



Revista Facultad Nacional de Salud Pública
ISSN: 0120-386X
revistasaludpublica@udea.edu.co
Universidad de Antioquia
Colombia

González V, Lina A.

Análisis comparativo de modelos de atención en salud para población indígena en la región Andina
Revista Facultad Nacional de Salud Pública, vol. 33, núm. 1, enero-abril, 2015, pp. 7-14
Universidad de Antioquia
.png, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12033879002>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Análisis comparativo de modelos de atención en salud para población indígena en la región Andina*

Comparative analysis of health care models for the indigenous population of the Andean region of Colombia

Lina A. González V¹

¹ Antropóloga. Investigadora grupo Recursos Estratégicos Región y Dinámicas Socioambientales-INER. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Correo electrónico: alejandragonzalez.malaria@gmail.com

Recibido: 08 de abril de 2014. Aprobado: 05 de febrero de 2014. Publicado: 20 de enero de 2015

González LA. Análisis comparativo de modelos de atención en salud para población indígena en la región Andina. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2015; 33(1):7-14.

Resumen

Objetivo: realizar un análisis comparativo de cuatro modelos de atención en salud para población indígena en países de la región Andina, con el fin de aportar categorías de estudio útiles para el diseño y evaluación de modelos de atención en contextos indígenas. **Metodología:** se utilizó la técnica de análisis comparado en la revisión de casos puntuales de modelos de atención en Colombia, Bolivia, Chile y Venezuela. Se revisó, señalando y analizando de manera sistemática, la información de fuentes secundarias para extraer fragmentos y citas textuales que hicieran alusión a algún aspecto del modelo. Luego se conformaron conjuntos con elementos que fueran semejantes o diferentes y posteriormente se identificaron variables y parámetros para la comparación. **Resultados:** se proponen cinco categorías de estudio que pueden ser utilizadas al momento de analizar, diseñar y evaluar un modelo de

atención en salud en contextos indígenas: 1. Recurso humano, 2. Recurso físico, 3. Espacios de interacción y participación social, 4. Estrategias de gestión del modelo y 5. Aspectos filosóficos y conceptuales. **Conclusiones:** un amplio marco legal respalda la implementación de modelos de atención en salud para población indígena pero hay vacíos significativos en la conceptualización y definición de elementos estructurales de estos modelos. Éstos se han estructurado como ajustes a los sistemas nacionales de salud en respuesta a las tensiones que se generan en contextos sociales y culturales diversos. Los modelos con enfoque cultural son estrategias útiles para garantizar la equidad en salud.

-----*Palabras clave:* población indígena, accesibilidad a los servicios de salud, atención integral de salud, América del Sur.

+ Artículo, producto de la investigación “Pistas para la adecuación cultural de los servicios de salud para comunidades indígenas, analizando el caso de la Alta Guajira en la frontera Colombo-Venezolana” financiada por el CODI de la Universidad de Antioquia mediante la convocatoria de Menor Cantidad 2006.

Abstract

Objective: to conduct a comparative analysis of four models of health care for indigenous people in the Andean region of Colombia in order to provide useful categories of analysis for the design and evaluation of care models in indigenous contexts. **Methodology:** a comparative analysis was used when reviewing individual cases of care models in Colombia, Bolivia, Chile and Venezuela. Information from secondary sources was systematically reviewed and analyzed to extract fragments and quotations referring to some aspect of the model. Then, sets were formed with elements that were similar or different. Finally, variables and parameters were identified for the purpose of comparing. **Results:** five categories of analysis are proposed. These can be used to analyze, design, and evaluate a health care model for indigenous contexts.

The categories are: 1. Human Resource, 2. Physical Resource, 3. Spaces of social interaction and participation, 4. Model management strategies 5. Philosophical and conceptual aspects. **Conclusions:** A comprehensive legal framework supports the implementation of health care models for indigenous people, but there are significant shortcomings in the conceptualization and definition of the structural elements of the models. Health care models have been structured as adjustments to national health systems as an answer to the tensions that appear in socially and culturally diverse contexts. Culturally focused models are useful strategies to ensure health equity.

-----**Keywords:** indigenous population, health services accessibility, comprehensive health care, South America

Introducción

Después de más de cuatro décadas de iniciativas que promocionan estrategias para el desarrollo e implementación de Políticas Públicas que favorezcan la colaboración entre los sistemas médicos occidentales y tradicionales, los pueblos indígenas abogan hoy por sistemas y servicios de salud integrales y culturalmente apropiados que aporten positivamente al mejoramiento de su estado de salud y a su autonomía.

