



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

**ANÁLISIS DE LA POLÍTICA PÚBLICA EN SALUD PARA
LOS INDÍGENAS RESIDENTES EN BOGOTÁ D. C: 2008 – 2012**

**USYAKXNXI EÇ NE´JWE´SXA´S JXUKAISA JXPEICXA UJNXI
KWE´SX WETH WETH FXI´ZXEWA´JA´S YATSKA THE´J
NZXUUNTXI, NAA BOGOTAA CHHABTE´ U´PSATX 2008 – 2012**

JAIME COLLAZOS PALCO

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Derecho, Ciencias Políticas y Sociales
Bogotá, Colombia
2014

**ANÁLISIS DE LA POLÍTICA PÚBLICA EN SALUD PARA
LOS INDÍGENAS RESIDENTES EN BOGOTÁ D. C: 2008 – 2012**

**USYAKXNXI EÇ NE´JWE´SXA´S JXUKAISA JXPEICXA UJNXI
KWE´SX WETH WETH FXI´ZXEWA´JA´S YATSKA THE´J
NZXUUNTXI , NAA BOGOTAA CHHABTE´ U´PSATX 2008 – 2012**

JAIME COLLAZOS PALCO

La tesis presentada como requisito parcial para optar al título de:

Magister en Políticas Públicas

Director: André-Noël ROTH DEUBEL Ph.D.,
Doctor, Ciencias Económicas y Sociales – mención Ciencias Políticas

Línea de Investigación:
Análisis de las políticas públicas

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Derecho, Ciencias Políticas y Sociales
Bogotá, Colombia

2014

(Dedicado a)

Este trabajo lo dedico a mis ancestros, a mis autoridades, a mis hermanos Nasa y a mi seres queridos que me rodean y siempre me acompañan, como lo hacen los grandes espíritus de la madre naturaleza (Uma Kiwe, Tai, Ksaw, Ikwes y ekthe Wala)

A mis padres, esposa, hijos, hermanos, Maestros, maestras y amigos

Agradecimientos

Mis más sinceros agradecimientos a la Maestra Carolina Wenholz y al maestro André-Noël Roth Deubel, por su paciencia e incansable apoyo, su gran amor por las comunidades indígenas y al proceso organizativo y de resistencia de los Nasa del Cauca y de Colombia, también agradecimientos al proceso indígena del Cauca, y de Bogotá, al cabildo Indígena Nasa y a sus autoridades, a Fidel Villegas y Oliva Prado Latin, por su entrega a una comunidad en la ciudad, también al Padre Antonio Bonanomi, el padre de los pobres, del proceso indígena Nasa, a mis dos hijos A'DXI'J Emanuel (Camino de las estrellas y a A'LUCX Gabriel (hijo de las estrellas), a mi esposa Rocío y sus padres y hermana, a la Universidad Nacional y al equipo de maestros, por su gran aporte al conocimiento humano.

Resumen

El presente trabajo indaga por los alcances entre las normas legales vigentes definidas por el legislador a favor de los Derechos en salud de la población indígena y los alcances de la Política Pública para la población indígena residente en el Distrito Capital en los últimos cuatro años.

Para este análisis, se privilegian cuatro visiones: el Modelo Bottom-Up de Richard Elmore, el enfoque de gobernanza discursiva y deliberativa propuesta por Frank Fischer, la perspectiva narrativa de Emery Roe y los aportes de André-Noel Roth.

Estas visiones permiten visionar nuevas formas de participación en la construcción de las Políticas Públicas, a partir de las dinámicas de participación y deliberación que se están dando en el contexto local, distrital, nacional y latinoamericano. Se valora, la posición de Frank Fischer, en cuanto a sus propuestas, argumentos e ideas y discursos, para convertirlos en escenarios de transformaciones, acciones y pensamientos, así como para mostrar una cara distinta de la historia en la que tomen cuerpo las voces “menores” que anteriormente eran desconocidas por los enfoques empiristas y tecnocráticos, dominantes en el análisis.

También, se busca comprender la toma de decisiones desde un enfoque en el cual sea posible construir políticas públicas de abajo hacia arriba, para así, introducirse en los procesos de la gobernanza deliberativa, así como teniendo en cuenta el papel de los elementos narrativos y participativos de los indígenas, como son las historias colectivas, de decisión, de participación y de posición conjunta para hacer real una política pública.

Palabras claves: 1). Pueblos Indígenas, 2). Políticas Públicas, 3). Análisis Políticas Públicas, 4). Modelo Bottom-Up, 5). Gobernanza Deliberativa, 6). Deliberación. Ciudad

Ciencias sociales y humanas: Pueblos Indígenas, Políticas Públicas, Análisis Políticas Públicas, Modelo Bottom-Up, Gobernanza Deliberativa, Deliberación.

Abstract

This text questions the distance between existing legal norms which favor health benefits for indigenous populations and Public Policy for this population in Bogotá during the last four years. In this analysis four perspectives are taken into account: the Bottom-Up Model of Richard Elmore, the deliberative discourse governance proposed by Frank Fischer, the narrative approach of Emery Roe and the contributions of André-Noel Roth for initiating new models based upon the dynamics of participation and deliberation in the Latin-American context and local. Special attention is given to the position of Frank Fischer as respects ideas and discourse, converting these in spaces of transformation of both action and thought. This reveals a different face of history, in which “minor” voices, previously ignored in the empiricist and technocratic approaches become significant to the analysis. The construction of Bottom up decision making is also considered as significant to the deliberative governance process; the participative narratives of indigenous communities receive special attention. The comprehension of indigenous principles of solidarity, collectivity and necessitates the interaction between different perspectives, so as to achieve a series of deliberations and proposals which organize discussions about a policy oriented to collective benefit.

Key words: 1). Indigenous population, 2). Public policy, 3). Analysis of public policy, 4). Bottom up model, 5). Deliberative Governance, 6). Deliberation.

Contenido

	Pág
Resumen	VIII
Lista de figuras	XIII
Lista de tablas	XV
Lista de Gráficas	XVI
Lista de Mapas	XVI
Introducción	1
Problema que plantea la Investigación	8
Antecedentes de la investigación	8
Pregunta de investigación	10
Metodología de la investigación	10
1. Capítulo 1	13
1. Enfoques para el análisis de la política pública	13
1.1. Propuesta de interacción entre enfoques	13
1.2. El enfoque Bottom-Up y la participación indígena en la Política Pública en Bogotá	18
1.3. El análisis discursivo de la política propuesto por Fischer	19
1.4. El giro constructivista: el marco de análisis narrativo de Emery Roe	30
1.5. La Interacción Compleja	31
1.6. Filosofía, políticas y estrategias del buen vivir/vivir bien	34
2. CAPITULO 2	36
2. Referentes conceptuales, históricos/normativos y contextuales	36
2.1. Elementos para visualizar políticas públicas propias	36
2.2. Las experiencias en América Latina	38
2.3. El reto del multiculturalismo y la acción afirmativa	41
2.4. Antecedentes histórico/normativos	45
2.5. El sistema general de seguridad social en salud colombiano	46
2.6. Normatividad Indígena en salud	49
3. CAPITULO 3	52
3. Marco contextual, histórico, poblacional y Geográfica de los indígenas en Bogotá	52
3.1. Población indígena en Bogotá	52
3.2. Geo-referenciación y análisis territorial de las comunidades indígenas en Bogotá	57
3.3. Diversidad en el Distrito	59
3.4. Contexto General de los Pueblos Indígenas en Bogotá, según la política pública	60
3.5. Algunas características de la presencia indígena en Bogotá	62
3.6. Organizaciones indígenas del ámbito Distrital y Nacional	65
3.7. Población indígena desplazada en Bogotá	66
4. CAPÍTULO 4	68
4. Sistemas propios en salud: Experiencia nacional	68
4.1. Aspectos históricos	68

4.2. Propuesta nacional de un sistema indígena de salud propia e intercultural SISPI	73
4.3. Componente Político organizativo	77
4.4. Componente modelo administrativo	78
4.5. Atención propia e intercultural del SISPI	80
4.6. Componente Educación y formación integral	82
4.7. Los retos para poner el SISPI en funcionamiento para la salud indígena en Bogotá	84
4.8. Protección de estructuras propias en salud	85
4.9. Informe de la comisión técnica nacional de salud propia e intercultural de la mesa permanente de concertación CTNSPI-MPC	86
4.10. Avances en la propuesta de atención Intercultural	87
4.11. Administración y Gestión desde el SISPI	87
4.12. Retos del movimiento indígena de diseñar y construir un sistema indígena salud propia e intercultural	88
5. CAPITULO 5	89
5. Proceso participativo de formulación de la política pública para pueblos indígenas en Bogotá	89
5.1. Antecedentes: Alcaldía de Luis Eduardo Garzón en la política pública para los indígenas en Bogotá	89
5.2. 2009. Se inicia el proyecto de construcción y definición de la política pública indígena en Bogotá: objeto, objetivos, enfoques y principios	92
5.3. Cronograma de los principales logros participativos	94
5.4. Las Mesa de trabajo participativo	95
5.5. Otros elementos en la construcción de la Política Pública Indígena en Bogotá	108
5.6. Marco Jurídico Nacional e Internacional	110
5.7. Política Pública para los Pueblos Indígenas en Bogotá	124
Conclusiones y recomendaciones	126
Bibliografía	129

