorio.

AMS: Pero la idea por ejemplo de que la población indígena esté afiliada al Régimen Subsidiado en su totalidad, eso no es una prioridad del Ministerio o como se maneja eso?

DGC: No solamente para los indígenas, **la prioridad es afiliar a toda la población del país al Régimen Subsidiado, los que están sin capacidad de pago**, los que tienen capacidad de pago pues tienen que estar en el contributivo. El tema por ejemplo de afiliaciones no lo manejamos nosotros directamente, pero nosotros sí hacemos gestión con la dependencia que maneja el tema para que, digamos en toda la normatividad que sacan sobre el régimen subsidiado esté incluida la población indígena para que también los afilien al sistema y hay una norma especial para la población indígena que es la ley 691 de 2001 donde habla de cómo participan ellos en el sistema, es una ley especial.

AMS: O sea desde aquí desde la dirección cuál es la comunicación con los indígenas, es decir qué se está haciendo?

DGC: Por eso te digo, depende de la necesidad, estamos trabajando formulación de políticas, estamos trabajando en la formación de personal de salud, estamos trabajando modelos de atención, estamos trabajando el tema del desplazamiento (ininteligible) estamos trabajando planes específicos de atención, cuando hay cosas puntuales pues se va al territorio y se capacita sobre derecho y deberes, por eso te digo depende de las necesidades y de las problemáticas que se vayan planteando.

AMS: Y hablan directamente con comunidades, o por ejemplo con organizaciones como la ONIC?

DGC: Depende de la situación, de las circunstancias, hay reuniones en las cuales estamos con autoridades, con médicos tradicionales, con organizaciones indígenas, depende de las temáticas, depende de lo que ellos están solicitando, a veces la intermediación se hace con las organizaciones indígenas, otras veces la intermediación se hace directamente con las autoridades tradicionales otras veces con las Secretarías de Salud que son las que hacen el enlace con el territorio, depende, nosotros trabajamos directamente con los indígenas, llámense organizaciones, llámense autoridades, llámense cabildos.

AMS: Ok y dentro de éstos programas del Ministerio de Protección hay específicos tratando de conciliar esas dos visiones?

DGC: Eso es lo que estamos trabajando desde acá, desde ésta dependencia, y lo estamos haciendo inicialmente a través de modelos, en muchas zonas del país se está trabajando el tema de modelos de salud propios, entonces es ahí donde ellos hacen el ejercicio con el apoyo del depto o del distrito de levantar información, diagnosticar y definir cuales son sus necesidades y prioridades en salud y cual es el tipo de atención y cómo debe estar vinculada la medicina tradicional. Eso se trabaja a nivel de los modelos, eso se está trabajando hace varios años pero todavía el

modelo no existe, empezando por ahí, no existe un modelo único sino que cada grupo lo va trabajando.

AMS: Su forma de trabajo, es decir de acuerdo con las demandas de esa población, ustedes van ofreciendo el tipo de programas que podrían adecuarse a éste?

DGC: y de acuerdo a lo que ellos tienen derecho en el marco del sistema, entonces, si ellos tienen derecho al aseguramiento pues se trabaja con aseguramiento para que ellos estén asegurados, se trabaja con salud pública para que estén incluidos en los planes de salud pública y en los programas de salud pública que se desarrollan en los territorios, si me entiende, es decir trabajamos desde las necesidades de ellos pero también en el marco de lo que ellos tienen derecho en el sistema de salud.

AMS: Ok y en éste concepto de la vulnerabilidad se maneja más del lado de la pobreza o del lado de la diversidad como grupos étnicos?