Es difícil incluir en una línea cronológica todos los eventos que impulsan el posicionamiento del enfoque intercultural de la salud como tema relevante en los debates sobre la garantía del derecho a la salud de los pueblos indígenas; sin embargo, algunos hechos son relevantes para esta discusión como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales firmado en la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en 1966, que aprueba el derecho a la salud con visión amplia y se refiere también al derecho a la salud con implicaciones colectivas. También el Convenio 169 de la OIT, firmado en 1989, parte V artículos 24 y 25, que reconoce el derecho a servicios de salud con pertinencia cultural.

El Convenio Constitutivo del Fondo para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de América Latina y el Caribe de 1992 y la resolución CD 37. R.5 de la Organización Mundial de la Salud (oms), conocida como resolución V de 1993, propone los principios orientadores para operativizar la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas (SAPIA), estrategia que buscó contribuir al logro de la meta de la oms: “Salud para todos en el año 2000”.

En el último quinquenio se han generado numerosas resoluciones y declaraciones, de las cuales son relevantes la Declaración sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, aprobada por la ONU en septiembre de 2007, específicamente el Artículo 24, y el Plan andino de salud

intercultural, oficializado por los ministros y ministras de Salud del Área Andina con las Resoluciones REMSAA XXVII/417 2006 y REMSAA/438 2007, que concentran sus esfuerzos en diseñar un Análisis de la Situación de Salud (ASIS) que incluya indicadores epidemiológicos diferenciales para pueblos indígenas.

La identificación de experiencias exitosas o no, en el diseño e implementación de modelos de atención con enfoque intercultural requiere revisión, análisis y difusión entre los pueblos indígenas, las instituciones de salud y el nivel político. Este trabajo se concentra en la revisión sistemática de cuatro casos de adecuación cultural de servicios de salud para población indígena con el fin de analizar y comparar cada propuesta y poder proponer categorías de análisis que sean útiles para el diseño de futuros modelos de atención y la evaluación de los existentes.

Metodología

Este estudio partió de la comparación, como un método idóneo para la definición de categorías que permiten comprender los principios orientadores que han seguido las iniciativas de adecuación cultural de servicios de salud en la región Andina, así como para entender el cómo y el porqué de cada uno de sus desarrollos, aportando a la comprensión y conceptualización de la idea de modelo de atención.

Este estudio se aproxima a las generalidades de los sistemas de salud de los países en estudio; sin embargo, cabe advertir que los mismos están en permanente modificación, intentando ajustarse a situaciones no previstas: nuevas dinámicas en el proceso de implementación, algunos vacíos en la ley, los contextos nacionales y regionales particulares, etc. Para la siguiente descripción se revisaron aproximadamente treinta artículos de revistas científicas,

publicados entre los años 2005 y 2010, y alrededor de diez publicaciones de la OMS/OPS.

La comparación ha sido utilizada tradicionalmente en las ciencias políticas como un método de control para las generalizaciones teóricas; otros autores lo han utilizado para el análisis de sistemas de salud [1, 2, 3]. Para este caso en particular, se utilizó como un método útil para analizar de manera detallada los componentes y finalidades de un modelo de atención y para la construcción de categorías de análisis.

Para tal fin se definió un marco de criterios sobre el número y tipo de casos a estudiar, los fines específicos de la investigación, la literatura y el material documental disponible. La comparación se realizó en términos sincrónicos, es decir, los fenómenos estudiados pertenecen a tiempos históricos semejantes o equivalentes.

Siguiendo a Sartori [4] para aplicar el método comparado en esta investigación, fue necesario conformar un universo de casos de la misma clase con características iguales o diferentes, pero no en extremo, teniendo cuidado de: 1. No limitarse a un solo país; 2. No ignorar categorías de análisis pertenecientes a grandes teorías; 3. No clasificar incorrectamente; 4. No usar exageradamente el “más o menos”; 5. No usar de un solo concepto para denominar a todos los fenómenos de la misma manera.

En ese sentido se creó el universo de los modelos de atención en salud, de la clase: modelos de atención en salud para población indígena.

Una vez seleccionados los casos a comparar, se crearon conjuntos, según similitud y diferencia, con el fin de identificar si eran parecidos respecto a qué propiedad o atributo. Para ello fue necesario descubrir las semejanzas entre ellos y esto se logró individualizando las diferencias de cada uno de los casos. Al comparar fenómenos, los elementos que se identificaron como semejantes fueron tratados como parámetros, y los que se reconocieron como diferentes fueron tratados como variables. Se pretendió no buscar en extremo lo semejante o, en exceso, la diferencia. Cuando ciertos aspectos del modelo de atención se hicieron comparables, se corroboró que pertenecían a la misma clase y viceversa.