Lista de figuras

1. Figura 1. Enfoque indígena de construcción de nuevas políticas públicas de abajo hacia arriba. Mandar obedeciendo	32
2. Figura 2. Propuesta estructural del sistema indígena de salud propio e intercultural SISPI Sistema Indígena de Salud	74
3. Figura 3. Componentes del SISPI en una política de salud indígena	76
4. Figura 4. Organización administrativa de la salud indígena	78
5. Figura 5. Sistema de Acompañamiento continuo de los procesos de salud	79
6. Figura 6. Organización de la atención en salud	80
7. Figura 7. Niveles de atención	81
8. Figura 8. La capacitación en salud	83

Lista de tablas

1. Tabla 1. Registro de Acciones Colectivas en el Departamento del Cauca	50
2. Tabla 2. Población indígena de Bogotá	53
3. Tabla 3. Distribución de la población indígena residente en Bogotá por localidades	54
4. Tabla 4. Presencia de Etnias Indígenas en diferentes Localidades	55
5. Tabla 4. Presupuesto de Inversión Directa por Fuentes de Financiación FFDS 2004 – 2011 (Ejecutado) 2012 (Asignado) (Millones de \$ corrientes)	121
6. Tabla 5. Atención a la Población en Situación de Desplazamiento Ejecución Presupuestal de Enero a Septiembre 2011 Millones de \$	122
7. Tabla 6. Atención a la Población en Situación de Desplazamiento Programación 2012 Millones de \$	123
8. Tabla 7. Plan plurianual de inversiones 2012--2016 por eje Administración Central y establecimientos Públicos	124

Lista de gráficas

1. Gráfica 1. Estructura de la población indígena residente en Bogotá	53
---	----

Lista de mapas

1. Mapa 1: Localización de familias indígenas por localidad	57
---	----

Introducción

Este trabajo de investigación científica, analiza el proceso participativo en el desarrollo de la Política Pública, orientada a la protección, proyección y promoción de los Derechos en salud para la población indígena residente en Bogotá. A pesar de existir una búsqueda por construir políticas más incluyentes, se considera necesario hacer un mayor esfuerzo para lograr acciones que incidan en un real mejoramiento de la calidad de vida de los grupos indígenas en la ciudad, para garantizarles la prestación de un servicio eficiente, económico, de calidad, humano y oportuno.

En este estudio desarrollamos la estructura del trabajo del siguiente modo: En un primer capítulo, se desarrolla todo el análisis y conceptualización teórica, iniciando con el enfoque Bottom-Up planteado por Elmore, de esta manera haciendo comparaciones entre teoría y práctica en política pública en Bogotá donde se investiga y se compara, desde el eje de participación y deliberación, las nuevas formas de hacer políticas públicas, tal como como lo plantea Frank Fischer (2003), de igual manera los planteamientos de Emery Roe desde la perspectiva narrativa y los planteamientos del Maestro Roth, de la necesidad de hacer un abordaje a un nuevo concepto de políticas públicas en América Latina, de acuerdo a las realidades del contexto de la región.

En un segundo capítulo, se expone el desarrollo de la normatividad, su aplicabilidad y, la participación indígena en la construcción de la Política Pública en Salud para los indígenas residentes en Bogotá; de sus diversos espacios de deliberación y argumentación, dados en los escenarios de diálogo, consenso y concertación con las instituciones comprometidas en el tema para la construcción de la Política Pública y, sobre el desenlace de la misma que permitió fijar nueve grandes líneas para desarrollar una política en salud para los indígenas residentes en la ciudad de Bogotá.

En un tercer capítulo, hacemos una contextualización de los pueblos indígenas residentes en Bogotá, su ubicación, población, actividades, organización en la ciudad, sus acciones colectivas y su desarrollo del Plan de Vida que traen desde sus territorios de origen y que construyen también en la ciudad, acorde con las dinámicas sociales, económicas y políticas del entorno ciudadano.

En el cuarto, desarrollamos todo el contexto de la situación de la salud para los pueblos indígenas residentes en la ciudad, así como las prácticas en salud, la articulación de la salud facultativa con la salud ancestral, el aseguramiento que llevan las comunidades bajo la reglamentación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS Ley 100 de 1993), la cual coloca una amplia barrera de obstáculos para el acceso en la atención y prestación del servicio en salud a éstas comunidades, debido a la visión que se tiene del Sistema de Salud colombiano.

El Sistema de Salud contenido en la Ley 100 de 1993, no reconoce la existencia práctica de los saberes ancestrales en salud de los pueblos indígenas, como un Sistema de Vida en Salud que se remonta a miles de años atrás.

En el quinto y último capítulo, se plantea una discusión de las nuevas formas de hacer política participativa y deliberativa desde el enfoque Bottom-Up, planteado por Richard Elmore, en este capítulo se muestra todo el proceso participativo de las comunidades indígenas en todos los espacios de deliberación, argumentación para el diseño de la política pública indígena en Bogotá.

Para acercarse más y entender el problema de unas políticas en salud, se ha propuesto hacer el análisis de lo que constituye el punto central de la discusión, esto es, sobre la Política Pública en Salud para los indígenas residentes en Bogotá; así como al diálogo en torno a las incidencias que pudieron alcanzar efectivamente los procesos de participación social en la construcción de dicha política pública.

Para ello, la comunidad indígena hizo una fuerte argumentación y deliberación en las mesas de participación desde su cosmovisión sobre la problemática. Por lo anterior, es posible comprender que la institución en el Distrito capital entró a elaborar, proponer e implementar una política más adecuada y ajustada a sus necesidades en lo político, social, económico y cultural.

De esta manera, el Distrito Capital ha logrado la definición de una política pública en salud para los pueblos indígenas, construida de manera participativa, colectiva y consensuada, tal como solicitaron los indígenas. En dicha política pública, se llevará a la práctica y se consolidará el enfoque diferencial (Auto N° 004 de 2009: 22) con hechos y

políticas, a través del soporte de normas, presupuesto y reglamentación, a fin de que sea una política fuerte y diferenciada. Esta política tiende a estar acorde con la cosmovisión de los pueblos indígenas y sus prácticas ancestrales en la que se propugna por el respeto de los derechos y el concepto de salud propio.

También se reconoce que en el Distrito capital, existe la diversidad, multiplicidad y pluralidad de conocimientos milenarios, los recursos humanos propios que recogen un valor en el saber de la salud propia y en la necesidad de un diálogo de saberes, deliberaciones, discusión y acuerdos para la toma de las mejores decisiones en la política (Roth, 2008).

Igualmente, resalta el talento humano indígena en cuestiones de salud, así como el papel de la capacitación desde las dos visiones en salud y la necesidad de poner en práctica el enfoque diferencial (Sentencia T-1105/08).

Los indígenas en Bogotá, quienes en su mayoría son desplazados por las situaciones que se viven en diversas regiones de Colombia: violencia, pobreza, despojo y desastres naturales, una vez pasan a ser residentes en la ciudad, se encuentran inmersos en múltiples dificultades, debido a sus precarias condiciones de vida. Puesto que las comunidades indígenas proceden, en su mayoría, de zonas rurales, territorios donde se viven difíciles situaciones, encuentran en la ciudad condiciones distintas de ambiente, de convivencia y de relaciones sociales que los hacen vulnerables y son excluidos desde los imaginarios sociales y en la práctica social cotidiana.

Los indígenas en las ciudades carecen de los servicios en salud, tienen pocas oportunidades para el mejoramiento de sus fuentes de ingreso, de educación, empleo, vivienda, lo que los va colocando en condiciones de vulnerabilidad, a pesar de contar con importantes normas que garantizan sus derechos en salud y en otros ámbitos de la vida civil. Es por ello que la política pública no puede quedar sólo en el discurso, sino que debe plasmarse en la práctica, con el fin de que las comunidades indígenas superen, por un lado, las barreras de acceso a la salud, y, por otro, logren una atención prioritaria que incluya planes, programas y proyectos preferentes y diferenciales, acompañados de acciones afirmativas, de acuerdo a sus usos y costumbres, el conocimiento de la cultura, y el manejo óptimo de los derechos, su exigibilidad e implementación, no como una dádiva sino como un derecho a, ser receptores de políticas que reconocen sus realidades particulares en el contexto de la ciudad.

Entonces, se propone describir y analizar el proceso de elaboración de la Política Pública, resaltando las herramientas que se utilizaron, los procesos de participación que

se desarrollaron, los acuerdos a los que se llegaron en las deliberaciones y el documento final que plantea la adecuación, ejecución y aplicación de esta Política para resolver las necesidades más urgentes en salud de las comunidades indígenas residentes en Bogotá. En un primer momento, entre abril de 2009 e inicios del 2010, los encuentros de las comunidades indígenas se hicieron para concertar y llegar a acuerdos unificados, con el objeto de trabajar de forma unificada, la Política Pública Indígena, como lo manifiesta un Acta dirigida al Alcalde Mayor de Bogotá, Doctor Samuel Moreno Rojas por los Pueblos Indígenas organizados en la Mesa autónoma de concertación indígena en el Distrito Capital¹.