DGC: Nosotros lo que manejamos es que éstas poblaciones, llámense grupos étnicos o cualquier tipo de población, los servicios que se presten y las atenciones que se den, pues deben tener en cuenta sus características y necesidades y la situación de conflicto en la cual viven, el medio geográfico donde están ubicados, o sea nosotros miramos, nosotros estamos en el marco del tema de la vulnerabilidad pero manejamos más ahora el enfoque diferencial, hablamos más de una atención diferencial que tenga en cuenta sus características socioculturales, su forma de ver el mundo, su medicina tradicional, su entorno geográfico, la relación que tienen con los otros grupos, ahora el tema de estar enmarcados en una situación de conflicto, todo eso lo miramos y todo eso es lo que trabajamos con ellos, y en esa medida es que miramos la situación. Se menciona el tema de la vulnerabilidad porque estamos en esto, pero como te digo no es un... pues, está ahí pero ya sabemos que está ahí pero que no es un concepto que sea muy....

AMS: Apropiado para ellos?

DGC: Ellos lo consideran no apropiado pero todavía no hemos entrado en las

discusiones de porqué pero esas discusiones se dan en el marco de cuando estemos trabajando los modelos.

AMS: Teniendo en cuenta la manera de trabajar de la Dirección, es decir de acuerdo con las demandas de las comunidades, entenderíamos que hay un grado total de aceptabilidad dentro de esas comunidades a los programas que se les ofrece?

DGC: Pues es que mira, ellos están dentro del sistema y están dentro del sistema no porque tengan derecho a ello solamente sino porque ellos tienen empresas de salud. Ellos tienen sus entidades Promotoras de Salud EPS y tienen sus prestadores de salud también. Entonces en esa medida pues se trabaja con ellos a todo nivel, porque ellos forman parte, ellos son actores del sistema de salud. La cuestión ahora es que se está planteando que ellos quieren crear un sistema propio de salud, entonces vamos a trabajarlo a ver qué sale.

AMS: Lo que ellos demandan de pronto es más autonomía para hacer sus cosas?

DGC: Si. Autonomía administrativa, autonomía de recursos, pero pues hay cosas que todavía no son tan sencillas mientras no tengamos algo muy estructurado porque en algunas zonas no existen EPS ni EPS indígenas y se trabaja de otra manera, entonces todo eso hay que articularlo porque en algunas zonas dicen “no, nosotros no queremos EPS indígenas, nosotros queremos es volver al esquema anterior del sistema nacional de salud donde las cosas nos llegaban directamente y no teníamos intermediarios”. Para algunas zonas del país las EPS llámense indígenas o no son intermediarios, entonces, todo eso se trabaja con ellos y todo eso también como te digo, inicialmente lo veníamos trabajando en el marco de modelo, ahora la idea es ver cómo articulamos éstos modelos a lo que ellos están planteando de un sistema de salud propio.

AMS:Cuál es el mayor problema que tiene ahorita la Dirección de Asuntos Étnicos en relación con las comunidades indígenas?

DGC: Nosotros siempre hemos tenido dificultades desde el punto de vista

económico o sea quisiéramos tener más recursos porque hay muchas demandas y muchas necesidades y más personal para trabajar y ojalá no necesariamente todo el personal desde nivel nacional sino contar en los territorios con personal que pueda apoyarnos en el trabajo porque no en todos los departamentos, o sea no en todas las secretarías de salud hay un referente que se dedique exclusivamente al tema sino que como tú sabes que existe la descentralización administrativa, entonces, en los territorios han reducido también mucho al personal entonces la misma persona que maneja aseguramiento, le toca manejar equipos, si me entiendes, entonces si quisiéramos de pronto tener a nivel territorial personas que se dediquen exclusivamente, que sean nuestros interlocutores con la comunidad para trabajar el tema, o sea en ese sentido sí nos hace falta personal sobretodo a nivel territorial. Hay gente muy buena a nivel territorial con la que venimos trabajando pero muchas veces pues no tienen el tiempo suficiente porque tienen que trabajar los otros programas o tampoco se cuenta con los recursos suficientes a veces a nivel territorial para poder trabajar entonces a veces nos toca como trabajar con las uñas y pues eso dificulta porque a veces hay muchas iniciativas, muchas propuestas, pero no podemos apoyarlas a todas porque no tenemos los recursos suficientes.