Se usó para esta comparación la lógica de la inclusión/exclusión y del más/menos, como razonamientos complementarios, pues “clasificar es una técnica de despliegamiento de conceptos, los descompone en atributos y características” [4]. De este conjunto infinito de atributos fue necesario seleccionar un reducido número de ellos para ser comparados y la clasificación se basó en su importancia respecto al problema de investigación formulado.

Como se mencionó en párrafos anteriores, esta investigación definió un marco de criterios para la selección de los casos objeto de estudio. La primera característica que se tuvo en cuenta fue que los sistemas de salud debían ser comparables; es decir, que las formas

de financiación, administración y prestación de servicios de salud en los países debían ofrecer elementos para la comparación y análisis. El segundo criterio considerado fue que los modelos de atención seleccionados debían responder a una política pública, lo cual quiere decir que la investigación analiza las adecuaciones en la prestación de los servicios en países cuya legislación exhorta a los proveedores de servicios a realizar cambios acordes a la realidad indígena (no se rastrearon casos para otros grupos poblacionales como afrodescendientes, campesinos, etc.) y, por último, que los contextos locales presentaran características sociales similares: que la población indígena objeto de la prestación de servicios de salud intercultural viviera en zona de frontera binacional, es decir, en contextos donde si bien hay una frontera geográfica para las naciones, no lo es así para los pueblos indígenas que transitan permanentemente en estos contextos binacionales.

Los casos sometidos al método de análisis comparado fueron Instituciones Prestadoras de Salud Indígenas (IPSI) en Colombia: Cabildos Indígenas, Errejería Wayuu y Sumuywajat, en la ciudad de Maicao, que dirigen su prestación a comunidades indígenas Wayuu; el Hospital Universitario de Maracaibo en Venezuela que atiende población Wayuu; el Hospital Makewe-Pelale, en la IX Región de la Araucanía, Chile, orientado al pueblo Mapuche; y el Hospital Regional Brocamonetos, Potosí, Bolivia, que presta sus servicios a los grupos étnicos Aymarás y Quechuas.

Después de realizar la selección de los casos puntuales, se buscaron fuentes secundarias de información y se elaboró un estricto sistema de fichaje que permitió organizar, actualizar y acumular de manera rigurosa los datos a través de fichas analíticas, extrayendo cada cita que hacía referencia al modelo de atención. En el momento del estudio no se contaba con ninguna categoría analítica, los fragmentos textuales fueron el insumo para la conformación de los conjuntos por similitud y diferencia. Una vez conformados los grupos se procede a una nueva revisión y análisis para formular las categorías de análisis de los modelos de atención.

Resultados

Los sistemas de salud son filtros para la interpretación de los modelos de atención y comprenden todas las organizaciones, instituciones y recursos que tienen como principal objetivo llevar a cabo actividades encaminadas a mejorar la salud de los ciudadanos. Las cuatro funciones principales de un sistema de salud se han definido como la provisión de servicios, la generación de recursos, la financiación y la gestión [5].

En Colombia, la ley 100 de 1993 crea el Sistema de Seguridad Social Integral, conformado por el Sistema

General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el Sistema General de Pensiones, el Sistema General de Riesgos Profesionales y los Servicios Sociales Complementarios. El SGSSS está integrado por organismos de dirección, vigilancia y control: Ministerio de la Protección Social, la Comisión de Regulación en Salud (CRES) que reemplazó al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) (Ley 1122 de 2007) y la Superintendencia Nacional de Salud. Organismos de administración (EPS, EPS-S y SPR) responsables de administrar la Unidad de Pago por Capitación (UPC), prima anual que provee el Estado. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS, IPSI, ESE), los empleadores, trabajadores, beneficiarios del Régimen Subsidiado y los espacios de participación social contemplados por la Ley 100 [6].

El SGSSS está compuesto por dos regímenes para afiliar a la población: el Contributivo y el Subsidiado; este último tiene como propósito financiar la atención en salud a las personas pobres y vulnerables y sus grupos familiares que no tienen capacidad para cotizar. Algunos de los grupos poblacionales que el sistema ha definido para seleccionar los beneficiarios del subsidio son: recién nacidos, menores desvinculados del conflicto armado, población del área rural, población indígena, mujeres en embarazo, población de la tercera edad, en general, población vulnerable sin capacidad de pago.