Para el año 2009, en la Mesa de concertación, se llevaron las deliberaciones internas entre las Autoridades Indígenas durante nueve meses, para llegar a Acuerdos entre los nueve diez pueblos muisca de bosa, muisca de suba, pijaos, kichuas, inga, nasa, yanacona, pastos, guambianos o misak-misak y uitotos que, hasta entonces, estaban organizados y hacían parte de la Mesa. Esto con el fin de unificar las propuestas y darle continuidad al proceso de participación en la construcción de la Política Pública Indígena en el Distrito Capital, siendo una de las líneas más fuerte, la salud.

Para dar inicio al análisis de la política pública en salud, nos enfocamos en los modelos deliberativos, participativos, argumentativos y democráticos. La propuesta es mostrar que, a partir de los valores sociales, culturales, políticos, la historia, las narraciones y las experiencias de la colectividad, es posible diseñar e implementar políticas sociales en una nación, así como en una ciudad intercultural, pluriétnica y diversa como es Colombia y Bogotá, en particular. Lo anterior, sin dejar la valiosa observación y sugerencia de André- Noel Roth, quien, en su análisis, ve la urgente necesidad de desarrollar marcos y teorías para el análisis de la acción pública en las naciones latinoamericanas, desde las experiencias participativas en la formación de la acción pública:

“Consideramos en particular, que ya es tiempo que la academia latinoamericana participe en el debate relativo al lugar y a la tarea del análisis

¹. (Acta mesa autónoma, (2010). “Posición de las organizaciones indígenas nacionales y distritales legalmente reconocidas y las autoridades indígenas legítimamente reconocidas por sus pueblos en Bogotá...teniendo en cuenta la legítima facultad de representación de nuestras comunidades como autoridades tradicionales indígenas y de acuerdo al decreto 1397 de 1996 que reconoce las organizaciones nacionales, y según el artículo 8 del acuerdo 359 de 2009 que indica quienes deben concertar la política pública y el plan de acciones afirmativas² hemos conformado la mesa distrital de concertación indígena como máxima instancia de concertación y representatividad de las comunidades indígenas en el distrito, integradas por: autoridades tradicionales indígenas de Bogotá”.

y evaluación de políticas públicas en la sociedad, aportando desde este contexto cultural, social y político específico elementos que podrían generar, de un lado, un fructífero diálogo entre tradiciones académicas diferentes y, de otro lado, y de manera más fundamental, un fortalecimiento de la cultura y las prácticas democráticas deliberativas en la acción pública de la región, como contribución a las importantes experiencias políticas innovadoras que se viven en varios países latinoamericanos. En este sentido tenemos la convicción y la esperanza de que el análisis de políticas públicas deben retomar un camino que lo comprometa radicalmente como una herramienta para la formación y participación ciudadanas y populares, la emancipación, la transformación y el progreso sociales basadas en valores y prácticas democráticas” (Roth, 2010:55).

En este sentido, los indígenas de Colombia y de Latinoamérica han empezado a generar espacios, debates, propuestas y formas de acción participativa desde las experiencias milenarias de gobierno y de administración propia, sin dejar de aprender de otros, sus fortalezas, tomando las herramientas para enfrentar los retos y problemas de una sociedad cada vez más compleja y globalizada, alternando con los saberes y prácticas milenarias y ancestrales

Este análisis cualitativo, profundiza en la tesis de “gobernar en la diferencia para la diferencia”; durante muchos siglos se viene gobernando bajo un sistema global homogenizante, sin pensar, sin mirar, que en cada país del mundo, hay diferencias y, los que han gobernado en cada nación, gobiernan para unos pocos, por unos pocos y, para unos pocos intereses, excluyentes per se, esto ha sido durante cientos y miles de años, a través de la historia de la humanidad, ahora, los pueblos indígenas en sus dinámicas colectivas vienen practicando, haciendo la propuesta de la otra forma de gobierno, del buen gobierno, de mandar obedeciendo, donde el pueblo, es, en verdad quien tiene el poder, para esto tomamos como ejemplo el movimiento político zapatista en México “*En silencio, profundizaron los rasgos de su construcción autonómica al punto que ya se puede hablar de una sociedad diferente, regida por reglas, códigos y leyes distintas a las del mundo dominante*”(Raúl Zibechi, 2013). Para esto, se toman modelos participativos y deliberativos de gobierno, planteados por cinco autores como: Lasswell, Elmore, Fischer, Roe y Roth, quienes más se acercan a la visión y a los nuevos modelos que, a nuestro juicio, deberían seguir implementando los actuales gobiernos para enfrentar nuevos retos, problemas cada vez más complejos en una sociedad cada vez más compleja, que

es un modelo que se busca practicar y, de hecho ya se viene haciendo en gobiernos alternativos en Latinoamérica, como: Bolivia, Ecuador, Venezuela y Uruguay.

Desde la visión indígena, se puede ver cómo, desde los años setenta, su proceso político organizativo, social, cultural, de lucha y resistencia por la inclusión social, se ha venido desarrollando en las regiones, ciudades y localidades, siendo enriquecedoras las experiencias de participación. Se propone que en las nuevas formas de construcción, diseño e implementación de políticas públicas es necesaria:

1) Iniciar el proceso de “gobernar en la diferencia, para la diferencia”. Tomando los elementos planteados por Fischer, cuando este dice: “es hora de fomentar la participación del pueblo en los gobiernos locales, nacionales y gobiernos de orden global, a fin de corregir los problemas de baja credibilidad que tienen hoy los gobiernos tecnocráticos, caracterizados por la imposición y la exclusión”.

2) Privilegiar los procesos participativos, deliberativos, argumentativos en todos los campos, partiendo desde las experiencias locales, históricas y milenarias, como propone Emery Roe, desde la definición de la historia, para hacer análisis determinantes (Roe, 2006), para Roe, las experiencias colectivas de participación son funcionales, tanto en administración pública, como en el gobierno en términos de política pública, siempre y cuando, se resalten los valores y principios de vida; algo nuevo, donde conduzca construir algo nuevo y alternativo a la política tradicional, la cual no tiene en cuenta la colectividad, las experiencias y conocimientos de las bases sociales.

Esto es funcional desde el modelo gubernamental, donde se resalten los valores y los principios de vida; construir nuevos procesos acordes con las necesidades y requerimientos de la sociedad moderna que potencialice los procesos ancestrales vivos en las comunidades indígenas residentes en la ciudad para armonizar lo ancestral tradicional con las visiones del mundo occidental en materia de salud pública.

3) Construir las políticas públicas desde abajo hacia arriba, desde las comunidades de base, barrios, regiones, veredas, municipios, con ellos escuchándolos, aprendiendo, caminando y construyendo con el propio actor, viviendo, sufriendo, trabajando con los grupos sociales “excluidos”, en particular, con los pueblos indígenas residentes en Bogotá, D.C.

4) Deben estar las comunidades indígenas presentes en la planeación, gestión y, administración, haciendo acompañamiento, evaluando, y realizando un seguimiento participativo que favorezca al colectivo, donde no debe existir sólo un control

tecnocrático–burocrático institucional, sino que, al contrario, debe estar sometido al control por el colectivo indígena en todo su proceso.

Finalmente, en las nuevas formas de gobiernos y de diseño de políticas públicas debe haber una participación política directa mediante representaciones diferenciadas en todos los espacios de decisión política de los sectores sociales, económicos, políticos, mayoritarios, minoritarios, religiosos, grupos étnicos, así como una participación equitativa en la distribución de los recursos, eso sí, con una planeación racional y participación interinstitucional.

Esto es lo que los indígenas llaman una política práctica, sin mucho discurso, sin tanta burocracia y sin tantas normas que finalmente poco se cumplen y sólo quedan en el papel. Este es el análisis y la propuesta que se busca hacer a los nuevos gobiernos democráticos en un futuro no muy lejano, en términos de política pública.

Problema que plantea la Investigación

Este trabajo investigativo indaga por los procesos de organización y acción de las diferentes comunidades indígenas residentes en el Distrito Capital frente a los desarrollos normativos para la protección y promoción de los derechos en salud. Busca comprender, por un lado, las complejidades representadas por comunidades de origen rural, enseñadas a procesos de un alto grado de similitud lingüística, cultural, territorial y contextual (a menudo desplazados de los territorios indígenas por impactos de la violencia), cuando se encuentran en el ámbito urbano con otros grupos cuyas experiencias, lenguas y luchas históricas guardan notables diferencias.

Por otro lado, rastrea las iniciativas desde las instancias del poder político en Bogotá, para lograr algunos cambios de perspectiva más incluyentes, acordes con planteamientos de reconocimiento de las diferencias que actualmente se discuten en Colombia, igual que en muchas otras partes del mundo. Pregunta por los resultados de las políticas públicas para la población indígena, sobre todo aquellas que, entre 2009 y 2011, intentan hacer frente a las dificultades y realidades en la atención en salud.