AMS: Y hablando de comunidades indígenas en materia de salud pública, cuál sería el principal problema que ellos enfrentan ahora?

DGC: En éste momento tenemos un gran problema de desnutrición en niños, en muchas zonas del país se están presentando muchos casos de desnutrición aguda y severa, muertes por desnutrición y muchos problemas de enfermedades infecto contagiosas y respiratorias y que muchas veces digamos hay problemas para el acceso sobretodo en las zonas más apartadas, o las zonas selváticas, por ejemplo el Chocó, en donde para acceder a los servicios de salud es muy complejo, varias horas por río, varias horas caminando, en algunas zonas es por avioneta, entonces eso también impide que ellos puedan acceder más rápidamente y más fácilmente a los servicios, entonces ya cuando llegan a solicitar los servicios pues ya están en unas condiciones de salud muy malas, entonces eso también nos ha impedido pues que de pronto se solucionen más fácilmente los problemas, por esas dificultades de acceso, porque están en una zona de difícil acceso, además ahora están en zona de

conflicto que hace que muchas veces ni siquiera la salud pueda entrar a los territorios, ni siquiera la misión médica la dejan entrar, entonces eso hace que se aumenten los casos de desnutrición, se aumenten los casos de infecciones respiratorias, de infecciones diarreicas, a veces eso está atado a problemas de agua y saneamiento que no son directamente de nuestra competencia pero que afectan la salud porque hay muchas zonas en donde no hay agua potable y no hay condiciones adecuadas de saneamiento entonces, o sea, también la cuestión es que la salud no la podemos mirar exclusivamente, sino que la salud hay que mirarla así como la ven ellos de manera más integral, todo lo que está alrededor, lo que llamamos los determinantes sociales de la salud, si no tienen una buena vivienda pues afecta la salud, si no tienen agua potable les afecta la salud, si no tienen territorio pues también les afecta la salud, o sea todo ese tipo de cosas son las que nosotros miramos cuando ellos quieren trabajar un modelo, entonces qué se requeriría tener para que ellos puedan acceder a unos servicios de salud que sean adecuados pero que también tengan en cuenta las dos medicinas.

AMS: Se dice que la Constitución de 1991 marcó un cambio en lo que tiene que ver con los indígenas al reconocerles la diversidad cultural, eso qué ha significado en materia de salud, en relación con lo que había antes y con lo que hubo después del 91, qué repercusiones?

DGC: Ya se venían haciendo cosas, lo que hizo la Constitución de 1991 fue reforzarlo y darles digamos una connotación, cuál sería la palabra, digamos antes era como más focalizada desde salud, y ahora ya es una cuestión mucho más, cuando tu hablas de una Constitución, no sé cómo explicarte o sea es como algo más grande, no sé cuál sería la palabra para decirlo, obviamente lo que hace la Constitución es que refuerza lo que ya se venía haciendo y abre el espacio para que se puedan hacer muchas cosas más, además después de la Constitución pues viene el Convenio 169 de la OIT que ratifica Colombia también en el año 1991, entonces eso te abre el espectro mucho más, te abre el espectro al tema de la consulta y de la contratación, si todo está soportado desde la Constitución pues tiene más peso.

AMS: Pero igual antes de 1991 se venían haciendo cosas?

DGC: Si se venían haciendo cosas, claro se venían haciendo cosas interesantes, lo que hace la Constitución es reforzarlas y proyectar más a nivel nacional, ya no solamente esas experiencias locales de pronto que habían sino que ya se mira desde el nivel nacional.

AMS: Hablando nuevamente del concepto de vulnerabilidad que es más asociado al de pobreza, ustedes trabajan con comunidades pero digamos se focalizan en los más pobres, digamos, esa población que tiene contrato de trabajo y que están dentro del régimen contributivo que pasa con ellos?