Por su parte, Venezuela cuenta con un sistema de salud dividido en dos sectores: uno privado y uno público. Dentro del sistema público se encuentra el sistema de salud convencional constituido por el Ministerio de Salud, las Direcciones de Salud y Desarrollo Social, el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), el Instituto de Previsión Social de las Fuerzas Armadas (IPDFA) y el Instituto de Previsión y Asistencia Social del Ministerio de Educación, Cultura y Deportes (IPASME) y además cuenta con el nuevo Plan de Salud Complementario creado por el Gobierno Bolivariano, denominado Barrio Adentro, que se basa en la Atención Primaria en Salud en los lugares con menores recursos de salud [7]. El sector privado está conformado por prestadores de servicios y compañías aseguradoras de salud [8].

El sistema de salud chileno es mixto, tanto en el financiamiento como en la prestación de servicios de salud. El sector público lo integran los organismos que componen el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS): el Ministerio de Salud (MINSALUD) y sus organismos dependientes, los Servicios de Salud, el Instituto de Salud Pública (ISP), la Central de Abastecimiento (CENABAST), el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional (SISP). Las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), son aseguradoras privadas de salud que administran la cotización obligatoria de quienes opten por adscribirse a ellas. Las ISAPRE pueden acordar con sus clientes primas complementarias para mejorar

los planes de salud. Las ISAPRE son fiscalizadas por la Superintendencia de ISAPRE (SISP) [9].

La función principal del SNSS consiste en brindar prestaciones de salud; su financiamiento proviene de un aporte fiscal al aseguramiento y la provisión pública; además, existe un aporte obligatorio de los asalariados. El componente público lo gestiona FONASA. Este Fondo recibe los aportes de los asalariados que escogen esta opción de aseguramiento, así como las transferencias del Presupuesto de la Nación para la atención de los indigentes y para el financiamiento de los programas de salud pública. El aseguramiento privado se hace a través de las ISAPRE [9].

El Sistema de Salud Boliviano está conformado por tres subsectores: el sector público, el de seguridad social y el sector privado. El subsector público está encabezado por el Ministerio de Salud y Deporte (MSD), de carácter normativo, de regulación y conducción de políticas y estrategias nacionales. En el ámbito regional, se encuentran las prefecturas, que son responsables de la administración de los recursos humanos. En el medio local, los gobiernos municipales son los encargados de la administración de los establecimientos de salud. El MSD incorpora en la política nacional de salud los siguientes lineamientos estratégicos: acceso a los servicios de salud, medicina tradicional, acceso a medicamentos, control y prevención de enfermedades y, finalmente, fortalecimiento institucional [10].

El subsector de la Seguridad Social atiende a los trabajadores asalariados, asegurando al cotizante y su grupo familiar. La Seguridad Social, incluye las Cajas de Salud, los seguros universitarios, la dirección general de previsión y el Instituto Nacional de Salud (INS). Dentro del subsector privado se incluyen las compañías de seguros, las compañías de medicina prepaga y las organizaciones no gubernamentales. Las compañías de seguro constituyen un receptor de fondos para financiar servicios de salud del sector privado. La principal fuente de recursos para estas organizaciones son los hogares y las empresas a través de pagos de primas por seguros de salud [10].

Según Gómez-Camelo [1], los siguientes son elementos semejantes entre algunos sistemas de salud: “en Bolivia y Venezuela no se ha dado una transformación verdaderamente estructural de los sistemas de salud, sino que se han hecho arreglos institucionales con la instauración de nuevos elementos”. Comparando a Chile y Colombia se observa que “se tiende hacia el aseguramiento universal a través de un conjunto de prestaciones básicas, una provisión mixta (público-privado) con regulación y rectoría estatal”. Comparando estos dos sistemas con Venezuela vemos que éste es divergente con esta forma de financiación ya que la principal fuente financiera del gasto público en salud es el gobierno central; Colombia comparte con Venezuela la idea de equidad como uno de los principios orientadores

del sistema. En Chile y Colombia la prestación está regida por las leyes de la oferta y la demanda.

Ahora bien, los modelos de atención para población indígena emergen en los marcos constitucionales de cada país y de las particularidades de los pueblos indígenas que son objeto de dichas adecuaciones. Todo sistema de salud opera en un contexto social y cultural diverso. En esta interacción se generan tensiones que obligan al sistema a realizar ajustes para poder garantizar, de manera plena, el derecho a la salud, alcanzar metas de cobertura, eficiencia e indicadores de salud que son relevantes para cada país. El diseño de modelos de atención para población indígena hace parte de estos ajustes y está respaldado por el marco legal de cada país. Este contexto legislativo y cultural ayuda a entender mejor cada uno de los aspectos que hacen comparables los casos de estudio seleccionados, ya sea por semejantes o diferentes.