En este contexto, se hizo un análisis de las políticas públicas como punto de referencia concreta para investigar el espacio de las formulaciones del Estado y del Distrito, frente al desarrollo de una normatividad que no siempre se refleja en los hechos.

Esto llevó a revisar detalladamente los procesos sociales y la argumentación que fundamentan la integración participativa de las diferentes comunidades indígenas, forjando una propuesta común orientada a lograr que el Distrito capital defina políticas públicas desde el reconocimiento de la diferencia hasta su posicionamiento e inclusión objetiva.

Antecedentes de la investigación

Los pueblos indígenas residentes en Bogotá vienen participando en la construcción de la política pública indígena para el Distrito Capital desde el año 2009 en las mesas distritales de concertación y participación social, donde se trabaja diversidad de temas como salud, educación, jóvenes, mujer y género, adulto mayor, restitución y exigibilidad de derechos, vivienda, seguridad alimentaria, medio ambiente y empleo.

Con la participación de las autoridades indígenas y sus comunidades se viene deliberando de manera amplia la implementación de una política pública en salud para los indígenas en Bogotá.

En estas mesas se ha realizado una serie de diagnósticos de los problemas y necesidades de la población indígena; adicionalmente, se han definido propuestas con el fin de convertirlas en acciones y finalmente articularlas en el Plan de Desarrollo Distrital para convertirlas en planes, programas y proyectos con plan de inversión y presupuesto incluido, de acuerdo a cada proyecto e iniciativa propuesta por éstas comunidades en aras del interés general de las mismas. (IDEPAC, 2009).

Esto se debe al hecho de que en Bogotá se encuentran ubicados 28 pueblos indígenas, originarios de territorios como: Amazonía, Llanos, Pacífico, la Costa Caribeña y la Región Andina. Debido a diferentes problemáticas que existen en estas regiones, tales como la violencia armada que causa desplazamiento, avances de los mega proyectos agro-mineros en sus territorios, la pobreza y el aislamiento geográfico, muchos indígenas salen en busca de oportunidades a las zonas urbanas, especialmente Bogotá y centros urbanos, como cabeceras municipales y capitales de departamento, encontrando otro contexto sociológico muy distinto y diferente a los territorios de origen; éste incluye la exclusión, desorganización, falta de empleo, desconocimiento cultural y falta de Autoridades Tradicionales (Cabildo, Mayores, Thë Walas², entre otros) que los representen ante organismos locales, distritales, municipales, nacionales e internacionales.

A pesar de toda ésta problemática, las comunidades indígenas consideran importante ir adecuando en las localidades del distrito capital, los programas socioculturales en salud como: medicina tradicional indígena, adecuación de programas como crecimiento y desarrollo desde la visión propia, atención a la embarazada, madres gestantes y lactantes, vacunación, salud sexual y reproductiva, perfil epidemiológico, salud nutricional, modelo de salud, sistema de información y formación del talento humano en salud con enfoque desde la medicina facultativa y la medicina propia, tal como lo declara la Ley 691 de 2001.

². El thë wala es el anciano indígena, médico tradicional, quien posee el conocimiento espiritual y que en su gran mayoría viene por linaje, es el que tiene la capacidad de curar enfermedades físicas y espirituales, enfermedades propias de los indígenas y algunas enfermedades externas, por lo general son ancianos y ancianas de la comunidad, también llamados sabios espirituales.

Pregunta de investigación.

¿Cómo se desarrolló la participación de las comunidades indígenas residentes en Bogotá, en la construcción de la Política Pública Distrital indígena en salud?. ¿Ésta permite mejorar y cualificar el acceso a los programas, planes y proyectos contenidos en los derechos en salud de las comunidades indígenas de la ciudad en Bogotá, D.C.?.

Metodología de la investigación

La metodología que se emplea para el desarrollo del presente trabajo consiste en describir y analizar el proceso a nivel distrital para ver si los espacios de participación que se crearon para la construcción de la política pública avizoran y consolidan un mejor acceso a la salud para los indígenas residentes en Bogotá;

La información se recolectó mediante entrevistas y análisis de documentos.

De esta manera se identifican sus diferentes componentes; fundamentalmente, las deliberaciones, participación, argumentación y construcción de abajo hacia arriba que se han ido realizando en el tiempo, colocando en práctica dentro del sistema la nueva noción de construir política pública y generar nuevos procesos de cambio en la búsqueda de solución a los problemas sociales que cada vez son más grandes y complejos.

Se describe y analiza el proceso participativo que se realizó en el distrito capital, basado en una perspectiva deliberativa, en la cual se muestra que la política pública construida de esta manera permite fortalecer el acceso a los derechos en salud de las comunidades indígenas en la ciudad.

La propuesta metodológica integra de manera dinámica los elementos de carácter descriptivo e interpretativo, con el reconocimiento y análisis de las estrategias de inclusión realizadas con la co-participación de la comunidad indígena, autoridades, líderes y grupos focales.

Se trabajó con diarios de campo, tanto para la comunidad como para las Autoridades.

Finalmente, se realizaron entrevistas a algunos actores y/o grupos poblacionales, durante encuentros locales, reuniones para la socialización de trabajos en el desarrollo de la política pública o en espacios culturales como las mingas, asambleas comunitarias y juntas de cabildos.

EL proceso de encuestas se llevó a cabo entre febrero y julio de 2012 con funcionarios del Distrito como Planeación, Secretaría de Salud, Integración Social, Concejo de Bogotá y Autoridades indígenas.

1.CAPITULO 1

1. Enfoques para el análisis de la política pública

Los enfoques que se toman a continuación para el análisis de la política pública en salud de los pueblos indígenas en la ciudad, donde ha sido relevante la participación, deliberación, argumentación y la narración histórica de la situación y concepción de los pueblos indígenas en la ciudad y en el territorio.

1.1. Propuesta de interacción entre enfoques

Desde su misma concepción la presente investigación ha propuesto una interacción entre cuatro enfoques o modelos para así lograr un análisis y una comprensión que constituye un aporte para una política pública indígena en Bogotá; se recurre a estas posiciones, para de esta manera poder hacer análisis, comparación y contraste.

El primer enfoque surge del reconocimiento que

“...apenas comienza el debate y la investigación e la academia colombiana sobre las implicaciones del tema racial, de la etnicidad y de género en la elaboración y aplicación de políticas de Acciones Afirmativas en contextos multiculturales.” (Roth y Wabgou, 2009:26)

Por consiguiente, se hace necesario reconocer las experiencias que se vienen desarrollándose a nivel nacional y local para comprender sus significados para el futuro de acciones políticas que parte del estudio serio que permite aprender de procesos anteriores, corregir errores, agilizar gestiones y forjar proyectos cada vez más amplias y profundas. Al respecto se ha observado que las relaciones sociales

“...pueden estar influenciadas o condicionadas por las normas institucionales y la acción política. Es aquí donde se puede hablar de multiculturalismo, como el

reconocimiento político de la diferencia bajo los principios de igualdad y diferencia...El multiculturalismo es entendido como el conjunto de políticas que se despliegan en el ámbito del Derecho, no es único ni estático, sino que se debe entender desde una perspectiva meta-cultural, esto es, como una articulación histórica y contingente (no estática), asociada a un régimen de verdad que se corresponde con las relaciones de saber y poder.” (Roth y Wabgou, 2009:29)

Entendida de esta manera, el multiculturalismo representa una redefinición significativa tanto de la conceptualización misma de los deberes del Estado, como de las relaciones sociales entre diferentes individuos y grupos. Se considera que “*las relaciones de saber y poder*” a que se refieren los autores resultan ser en especial pertinentes para la discusión de la política pública indígena, ya que la salud constituye un área al cual históricamente las comunidades originarias han consignado gran importancia que se refleja hasta el presente en la autoridad de los sabedores de salud. Este punto se considerará con mayor detalle más adelante.

El segundo enfoque es el Bottom-Up planteado por Elmore (1979), con el cual critica el enfoque Top-Down por considerar que reúne varias debilidades y constituye una visión de sociedad que niega y/o ignore la posición y las acciones de grandes colectividades. Esta idea resulta ser fundamental para la discusión de nuestra investigación de la política pública indígena, ya que este modelo supone que la definición de la política pública debe iniciarse en los niveles sociales primarios para lograr un proceso que fortalece la comprensión de la organización como un elemento esencial para el diseño, implementación y posterior análisis de la política pública, reconociendo lo que ocurre en la relación personal entre los burócratas de primer piso y quienes son beneficiados por la política (Revuelta, 2007). También se puede considerar que se ubica dentro de las teorías de participación democrática en las formas deliberativas y argumentativas de las políticas públicas, como el resultado de interacciones sociales y democráticas para la toma de decisiones de abajo hacia arriba, tal vez es el enfoque o modelo que mayor se compagina con las prácticas de las comunidades indígenas del Cauca y de Colombia.