DGC: No. Nosotros no focalizamos por eso, nosotros trabajamos con todos los pueblos indígenas focalizamos es a quien, como te digo, priorizamos es a quien nos vaya presentando sus proyectos, o que se hayan identificado en el territorio que tienen mayores problemas de acceso de recursos de salud o que se han identificado situación de desnutrición o eso, o sea uno sabe que obviamente la mayoría de las enfermedades de los pueblos indígenas pues están asociadas a la pobreza y a las condiciones en que se encuentran, pero como te digo, se va focalizando en la medida en que se van identificando esas problemáticas y en la medida en que ellos mismos también van solicitando ciertas cosas, van demandando lo que el Estado les puede ofrecer. Entonces la focalización viene dada por ellos mismos y por las condiciones que a veces en algunas zonas son mucho más críticas que en otras, la cuestión es que muchas veces el problema radica de pronto en su nivel organizativo, o sea, de pronto hay algunas comunidades que están en condiciones más desfavorables que otras pero su nivel organizativo no es, por ejemplo si tu pones al Cauca, frente a una organización indígena de Arauca, obviamente el Cauca tiene mucha más trayectoria, mucha más experiencia, tiene más relacionamiento, cada vez que hay algún tipo de oferta pues ellos están ahí mientras que éstos están menos, o sea tienen su organización pero quizá es más débil, no tienen tanto relacionamiento con el Estado, a veces también eso puede afectar y puede que de pronto todas las ofertas se están yendo a poblaciones que tienen más posibilidades de acceder a eso que las otras, entonces también a veces tratamos es

de buscar aquellas que tienen menos acceso, que han sido menos apoyadas económicamente para poder entonces focalizar y trabajar con ellos. Ello no significa que descuidemos a las otras, sino que simplemente tratamos que si hay otras zonas en el país en donde tienen unas condiciones un poco más desfavorables que éstas entonces pues trabajamos con ellas, pero también sobre la demanda que ellos nos hagan porque la idea no es imponer programas, no es imponer metodologías sino que sea una cuestión trabajada de manera conjunta y que ellos no sientan que llegamos allá como con paracaídas y les impusimos los programas sino que tenemos voluntad de consultar y trabajar con ellos.

AMS: Haciendo una especie de comparación por ejemplo entre comunidades indígenas y comunidades afro descendientes tendrían los mismos problemas a nivel de desnutrición?

DGC: Hay problemas similares lo que pasa es que las condiciones son diferentes, digamos uno no podría y los procesos sociales y la historia que cada uno ha tenido ha sido distinta, entonces no los puedes poner digamos como así, a veces las comparaciones no son muy buenas, pero digamos que en ciertas zonas del país donde está la población afro que está también digamos que en los mismos espacios físicos donde está la población indígena pues pueden tener condiciones similares, pueden tener condiciones similares de desnutrición aunque no se evidencia tanto en población afro como en población indígena, pueden tener también problemáticas de enfermedades infectocontagiosas, porque también están en zonas donde no hay agua potable no hay saneamiento, pueden haber situaciones comunes pero hay otras también que son diferentes, entonces en esa medida se va trabajando de manera diferencial, o sea los modelos que se están trabajando para población indígena, sus principios y sus componentes mismos nos pueden servir de base para trabajarlos con los afro pero allá saldrán cosas diferentes.

AMS: Aclaro, eso quiere decir que aparte de esos determinantes sociales como la ubicación geográfica, la violencia y todo esto, si hay, para focalizarse en comunidades indígenas o comunidades afro, hay programas diferentes?