Un contexto cultural lo configura el pueblo Wayuu en la frontera colombo-venezolana. Actualmente existen diversas iniciativas, tanto en Colombia como en Venezuela, que intentan ajustar culturalmente la prestación de servicios de salud a las comunidades Wayuu; un caso lo representan las IPSI existentes en el municipio de Maicao, departamento de La Guajira, Colombia. La constitución, naturaleza y organización de estas instituciones se ajusta al decreto 330 de 2001. Con base en éste, se expiden normas para la constitución y funcionamiento de Entidades Promotoras de Salud, conformadas por cabildos y/o autoridades tradicionales indígenas [...]. Las Entidades Promotoras de Salud, tienen como objeto garantizar y organizar la prestación de los servicios, y en el caso colombiano muchas EPSI han creado sus propias IPSI.

Además, se cuenta con la Ley 961 de 2001 que reglamenta la participación de los grupos étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia, así como con el acuerdo 326 de 2006 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud reglamentario de la ley 691, y la propuesta de Plan Integral de Permanencia y Pervivencia de los Pueblos Indígenas de 2010 incluida en el Plan de Desarrollo 2010-2014.

En Venezuela es la ley orgánica de pueblos y comunidades indígenas de 2005, la que de manera específica establece el marco legal y las directrices filosóficas para garantizar el derecho a la medicina indígena, la incorporación de la medicina tradicional indígena al sistema nacional de salud, la participación indígena en los programas y servicios de salud, los idiomas indígenas en la atención de salud, la capacitación del personal de salud, la definición y coordinación de las políticas de salud. De manera específica el Hospital Universitario de Maracaibo, se convirtió en la experiencia piloto de la iniciativa “Servicios de Atención

y Orientación al Indígena” (SAOI), impulsada por la Dirección de Salud Indígena del Ministerio de Salud.

Chile, por su parte, cuenta desde 1993 con la ley indígena (ley 19.253), que si bien no incorpora lineamientos sobre el derecho indígena a la salud y a la medicina tradicional, sí habla del reconocimiento, respeto y protección de las culturas indígenas; el uso y conservación de los idiomas indígenas, ajustes en el sistema educativo nacional a contextos indígenas, la promoción de las expresiones artísticas y culturales y la protección del patrimonio arquitectónico, arqueológico, cultural e histórico indígena. El hospital de Makewe-Pelale hizo parte de la serie Salud de los Pueblos Indígenas, impulsada por la OPS en el marco de la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas y los servicios de salud que presta están dirigidos al pueblo Mapuche [11, 12].

Bolivia cuenta con el reglamento del ejercicio de la práctica de la medicina tradicional (resolución ministerial No. 0231 de 1987), el cual define el concepto de medicina tradicional y medicina naturista, establece los requisitos para la autorización oficial de la práctica médica, así como los deberes y obligaciones para el practicante de la medicina tradicional. También define que las instituciones del Estado deben capacitar a los practicantes de la medicina tradicional en temas como atención primaria, control y vigilancia epidemiológica, etc. Adicionalmente, establece los requisitos para la apertura de establecimientos para la práctica de medicina naturista-tradicional, tarifas, etc.

Después de casi dos décadas se promulga el Decreto Supremo No. 28631 de marzo de 2006 que crea el Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad y en noviembre de 2008 se emite la Resolución Ministerial No. 1036 que aprueba y pone en vigencia la red municipal de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI), como política oficial del Ministerio de Salud y Deportes.

Las cinco categorías que se proponen a continuación, nacen del análisis y comparación sistemática de cada uno de los casos estudiados y pretenden ser una guía para el diseño y evaluación de modelos de atención:

1. *Recurso humano*: en esta categoría se sintetizan todas las citas bibliográficas que hacen referencia a la calidad, cantidad, nivel técnico, cargo, formación y aptitudes del personal dedicado a la prestación de un servicio de salud o a la interacción con el paciente y/o familia;

2. *Recurso físico*: hace referencia a las descripciones sobre infraestructura tecnológica e infraestructura física, diseños, decoración, materiales de construcción, distribución, adecuaciones lingüísticas, etc.;

3. *Espacios de interacción y participación social*: en esta categoría se resumen todos los fragmentos que describen espacios de interlocución, negociación y toma de decisiones;

4. *Estrategias de gestión del modelo*: citas que describen encuentros académicos, intersectoriales, de países, ajustes y cambios en el modelo a lo largo de su implementación, etc.;

5. *Aspectos filosóficos y conceptuales*: esta categoría considera todas las citas bibliográficas que definen conceptos, posturas filosóficas, que describen la metodología utilizada para la construcción e implementación del modelo.