En más de cincuenta reuniones en Mesa Distrital de Concertación y en Mesa Autónoma, los indígenas logran construir una política pública que les mostraría una ruta para mejorar las condiciones de vida y de salud de las comunidades en la Capital. Los indígenas en

Bogotá empiezan a diseñar esta política en un principio desde el modelo bottom-up planteado por Elmore, donde el autor sostiene que

“...mientras más rígida sea la estructura legal, o mientras mayor sea el uso de múltiples instrumentos de política convencional, existe menor posibilidad de lograr una implementación exitosa...mientras más democrática sea la organización, más eficiente será. Implementación como conflicto y negociación. La idea es que existe un proceso permanente de negociación e influencia entre los actores sociales y políticos. Así, la expectativa de beneficios se maximiza mientras los actores permanezcan en la arena de negociación. El éxito o fracaso de la implementación es relativo y está relacionado con los intereses de cada uno de los participantes” (1979).

Esta propuesta complementa y fortalece lo que hace años venían planeando los indígenas, la necesidad de que los actores sean partícipes directos en la construcción de políticas y en su ejecución, como también la necesidad de un permanente diálogo, de acercamiento y de construcción, donde verdaderamente las políticas no sean diseñadas sólo desde los burócratas, sino desde la comunidad, de esta manera se van viendo los éxitos en la nueva forma de diseñar políticas a partir de una perspectiva Bottom-up.

En tercera instancia, se considera que los planteamientos del enfoque discursivo y deliberativo de Fischer (2003), contribuyen de manera significativa a los propósitos de esta investigación, ya que ofrecen las perspectivas del giro argumentativo o giro lingüístico, aportando al análisis cualitativo de las prácticas discursivas para interpretar la complejidad de la realidad social (Roth, 2008), que muestran afinidad con los procesos colectivos, participativos y argumentativos, propios de la tradición de los pueblos indígenas. Ya que la perspectiva discursiva e interpretativa de Fischer se mueve bajo tres principios básicos: i) el énfasis en los significados para entender la realidad social; ii) la reconstrucción de los significados sociales y los cambios individuales y colectivos, con nuevas experiencias y pensamientos generando desarrollos en las prácticas, reflexión y comunicación; iii) los esquemas cognoscitivos que pueden cambiar en las sociedades (2003:48-49).

Por ese mismo lado, ya en los años 50, Lasswell había hablado de una visión multidisciplinaria en el análisis de políticas, haciendo énfasis en la creación de una disciplina acorde a las prácticas democráticas y a las realidades de una moderna

sociedad, propuso una ciencia capaz de mediar entre académicos, decisores de gobierno y ciudadanos comunes, para minimizar o al menos reducir los problemas sociales. Para ello al autor planteó tres características: multidisciplinaria, contextualización natural de los problemas y orientación normativa (Ceron Rincon y Camacho Celis, en Roth, 2010).

Frente a esta práctica de análisis planteada por Laswell, los pueblos indígenas la vienen desarrollando desde muchos años atrás, no en teoría, sino más en la práctica, por su visión colectiva, integral, democrática, participativa, deliberativa, argumentativa y multidisciplinaria. Pero debido a que en el Estado Colombiano han sido más fuertes las perspectivas de análisis tecnocráticas tradicionales, lo cual no ha permitido que la emergencia de nuevos enfoques colectivos, a pesar de estar surgiendo como proceso alternativo, no se puedan visibilizar, de la cual los indígenas ya han sido partes de iniciativas de políticas deliberativas, pero que no han sido tenidos en cuenta.

Finalmente, se tomará en cuenta la perspectiva narrativa propuesta en el enfoque de Emery Roe, que afirma

El reconocimiento práctico clave de Narrative Policy Analysis es este: Las historias comúnmente utilizadas en la descripción y análisis de policy son una fuerza en sí y deben ser considerados explícitamente en el estudio de las opciones políticas. Además, estas a menudo resisten el cambio o modificación aun en presencia de datos empíricos contradictorios, ya que continúen subyacer y estabilizar las suposiciones en la toma de decisiones frente a la incertidumbre, complejidad y polarización (Roe, 1994:2)

Se explorará a lo largo del presente trabajo las múltiples distancias culturales entre las comunidades indígenas y la sociedad mayoritaria que históricamente han constituido fuentes de incertidumbre, complejidad y polarización que ha proporcionado y siguen motivando controversias profundas en el ámbito local y nacional. La orientación de Roe también asume la teoría literaria para el análisis de la política pública, considerando que los relatos usualmente utilizados para describir y analizar las controversias de políticas públicas representan por si mismos una “fuerza” que deben ser tenidas en cuenta para los debates de una política pública. Al respecto, la introducción del multiculturalismo como matiz discursiva expresa un nuevo conjunto de sentidos y perspectivas que

posibilitan responder de manera más dinámica a las necesidades de grupos marginados y vulnerables.

Además, Roe (1994), plantea el modelo del análisis narrativo de la política a partir de la construcción de meta- narrativa y el análisis intertextual, donde se pueda identificar la controversia a partir de las diferentes historias y de las no-historias, donde se empieza a dar importancia a la voz del más débil (Roe, 1994: 44). Roe, nos lleva a pensar que en un mundo cada vez más complejo y globalizado, es necesario tener respuestas a las preguntas que frecuentemente surgen, como es acerca de las relaciones de poder y los grupos de interés. Es el caso del Distrito de Bogotá, que en los últimos ocho años se vienen adelantando importantes procesos de participación para los indígenas, porque hay un reconocimiento histórico, de sus tradiciones, de su cultura y de las propuestas colectivas.

Como se ha podido percibir, esta orientación conceptual representa una herramienta pensante con fuerte apoyo, por un lado, en las propuestas realizadas por distintos teóricos, donde se valora y se evidencia la participación de la ciudadanía y por otro en las experiencias organizativas tradicionales de las comunidades indígenas. De esta manera se pretende reconocer el importante significativo de las vivencias y experiencia de las culturas pre-hispánicas. Esto teniendo muy presentes lo que el Nobel de literatura colombiano en uno de los textos de proclama titulada “*por un país al alcance de los niños*” reconoce y trata de mostrar la fortaleza organizativa y de políticas que tenían los pueblos mesoamericanos antes de la colonización, y dice:

“...Colombia...Lo habitaban desde hacía unos doce mil años varias comunidades dispersas de lenguas diferentes y culturas distintas, y con sus identidades propias bien definidas. No tenían una noción de estado, ni unidad política entre ellas, pero habían descubierto el prodigio político de vivir como iguales en las diferencias. Tenían sistemas antiguos de ciencia y educación, y una rica cosmología vinculada a sus obras de orfebres geniales y alfareros inspirados. Su madurez creativa se había propuesto incorporar el arte a la vida cotidiana --que tal vez sea el destino superior de las artes-- y lo consiguieron con aciertos inmemorables, tanto en los utensilios domésticos como en el modo de ser”. (García Márquez, 1993)

Esto ha sido una manera de reconocer lo que había y que aún sigue existiendo, en lo político, económico, en salud, educación, en las ciencias y en las artes, pero que no se ha podido visibilizar, es esto, lo que la nueva ola de ideas, de movimientos y propuestas trae, para visionar alternativas de gobierno, en un momento difícil de la sociedad que requiere una nueva forma de gobernanza y, así empezar a generar espacios de discusión alternativos, de reflexión y de participación.

1.2. El enfoque Bottom-Up y la participación indígena en la política pública en Bogotá

Como se propuso desde su inicio, la presente investigación propone visibilizar en las formas culturales organizativas indígenas unos principios que guarden ciertos parecidos con el enfoque Bottom-Up planteado por Elmore (1979). Se examina como el autor demuestra las debilidades del enfoque Top Down; esto aporta a reconocer mejor cierta parecido con la acción colectiva que caracteriza la formulación de la política pública indígena.

También se puede considerar que se ubica dentro de las teorías deliberativas y argumentativas de las políticas públicas, siendo éstas el resultado de interacciones sociales para la toma de decisiones de abajo hacia arriba, donde la relación entre la Sociedad y el Estado, en lugar de una imposición vertical de algunos actores sobre otros, se plantea como una relación horizontal. Se establece así una mirada que afirmaba que las motivaciones de las personas en la toma de decisiones dentro del proceso social no se reducían a la búsqueda de beneficios económicos sino también a la búsqueda de afecto, respeto, rectitud, educación y bienestar (Lasswell, 1957:6).