DGC: No, no es que sean programas diferentes, los programas siguen siendo los mismos pero se adecuan de acuerdo a las características socioculturales y demográficas y el perfil epidemiológico. Tú no puedes llegar con un programa que tú has adecuado con un médico tradicional que hace unos rituales a llevárselo a la población afrodescendiente, porque ellos no tienen ese tipo, su medicina puede ser diferente, su forma de relacionamiento con las plantas puede ser otra, entonces tú no puedes llegar y decirles: “como esto es para indígenas entonces si está igualito cópienlo”....no....Sino que cada programa se va trabajando con cada uno y se le van haciendo las adecuaciones y los ajustes que se requieren, Que hay unos requerimientos mínimos para todo el mundo, sí, porque todos tienen derecho a la salud. Hay unos mínimos para todo el mundo pero ya es en la aplicación en el terreno, en la prestación de los servicios, en la forma cómo se le van a prestar los servicios, cómo se van a prestar, depende. Lo mismo pasa con indígenas, no necesariamente lo que se trabaja en el Cauca y como lo trabajan ellos va a ser exactamente igual a como lo vas a trabajar en la Amazonía. Son indígenas pero son distintos. Están en medios ambientes diferentes, pueden tener problemáticas similares de salud, también acá hay desnutrición pero su perfil epidemiológico pues es diferente, sus enfermedades propias son diferentes, o sea simplemente lo que hacemos es que se trabaja con cada uno y se van adecuando.

AMS: Hablando de medicina tradicional de pronto me podría hablar brevemente de algunos programas que se han implementado con algunas comunidades en cuanto a medicina tradicional?

DGC: No, eso hasta ahora se está trabajando. Digamos que eso ha sido, el ejercicio de la medicina tradicional ha sido un ejercicio interno dentro de las comunidades, ahora en el marco de todo éste trabajo que se está haciendo con modelos ellos están haciendo el ejercicio de analizar qué de la medicina tradicional es lo que es, porque tampoco toda la medicina tradicional, o sea, el médico tradicional es muy celoso también de su conocimiento, no se lo va a mostrar ni se lo va a dar porque hay cosas que son propias y que sólo se manejan allá, la cuestión es cuando se relacionan las dos medicinas, o sea, aquí está lo que se trabaja desde la medicina occidental, aquí está lo que se trabaja desde la medicina tradicional, la cuestión es

cuando las dos se interrelacionan entonces qué es lo que hay que hacer, ese el ejercicio que ellos están haciendo de análisis y de investigación al interior de sus comunidades para ver entonces cómo hacemos para que éstas dos medicinas puedan trabajar de manera armónica, conociendo las limitaciones de la una y conociendo las limitaciones de la otra, conociendo quienes ejercen aquí y quienes ejercen acá y cuando llega la persona y tiene una enfermedad cómo va a funcionar la medicina tradicional y cómo va a funcionar la medicina occidental eso todavía está en trabajo. No existe ninguna norma que diga sobre la medicina tradicional y cómo se ejerce, no, porque eso depende, eso es un tema interno, nosotros hemos hablado con ellos y es como si ellos regularan la medicina occidental, o sea nosotros cómo les vamos a regular la medicina tradicional, pero si podemos regular el intermedio, cuando éstas dos se articulan y deben trabajar de manera conjunta, ellos regulan su medicina tradicional, designan sus estándares y ese tipo de cosas y nosotros hacemos la muestra, la cuestión es que cuando estamos en esa mitad entre las dos en eso sí nos tenemos que sentar a trabajar y a regularlo con ellos.