Los dos aspectos del modelo con mayores elementos y avances son las categorías recurso humano y recurso físico. La figura de guía o facilitador intercultural es común a todas las propuestas de modelo de atención que se revisaron. Las descripciones sobre el perfil del guía intercultural son escasas, sin embargo se observa que el requisito fundamental es que sea bilingüe y líder de su comunidad. Una de sus funciones primordiales es la recepción de pacientes indígenas en los centros de atención y la traducción simultánea en la consulta médica. Todos los casos presentan vacíos en la vinculación de recurso humano indígena con formación profesional y de posgrado (médicos, odontólogos, administradores, etc.). En términos generales, la información presente en fuentes secundarias deja ver relaciones de hegemonía/subalternidad entre el guía cultural indígena y el personal médico de las instituciones prestadoras de servicios de salud. Si bien se observa una tendencia por vincular la figura de facilitador, con procesos de sensibilización cultural del personal de salud, hay vacíos en la definición de sus tareas y objetivos. El caso boliviano es el único que describe en la literatura un proyecto de formación de posgrado, encaminado a formar profesionales sanitarios en el manejo y problemáticas de salud indígena. El programa se desarrolló en asocio con la Universidad Autónoma Tomás Frías de Potosí y la Universidad Nacional Autónoma de México. Para el resto de casos no se encontró información documental sobre este último aspecto.

Los proyectos que buscan adecuación de espacios físicos son la segunda constante en los modelos de atención analizados. Éstos incluyen la señalización en lengua indígena de los espacios en los centros de salud, así como la adecuación de salas de espera, consultorios y salas de recuperación nutricional con elementos de la cultura material de los grupos étnicos que atiende; también se evidencia el uso de materias primas presentes en el contexto local en la construcción de espacios físicos de los centros de atención. Algunos cambios en la infraestructura física buscan garantizar mayor comodidad al/los pacientes que requieren tratamientos médicos de larga duración y, por lo tanto, mayor permanencia en el hospital o centro de salud. Otras adecuaciones físicas, como las del hospital Makewe Pelale, buscan ofrecer espacios para la práctica de la medicina tradicional.

La dimensión *gestión del modelo* presenta vacíos en su desarrollo. Si bien organismos internacionales como la OPS/OMS, el Parlamento Andino, el Organismo

Andino de Salud-Convenio Hipólito Unane (ORASCONHU) y la Comisión Andina de Salud Intercultural, propician espacios para encuentros internacionales donde concurren delegados de cada país, en su mayoría funcionarios de los ministerios de salud, faltan espacios de socialización de experiencias y de iniciativas locales que cuenten con la participación de los funcionarios que trabajan en terreno. Los encuentros de médicos que trabajan en contextos indígenas o de los agentes interculturales encargados de la recepción de pacientes, traducción e interacción con los demás agentes de las instituciones prestadoras son mínimos; sólo se observaron dos iniciativas de este tipo, una en Venezuela y otra en Chile.

Para el caso colombiano la IPSI de Maicao no informa sobre espacios de colaboración o articulación institucional con otros agentes del sistema de salud. Sin embargo, se pudo rastrear en fuentes secundarias que existe un proyecto en Alianza con la Universidad de Antioquia, la EPSI Anas Wayuu, Mediser IPS y la Universidad de Manitoba (Canadá) para la prevención, diagnóstico y tratamiento del VIH en comunidades Wayuu.

El caso que registra mayor número de encuentros interinstitucionales y de sistematización de experiencias es Chile, lo que se ve reflejado en la producción de material bibliográfico que describe el proceso llevado a cabo por este país. Venezuela, en menor número, también ha iniciado un proceso de sistematización de experiencias y registra publicaciones sobre el estado de salud de los pueblos indígenas del país.

En la línea espacios de interacción y participación social, la legislación ha avanzado para todos los casos ya que hay un marco legal y una Política Pública que respaldan el modelo y los espacios de participación previstos por la ley. En los cuatro casos la concurrencia es que la movilización social está impulsada por coyunturas políticas bien definidas: luchas reivindicatorias, relaciones de tensión con la implementación del modelo médico-hegemónico y la instauración de reformas a los sistemas de salud. Si bien para el caso colombiano los pueblos indígenas participan en la planificación de Políticas Públicas a través de la mesa permanente de concertación y en la administración y manejo de recursos del SGSSS por medio de EPS e IPSI, se identificaron pocos espacios con participación social real para la concertación del modelo que presta los servicios en la ciudad de Maicao.