Se plantea desde el modelo Bottom-Up, que las políticas públicas buscan en alguna medida la transformación de un problema, de visibilizarlo y estudiarlo desde una conceptualización diferente. El enfoque planteado por Elmore, concuerda mucho con los planteamientos y vida práctica de los indígenas, porque sostiene lo siguiente:

“...el enfoque Bottom-up, comienza a partir del nivel más bajo del proceso de implementación, fortaleciendo la comprensión de la organización como un elemento esencial para el análisis de la implementación. Se enfoca en analizar que ocurre en la relación personal entre los burócratas llamados de primer piso y los que reciben la política. Como resultado, la investigación se construye de abajo hacia arriba, analizando en cada nivel la capacidad para afectar el comportamiento de la política y los recursos necesarios para alcanzar los objetivos...lo más cercano que uno se encuentre a lugar de los problemas, la mayor habilidad para influirlos; y la habilidad de los sistemas complejos para resolver los problemas no depende de controles jerárquicos, sino en maximizar la discreción en el punto donde el problema es más inmediato”(Elmore, 1979-1980: 605)

Es por ello que se considera que representa una nueva gobernanza, que permite, privilegiar e impulsar la interacción, primero entre quienes han sido vistos tradicionalmente como ‘receptores’ de la política pública y en segundo lugar entre estos y los sectores antes percibidos como ‘gestores’.

Este enfoque resalta la importancia de las ideas y del discurso de los actores que intervienen en la política pública y también de los escenarios de transformación de acciones y pensamiento; como se aporta a la comprensión del proceso de desarrollo de la implementación de la política pública indígena en el Distrito Capital.

1.3 El análisis discursivo de la política propuesto por Fischer

Fischer plantea la necesidad de elaborar un proyecto de gobernanza deliberativa, *“basada en criterios de inclusión de interacción dialógica y de recreación deliberativa de las preferencias y juicios ciudadanos”* (Pettit, 2001). El inicio de la inclusión en una democracia de discusión implica aumentar la participación política y la de escucha de todas las voces en los asuntos librados a la decisión común. (Gallardo, 2005). Es desde

aquí que se ha podido percibir que la política pública distrital, desde que se inician los planteamientos del plan de desarrollo *Bogotá sin indiferencia* en el gobierno del Alcalde, Doctor Luis Eduardo Garzón 2004 - 2008, pasando por el proceso de definición y promulgación, y llegando a la presente etapa de intentos de la implementación y ejecución, la participación de los pueblos indígenas fue tomada en cuenta. Las deliberaciones representaron una real base para que la toma de decisiones en dicha política pública, y un importante hito en el camino hacia la aplicación de la interdisciplinariedad y la decisión democrática del Gobierno Distrital.

Lo anterior se complementa, como se encuentra presentado en los siguientes capítulos, con lo elaborado por Frank Fischer (2003), quien otorga un valor específico, significativo, a la construcción del discurso político como objeto de análisis.

Fischer sostiene la necesidad de proponer un análisis discursivo de la política, dice que: *“La acción política, igual que la acción en general, es configurada y controlada por los discursos que la revistan de significados.”* (Fischer, 2003:23). En este sentido, los significados específicos consignados a lo largo de mucho tiempo en la cultura indígena constituyen la configuración que permite identificar y desarrollar la acción política.

La formulación más deliberativa de políticas públicas, que emanen del actuar de las comunidades originarias, funciona como alternativa a la perspectiva tecnócrata dominante y a los enfoques empiristas que tienden a servir de base al diseño e implementación de las políticas públicas.

Constituyen apoyo especial algunos de los conceptos teóricos planteados por Fischer en el texto *Reframing Public Policy. Discursive Politics and Deliberative Practices*. Por ejemplo, Fischer afirma que:

“Puesto que la política surge de las disputas acerca de la vida buena y los medios de realizarla, las políticas se centran en las ideas y creencias controversiales acerca de cómo lograrla.” (Fischer, 2003:26) (traducción inédita)

A lo largo del proceso de investigación y en especial en las entrevistas con los actores de la población indígena de Bogotá, se observó una gran preocupación por esta *‘vida buena’* y las mejores propuestas para lograrla. Si bien para muchos sectores de la sociedad existen *‘ideas y creencias controversiales’* al respecto, podemos decir que para la cultura

indígena sigue existiendo un conjunto de valores relativamente bien definidos que orientan y fortalecen ‘policy politics’ que a menudo organizan de una manera dinámica los procesos políticos de las comunidades, en general, y que se pudieron observar en los distintos momentos del proceso Distrital.

También ha sido significativo trabajar la conceptualización de Fischer porque sus análisis se aplican desde un visión más pluralista; de esta forma él construye su concepto de política pública, la importancia de trabajar los datos, sumado con la razón y los valores, la eficacia del trabajo colectivo, participativo y deliberativo, con la decisión para llegar a la buena argumentación de la política pública: lo que el autor llama el Conocimiento Intertextual.

Al respecto observa que

“...el enfoque discursivo percibe el medio del lenguaje como constitutivo de la misma significado del cual se construyen las ideas. En vez de entender las ideas como una entre muchas variables, este enfoque considera que el lenguaje y el discurso subyacen la estructuración de la acción social...el mismo terreno de la acción social y político se construye y se comprende en termino de los lenguajes manejados para caracterizar y discutir los fenómenos políticos.” (Fischer, 2003:41) (Traducción inédita)

Esta reflexión resulta ser especialmente valida en el contexto de la discusión del papel de los procesos políticos indígenas, ya que las practicas deliberativas—que a menudo parecen ‘excesivos’ y ‘desgastantes’ para muchos funcionarios institucionales e inclusive algunos académicos—han demostrado ser piezas fundamentales en la construcción de ‘policy politics’ comprendidos e interiorizados por amplios sectores de la población indígena.

Otra de las reflexiones de Fischer que permitió entender las orientaciones en el proceso Distrital es en el sentido que

“...el entorno contextual es siempre primero y primordial en un constructo socio-político. Así, fundamentado en motivos y creencias de los involucrados, lo aparentemente estable puede de repente tornar conflictual o inclusive turbulentos. En vez de natural o dado, se descubrió que el contexto social siempre se sujeta al cambio. Su continuidad resulta ser función de la

estabilidad de las alianzas sociales y políticas que lo establecieron desde un principio.” (Fischer, 2003:10) (Traducción inédita)

De nuevo, como elemento ‘explicativo’ el conjunto de valores, creencias, prácticas y experiencias que han vivido las comunidades en sus lugares de origen, junto a la violencia y desplazamiento que han experimentado muchos, constituyen el anverso de lo usual de la sociedad occidental: en vez de ser ‘*conflictual o inclusive turbulentos*’, los actores indígenas tienden a ser cohesionados, con una gran capacidad de unirse en los momentos claves de la acción política. Quizás puede atreverse a especular que la identidad indígena guarda algunos ‘parecidos’ que funcionan de una manera similar a ‘estabilidad’ de las alianzas sociales y políticas a las que se refiere Fischer.

Surge aquí otra pregunta, sobre todo en el intersticio que plantea reconocer la posibilidad de ‘homologar’ ciertos conceptos en busca de un multiculturalismo incluyente: ¿Se puede pensar que la categoría ‘etnia’ guarde similitud con ‘institución’? Aunque puede existir un cierto peligro plantear esta pregunta—por el riesgo de encerrar una intencionalidad ‘reduccionista’ o ‘universalista’—también introduce una posibilidad de acercamiento e interacción entre mundos que tienden a menudo a colocarse (o ser colocados) en planos inconmensurables. Preguntas como las anteriores es que se podrán ir desarrollando en la medida que podamos hacer diálogos más concertados y se camine en la construcción de políticas y conceptos más adecuados al contexto global actual, que sean más realistas, incluyentes y objetivas para la interpretación de la realidad social en procesos complejos como es la construcción de la política pública por actores no especializados que accionan a tenor de su experiencia, del sentido común y del bienestar general de sus comunidades en el contexto de la ciudad.

Desde la historia y práctica social de los procesos colectivos indígenas, se ha considerado cómo los post-empiristas ven la incidencia de la democracia participativa y por ende el desarrollo de técnicas de análisis participativo (Herrera en Roth, 2010. 294).

Este enfoque en especial trabaja ampliamente la interacción deliberativa entre distintos sectores de la población, lo cual conduce a la elaboración de muchas interpretaciones y análisis de los problemas o necesidades para reconocerlos y tomar así en conjunto las mejores decisiones.

Básicamente, esto es lo que hacen las comunidades colectivas indígenas en sus territorios, en gobiernos locales como los resguardos indígenas, cabildos, asociaciones o en las alcaldías municipales. Esto en contexto de ciudad o rural.

Se encuentra entonces una interesante ‘convergencia’ entre propuestas occidentales contemporáneas y las prácticas indígenas milenarias.

Así, por qué no a futuro, en el cual se aplican éstas prácticas en gobiernos regionales y nacional, para la construcción de políticas públicas que respondan a los problemas de la sociedad desde una perspectiva colectiva, consensuada, de forma más participativa, dejando atrás las decisiones burocráticas que no han dado respuestas efectivas a las necesidades de la comunidad. Es lo que se ha venido planteando en gobiernos alternativos como Bolivia y Ecuador, aunque el proceso apenas está en sus inicios.

Fischer valora la existencia de diversos puntos de vista frente a los diferentes problemas de una sociedad; considera las diferentes posiciones en la materia prima para lograr la definición de políticas públicas válidas, y las llama *Discursive Politics and Deliberative Practices*.