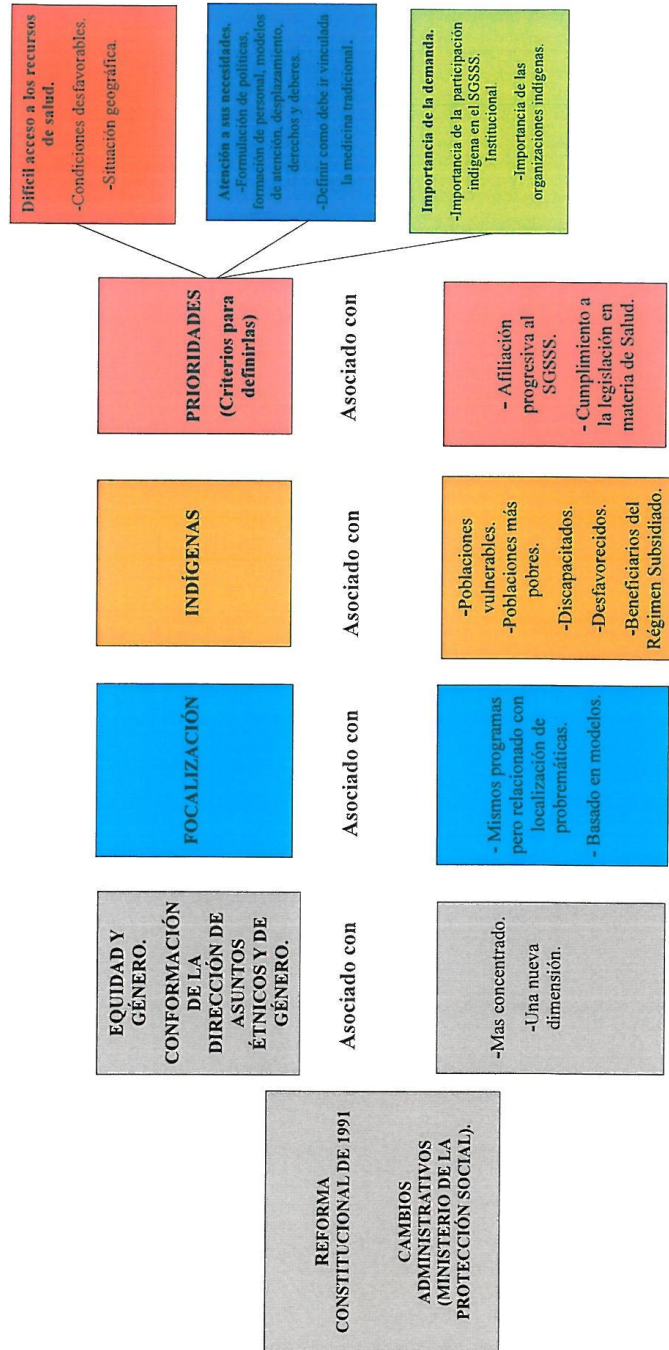
AMS: Bueno, creo que de mi parte no es más, eran como éstas directrices. Muchas gracias.

Abreviaturas

AMS: Adriana Muñoz Sánchez – investigadora

DGC: Doctora Gina Carrioni.

**DISCURSO DIRECTORA DEL GRUPO DE ASUNTOS ÉTNICOS Y DE GÉNERO
DEL MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL**



NUMERO DOS



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia
Dirección General de Planeación y Análisis de Política



SISTEMA INTEGRAL DE INFORMACION DE LA PROTECCION SOCIAL - SISPRO
SISTEMA DE GESTION DE DATOS - SGD

Consulta: Número de Afiliados a Salud, según por Régimen, según Etnia

Componente de la Protección Social	1 - SALUD
Estados de afiliación	AC - ACTIVO

Afiliado - Número Afiliados	Rótulos de columna		Total 1 - SALUD	Total general
	1 - SALUD			
Rótulos de fila	C - CONTRIBUTIVO	S - SUBSIDIADO		
INDÍGENA	19.600	482.180	496.674	496.674
ND - NO DEFINIDO	1	1	1	1
NEGRO, MULATO, AFROCOLOMBIANO O AFRODESC	38.256	434.218	464.181	464.181
NO REPORTADO	18.137.419	7.680.873	25.579.816	25.579.816
NR - NO REPORTADO	67	66	133	133
OTRAS ETNIAS	1.793.238	14.572.849	16.019.907	16.019.907
PALENQUERO DE SAN BASILIO	103	719	812	812
RAIZAL (SAN ANDRES Y PROVIDENCIA)	2.547	4.094	6.481	6.481
ROM (GITANO)	420	2.615	3.003	3.003
Total general	19.991.651	23.177.615	42.571.008	42.571.008

Fuente: SGD - Afiliaciones a la Protección Social RUAF, septiembre 30/10