En esta misma línea, el caso del hospital de Makewe-Pelale en Chile representa una de las experiencias más ricas; su trabajo de sistematización de experiencias revela un interés por la planificación y la reconstrucción de la historia interna y del proceso de consolidación del modelo de atención en este hospital.

Finalmente, en la línea de *análisis de aspectos filosóficos y conceptuales* fue difícil encontrar elementos

comunes; al ser un modelo de atención una construcción teórica traducida en un conjunto de acciones es necesario aclarar cómo el modelo entiende el proceso salud-enfermedad-atención, para así definir el conjunto de acciones que llevará a cabo. Tanto conceptualización como acción se esperaría que fueran coherentes. En los textos analizados se observa la apropiación de conceptos como interculturalidad, multiculturalidad, revitalización de la cultura indígena y medicina tradicional, pero no una definición clara de las nociones de salud, enfermedad y atención del grupo indígena objeto de atención médica.

Especificamente para el caso de la IPSI de la ciudad de Maicao, se expresa el respeto por la medicina indígena como objetivo misional; en el caso Chile se hace expreso el respeto por la medicina tradicional unida a procesos de recuperación de la identidad indígena Mapuche; y en Bolivia se ha dado mayor énfasis a la recuperación de los saberes en medicina tradicional. Para el caso colombiano se observa un intento por incluir el enfoque intercultural de la salud en la Atención Primaria en Salud (APS); para el caso venezolano hay un esfuerzo por incluir este enfoque no sólo a la APS sino a niveles de complejidad I y II. En la literatura revisada no fue posible identificar de manera clara espacios de reflexión con participación social para debatir el enfoque del modelo de atención, qué noción de modelo se adopta, y si es concordante o no con la visión de mundo y de salud del pueblo indígena al cual se dirige la prestación.

Discusión

Se pudo observar que en la interacción de las comunidades locales con los sistemas nacionales de salud, hay planteamientos políticos e ideológicos diversos que retan la capacidad estatal, para desarrollar y poner en práctica marcos legales que reflejen las necesidades y expectativas de la población. En los casos analizados se observa que para hacer operativos estos marcos legales, es necesario construir contextualmente una idea de interculturalidad, poniendo en evidencia las relaciones complejas de resistencia, poder, hegemonía/subordinación que atraviesan los universos sociales, culturales y políticos en una región y un país.

En cuanto a la gestión del modelo, se hace necesario avanzar en la construcción de indicadores para el seguimiento del desempeño de cada uno de los mismos. Es necesario estudiar el impacto de los modelos de atención en la mejora y garantía del derecho a la vida y la salud de los pueblos indígenas como parte de la gestión institucional. Además, revisar si la implementación de éstos ha producido cambios en la relación causal que existe entre inequidad social y salud de la población indígena, así como logros en la transformación de los determinantes sociales en

la salud de los pueblos indígenas: desnutrición, poca accesibilidad y disponibilidad de servicios de atención médica, poca participación social, entre otros.

Por ello, y en sintonía con la propuesta de la OPS [13], pensar la salud desde la perspectiva intercultural no es sólo un enfoque más, sino una estrategia real para lograr la equidad en salud y los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Ahora bien, en contraste con esta noción de interculturalidad, se observó que en el caso colombiano la lógica del mercado orienta la prestación de servicios, como se observó en las IPSI de la ciudad de Maicao. La adopción de un enfoque intercultural, las adecuaciones lingüísticas y del espacio físico parecen ser estrategias de mercadeo para captar nuevos usuarios y ampliar el número de afiliados. Se puede deducir que el sistema de salud y la legislación colombiana han creado un nuevo nicho de mercado, abriendo un nuevo problema de investigación sobre el uso del enfoque intercultural de la salud no como derecho sino como estrategia de mercado.

Este ejercicio comparativo devela tres tendencias en la implementación de modelos de atención para población indígena. La primera, busca incluir en el sistema de salud imperante las formas y agentes tradicionales de salud. Se abren consultorios para médicos y parteras habituales; la población recibe la atención acostumbrada en los centros de salud oficiales, enfoque reflejado en los casos de Chile y Bolivia. La segunda tendencia, privilegia el diálogo. Es integracionista, sus bases son la enseñanza-aprendizaje, donde transitan conocimientos de un agente a otro; entonces el personal médico occidental aprende de herbolaria y procedimientos tradicionales y los chamanes o médicos tradicionales aprenden las lógicas biomédicas, tendencia también presente en el caso de Chile. La última tendencia es relativista, donde las interacciones y los acontecimientos diarios definen el tipo de relación e integración; para esta última tendencia no hay un protocolo a seguir, es la sensibilidad del personal médico frente a los saberes populares y/o tradicionales de la salud lo que define la integración intercultural, como en los casos de Colombia y de Venezuela.