Se afirma que:

“Este recorrido desde lo tecnocrático a propuestas de incorporación de las ideas, del lenguaje y el discurso, le permiten avanzar en su propuesta de construcción de una teoría de la política pública basada en la argumentación y el discurso como alternativa pos-empiricista...por lo tanto, la nueva visión se debe tomar en cuenta los valores sociales, los argumentos y la narrativa que acompaña el desarrollo de una política”(Rincón y Celis, en Roth, 2010)

En este contexto reside la importancia de proporcionar al pueblo capitalino el conocimiento del pensamiento y prácticas indígenas como herramienta para generar discusiones y debates profundos y abiertos, como contribución para llegar a tomar las mejores decisiones en las propuestas de políticas públicas en materia de salud.

Esto incluye a los indígenas que residen en Bogotá, quienes han venido participando en los distintos espacios, escenarios y mesas para la construcción de la política pública y la elaboración de las acciones afirmativas, preferentes y diferenciales, planteadas en el acuerdo 359 de 2009 del concejo de Bogotá y el decreto 543 de 2011; este es el camino para construir la política pública indígena en salud para el Distrito Capital.

Este tipo de propuesta ha sido criticada por algunos intelectuales de la tradición empiricista y tecnocrática del análisis de la política, como Anthony Giddens frente a la propuesta de política alternativa y participativa planteada por Fischer. Giddens afirma que la propuesta de Fischer poco ha podido responder frente a lo que se propuso en sus inicios, y sostiene:

“En efecto, la promesa de un ciencia causal, predictiva de la sociedad no se cumplió, y tampoco existe una ciencia de la política pública que dé solución a los problemas sociales y políticos” (Giddens, 1995)

Desde una postura crítica, lo anterior no se cumplió porque el concepto burocrático que ha dominado durante años no ha permitido que se desarrollen nuevos conceptos de deliberación, nuevas propuestas de desarrollo técnico y participativo; se ha querido una continuidad circular, sin dar siquiera nuevos espacios de racionalidad, de valores. Por ello se ha dificultado el desarrollo de otras formas alternativas encaminadas a empezar a organizar propuestas a futuro en política pública construida de abajo hacia arriba; desafortunadamente, cuando surgen estas nuevas propuestas, son criticadas y obstaculizadas, en especial cuando son propuestas de gobiernos de democracia nacionalistas, pluralistas o de administraciones alternativas que surgen en América Latina.

Concibiendo una mirada más en la realidad, Camacho hace un análisis desde el enfoque interpretatista planteada por Fischer, donde la autora sostiene:

“La perspectiva crítica o teoría crítica o giro lingüístico o argumentativo, desarrollada en diferentes áreas de las ciencias sociales, como la política, la economía, el derecho, entre otras, promueve el análisis cualitativo de los fenómenos sociales, para entender y comprender el mundo y la complejidad de la realidad social, ampliando los límites de los métodos cuantitativos. Estas propuestas cualitativas que incluyen el análisis del discurso, de las ideas y del lenguaje usado por los actores sociales, constituyen variables de significancia para teorizar y analizar casos en la práctica social. Estos desarrollos se concretan en la construcción del conocimiento frente al proceso político, y en la toma de decisiones políticas y la forma de obtener información a través de diversos métodos de investigación y argumentación que permitan resolver los problemas sociales”. (Camacho-Celis, 2010)

El texto de Frank Fischer, *Reframing Public Policy. Discursive Politics and Deliberative Practice*. (2003), se ubica en el tránsito de los estudios positivistas hacia enfoques desde la perspectiva del construccionismo, así como en la discusión teórica dentro del llamado giro argumentativo que busca introducir alternativas a la tecnocracia que ha dominado los modelos tradicionales de análisis de la política pública. Representa una propuesta que

conjugue el análisis del discurso, entendido como categoría que construye nociones de mundo, identidades, prácticas y creencias.

La preocupación general de Fischer radica en la crítica al fetichismo metodológico basado en el enfoque neopositivista que promulga la presunción de rigurosidad metodológica de los análisis cuantitativos, respecto a cualquier método alterno—como las teorías posmodernas—que asignan mayor énfasis a los valores y significados sociales, a la comprensión más profunda del lenguaje y el discurso; Éstas derivadas de los avances del neo-institucionalismo y del resurgimiento del papel de las ideas en las ciencias sociales. (Fischer, 2003: vii)

Este enfoque neopositivista tiene correspondencia en tendencias económicas que se han observado a niveles internacionales, nacionales y locales; al respecto se plantea que ha existido

“...un paradigma dominante acerca de la regulación económica y la asistencia social en nombre del ‘interés público’ o ‘bien común’,...el discurso reciente reemplaza regulación y asistencia por desregulación, mercado libre y los intereses privados, especialmente el individuo como emprendedor.”
(Fischer, 2003:25) (Traducción inédita)

Para el caso que se estudia, esta observación de Fischer lleva a pensar lo discutido en el siguiente (capítulo 2) en relación con los efectos de la Ley 100 de 1993 para los proyectos de salud en el país y en particular para las comunidades indígenas.

En este contexto, la propuesta de Fischer consiste en promover una construcción de teoría política que replantee el uso de los análisis empíricos como única fuente de análisis y de los modelos tecnocráticos para la investigación de política pública, a partir de la construcción discursiva de la realidad a través del lenguaje y el discurso.

Como se ha visto en el presente trabajo, es factible y significativo superar el olvido de los sujetos y subjetividad en las políticas públicas; este reconocimiento de los aspectos cualitativos debe compaginarse con los datos cuantitativos que han dominado históricamente las decisiones políticas. Esto, dado el desencanto de los resultados de la investigación positivista, por no tomar en cuenta los valores sociales, los argumentos y la narrativa que acompaña el desarrollo de la política, para lograr que la política sea aceptada como legítima.

Este enfoque discursivo se refleja como sistema interno dentro de los mismos sistemas sociales,

“Sin negar la importancia de la deliberación acerca de las ideas que compiten entre sí, se destaca como la argumentación de la política pública es influenciada o formada por los lenguajes de los diversos tipos de discurso en los cuales se enmarquen—científicos, legalistas o cotidianos.” (Fischer, 2003:41) (Traducción inédita)

Proporciona coherencia a los procesos de política pública ya que resalta la importancia de las ideas y del discurso, no solo como expresión de la subjetividad de los actores que intervienen en la construcción de la política pública, sino como escenarios de transformación de acciones y pensamientos.

La visión de Fischer por el individuo y por sus ideas, valores y discursos lo lleva a privilegiar la lógica del discurso práctico, como respuesta a la comprensión de la complejidad de las relaciones sociales y a la institucionalidad.

Constituyen los ejes centrales de los argumentos de Fischer los siguientes puntos:

- 1) El discurso como reconocimiento del resurgimiento de las ideas;*
- 2) Las características de la política discursiva;*
- 3) La investigación de la política a través de vías discursivas;*
- 4) La exploración de perspectivas metodológicas en el análisis de políticas públicas, como la narrativa de la política, la argumentación y dialéctica de la política y,*
- 5) La discusión sobre las implicaciones del método y del papel del analista de políticas públicas como facilitador en la deliberación del ciudadano.*

Sin embargo, la propuesta de Fischer no surge de la nada. Se fundamenta en Harold Lasswell (2003:2) para apoyar no sólo una visión multidisciplinaria del análisis, sino además la articulación entre métodos cuantitativos y cualitativos a partir de la dignidad humana, que responda a las prácticas democráticas y a las realidades de una moderna sociedad tecno industrial, que busca la mediación entre académicos, decisores del gobierno y ciudadanos comunes, concedores de soluciones objetivas para reducir los problemas sociales. (Lasswell, 2003:3)

Es importante ver como la teoría cada vez nos lleva a interpretar, diseñar y cuestionar acerca de los nuevos retos de la gobernanza, tomando así, elementos de otras disciplinas, apoyándose de variables de otras ciencias sociales para dar nuevas formas de interpretación a los problemas sociales que cada vez son más complejos, como lo manifiesta Camacho:

“Fischer hace una reconstrucción de los métodos tecnocráticos que dominaron las ciencias sociales, iniciando con el marco metodológico de los empiristas, seguido del modelo racional para la toma de decisiones, la mediación del cálculo de la eficiencia y efectividad de las metas propuestas, como formas tecnocráticas de gobernanza, el análisis costo-beneficio o evaluación de riesgo, contextualizado por los problemas propios de la época, como guerras contra la pobreza y la consecuente necesidad de cuantificar los resultados y más que los actores relevantes en el proceso o el choque de valores entre éstos, o los efectos que estas políticas produjeron. Sin embargo, los vacíos tanto en el análisis subjetivo como en la real dimensión del discurso de los actores relevantes y de su interpretación, generaron el desplazamiento hacia otras disciplinas, como la teoría y filosofía política que conlleva a la ausencia de claridad epistemológica originará algunas propuestas neopositivistas, que no solo evalúan la eficacia y eficiencia de los objetivos de las políticas sino la realidad a través de la interpretación de fenómenos sociales y de significaciones sociales basadas en el discurso” (Camacho-Celis, 2010)

Dentro de las propuestas críticas que analiza Fischer, se ubica el posestructuralismo, el construccionismo social, el posmodernismo, el análisis del discurso, en la línea de una nueva postura epistemológica, aunque con una fuerte relación con la filosofía de la ciencia que refiere una postura epistemológica respecto a la construcción del “objeto de investigación” entendido en la función de interpretación de la realidad.