Finalmente, la literatura revisada sugiere que históricamente las reivindicaciones indígenas en contextos nacionales se habían centrado generalmente en procesos de titulación y legalización de territorios indígenas, acceso a la educación y el reconocimiento de los derechos lingüísticos [14]. En salud, las demandas estuvieron inicialmente unidas a la idea de adecuación lingüística y al derecho del enfermo a ser informado adecuadamente [15] estos ajustes culturales por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud no significaron una idea amplia de diversidad cultural ya que seguían existiendo inequidades y deficiencias en la calidad de la atención y prestación.

La comprensión de conceptos como multiculturalidad, interculturalidad, relaciones transculturales y etnicidad se hace relevante para entender lo diverso y respetar lo culturalmente diferente, pero va más allá de lo discursivo y se debe centrar en el quehacer diario del ejercicio médico y en cada una de las interacciones que propicia un sistema de salud. Por ello hoy la reflexión sobre lo cultural se hace urgente en cualquier sujeto que interactúa con un sistema de salud, sea o no minoría étnica, sea o no administrador, prestador o usuario.

Referencias

- 1 Gómez-Camelo D. Análisis Comparado de los Sistemas de Salud de la región Andina y El Caribe. *Rev. Salud Pública* [revista en Internet] 2005 [acceso 14 de octubre de 2008]; 7(3): [305-316]. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v7n3/v7n3a06.pdf>.
- 2 De los Santos-Briones S, Garrido-Solano C, Chávez-Chan M, Análisis comparativo de los sistemas de salud de Cuba y Canadá. *Rev Biomed* [revista en Internet] 2004 [acceso 14 de octubre de 2008] 15:[81-91]. Disponible en: <http://www.revbiomed.uday.mx/pdf/rb041522.pdf>.
- 3 Yepes Lujan F. Análisis comparativo de los sistemas de salud. *Salud Pública Méx.* 1991; 33 (4): 392-395.
- 4 Sartori G. La Comparación en las ciencias sociales. Madrid: Alianza; 1994.
- 5 Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2000: Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra: OMS; 2000.
- 6 Puerta S, Dover R, Álvarez O, Giraldo W, Llanes C, Gómez I. et. al. Guía práctica de orientación al usuario del Régimen Subsidiado. Medellín: Universidad de Antioquia, Instituto de Estudios Regionales, Colciencias; 2006.
- 7 Organización Panamericana de la Salud. Perfil del sistema de servicios de salud de Venezuela. Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud de la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS/OMS. Washington D.C.: OPS/OMS; 2001.
- 8 Duarte M, Ortega M, Mora L, Coromoto N. Un modelo de atención en salud al pueblo Wayuu en la frontera colombiano-venezolana. *Rev. Panamá Salud Pública.* 2011; 30(3): 272-8.
- 9 Organización Panamericana de la Salud. Perfil del sistema de servicios de salud de Chile. Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud de la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS/OMS. Washington D.C.: OPS/OMS; 2002.
- 10 Organización Panamericana de la Salud. Perfil del sistema de servicios de salud de Bolivia. Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud de la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS/OMS. Washington D.C.: OPS/OMS; 2001.
- 11 Álvarez, N. "Interculturalidad". En: Salud y desarrollo de comunidades Mapuche: Estudio de Caso en Makewe Pelale. Temuco: Universidad Católica de Temuco; 20. 2005.
- 12 Boccara, G. Del Buen Gobierno en Territorio Mapuche. Notas acerca de una experiencia en salud complementaria. *Cuad. antropol. soc.* [revista en internet] 2004 julio/diciembre. [acceso de 16 de octubre de 2008]; (20). Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1850275X2004000200008&script=sci_arttext.
- 13 Organización Panamericana de la Salud. Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas. Informe del Área de tecnología y Prestación de servicios de salud. Washington: OPS/OMS; 2008.
- 14 Gros, Ch. Política de la Etnicidad: Identidad, estado y modernidad. Bogotá: ICANH; 2000.
- 15 Coloma C, Dion M. "Los pueblos indígenas y la salud". En: Seminario-Taller Los pueblos indígenas y la salud; Winnipeg. 1993. OMS/OPS; 1993.