Fischer establece que el discurso político está inmerso en una serie de ideas y significancias sociales que producen y reproducen prácticas discursivas, de allí que el análisis objetivo es prácticamente imposible y además porque puede cubrir el discurso político de las elites dominantes que se apoyan en la hermenéutica y la discursiva (deconstruccionismo) para demostrar que el discurso político se enmarca dentro de una base de factores subjetivos presentados como “*la verdad*”. (2003: 12-15)

Fischer acoge las propuestas del movimiento crítico, a partir de su intención de proponer una nueva teoría política, por lo que es necesario que las ciencias sociales expliquen los fenómenos sociales y los parámetros de direccionamiento del comportamiento humano, a través de las políticas públicas, bajo la lógica de relacionar el neo-institucionalismo con el tratamiento de las ideas políticas, en el que se reconoce que detrás de los resultados del cambio político subyacen muchas veces los intereses de las elites dominantes y los intereses de los grupos directamente afectados en relación directa con los procesos

institucionales, las ideas políticas y el análisis político, ya que ilustra cómo diferentes contextos institucionales dan énfasis diferentes a la dimensión interactiva del discurso.

Los planteamientos de Fischer han constituido en el presente trabajo un dinámico aporte tanto para el desarrollo del proceso investigativo como para repensar elementos fundamentales de las prácticas vivenciales inherentes a la cultura indígena y su implementación en los proyectos contemporáneos de acción política de estas comunidades.

Se puede sustentar que ha existido una larga historia de distorsiones de la comunicación entre estamentos originarios y ‘criollos’, donde el poder, el control y la dominación han dependido del desconocimiento y la negación de unos discursos culturalmente contruidos a favor de otros, provenientes de múltiples visiones y formas ‘coloniales’ de control social.

Sin embargo, la comunicación al interior de las comunidades indígenas ha permitido mantener una organización y coordinación de la vida social y también política, de manera consensuada, de modo que sea el conocimiento y la práctica discursiva las dimensiones más críticas de las fuerzas del poder.

Así, el discurso como preservación y fuente de las ideas sociales y políticas propias, posiciona al lenguaje y a las estructuras que le subyacen, como elementos indispensables de la política, a partir de los cuales se han construido procesos de resistencia a las imposiciones ‘foráneas’ y protección a una visión del mundo basada en la interacción de valores culturales propios.

De esta manera, la propuesta de Fischer de realizar una evaluación deliberativa de la construcción de la decisión en términos del lenguaje y de las ideas de los actores que intervienen en las instituciones se compagina armónicamente con las aspiraciones y formas organizativas de las comunidades.

Fischer plantea la complejidad y reto de este enfoque al señalar que:

“El Discurso no es fácil de definir dado su uso indeterminado por diferentes corrientes de analistas del discurso incluidos los hermenéuticos, los post-estructuralistas y los postmarxistas aunque se arriesga a definirlo como un sistema específico históricamente de significados que forman la identidad de los sujetos y de los objetos”(2003:73).

Esta teoría del discurso supone que todas las acciones, objetos y prácticas son significativas socialmente y que esos significados son determinados por luchas políticas y sociales en periodos específicos de la historia. Por consiguiente, el objetivo del análisis

del discurso es mostrar como esas acciones y objetos son construidos socialmente y el significado que tienen para la interacción y organización social.

Bajo este contexto, el análisis del discurso en la política comienza con el reconocimiento de que el discurso está distribuido a través de instituciones, y que pueden constituirse en discursos dominantes, como una lucha de discursos compitiendo para obtener reconocimiento y poder, por lo que la tarea clave de los analistas es contar con los puntos de vista y las posiciones de los actores que hablan, las instituciones y procesos que se distribuyen y reservarse lo que dicen.

Si bien el discurso mantiene relaciones con el poder y la ideología, no por esto se puede pensar que es ideología, aunque concurre con éstas ya que los significados diferentes incorporan varios significados de prácticas discursivas e ideologías y contribuye a la producción o transformación de las relaciones de poder y dominación.

Fischer caracteriza la labor del analista como una actividad centrada en producir evidencias y argumentos con el fin de ser aprovechados en el entorno del debate, partiendo del giro argumentativo para el análisis político, pero desarrollado dentro de una lógica dialéctica de las comunicaciones basada en las *buenas razones* utilizadas para la argumentación.

El giro argumentativo busca integrar tanto en la teoría como en la práctica una metodología y los aspectos más sustantivos de la política con las prácticas cotidianas de la política y las instituciones (2003: 199). Como las decisiones políticas deben ser legitimadas, la explicación, justificación y persuasión tienen un rol muy importante dentro del ciclo de la política, con el ejercicio de la delimitación de los problemas políticos ya que es un ejercicio retórico e interpretativo.

En síntesis, Fischer reconoce el papel de los analistas de política pública para apoyar la construcción de las decisiones políticas de los ciudadanos a partir de una visión constructorista que reconoce que en el análisis del discurso político se encuentran los insumos para el análisis y la construcción de una crítica científica de los procesos, y a pesar de que este tipo de análisis no puede orientar el proceso de la planificación y el direccionamiento político, el autor demuestra que, dado que los procesos políticos son de largo aliento, este tipo de orientación metodológica y epistemológica permite construir un análisis sobre la diversidad de intereses sociales que existen dentro de la construcción de un argumento político.

1.4. El giro constructivista: el marco de análisis narrativo de Emery Roe

Con el fin de lograr una mayor profundización que nos conduzca a interpretar mejor el proceso de participación colectiva indígena en la construcción de la Política Pública Indígena, la investigación se fundamentó en el giro constructivista o el marco de análisis narrativo planteado por Emery Roe sobre una corriente crítica a la perspectiva tradicional de la actividad científica, conocida también como pos-empiricismo o de giro argumentativo (Roth, 2008) Esta nueva perspectiva según Roth,

“...refuta la utilidad de pruebas empíricas para las políticas públicas y propone teorías y metodologías que consideran las políticas públicas como construcciones discursivas, hechas de argumentos y de elementos retóricos que se constituyen en narraciones o en relatos, aplicando así teorías literarias para el análisis de las políticas públicas. Estas teorías subrayan el papel de las ideas, de los factores cognitivos, retóricos o inclusive estéticos, y minimizan el papel de los intereses o de la racionalidad en la formación de las políticas públicas (Roth, 2008).

De esta manera se justifica el desarrollo de la Política Pública Indígena Distrital, en la cual desde el inicio se ha dado un proceso de acercamiento de forma incluyente, en el diálogo argumentado desde la visión indígena para la construcción de una política pública de acuerdo a las necesidades sentidas por los indígenas en la ciudad, proceso inicialmente tenido en cuenta, pero cuya implementación por los entes burocráticos no ha sido muy acertado hasta ahora.

En la perspectiva de Roe (1994), se considera que los relatos usualmente utilizados para describir y analizar las controversias de políticas públicas representan por si mismos una “fuerza”, que deben ser tenidas en cuenta. De manera que esos relatos de políticas se resisten a cambiar o a modificarse incluso en presencia de datos empíricos que los contradicen.

Precisamente es lo que pasa con los pueblos indígenas que buscan ser visibilizados, posicionados, fortalecidos e incluidos de forma diferencial, con derechos preferentes y diferenciales y con formas de ver el mundo diferente.

Para Roe (1994), un análisis narrativo, característico de un enfoque constructivista, procede en cuatro etapas:

“Una narrativa análisis de policy depende de 4 pasos: 1) identificación de las narrativas de policy, 2) identificación de las narrativas opuestas o contrarias, 3) comparación de los dos conjuntos narrativos para generar lograr una meta-narrativa, y 4) determinar si o como la meta-narrativa redefine el problema para hacer más susceptible de ser resuelto”.(Roe, 1994:156).

Como se puede ver en el caso de la política pública en salud en el distrito capital , se identificaron las principales historias o relatos en relación con la visión indígena de salud; luego, fue posible percibir—en la versión de la sociedad mayoritaria, que resultó ser muy diferente—la controversia, los “contra-relatos”.

En la tercera etapa, con una fuerte mediación de la legislación tanto internacional como nacional se logró comparar estas dos series de relatos con el fin de generar un “meta-relato”. Finalmente, a partir de ello, se pudo determinar en qué medida este meta-relato permitía replantear el problema de una manera que posibilitó la definición de una política pública indígena para el Distrito y sobre todo una dinamización de los procesos en salud. En conclusión, el autor termina explicando que metodológicamente, la generación de los relatos se obtienen mediante la realización de entrevistas abiertas y el análisis de los discursos de los actores activos en la controversia de la política pública, es decir, de la misma forma en que se hizo con los pueblos indígenas de Bogotá, donde se organizaron mesas de trabajo, consulta, discusión desde la visión jurídica indígena y la visión jurídica ordinaria o nacional.

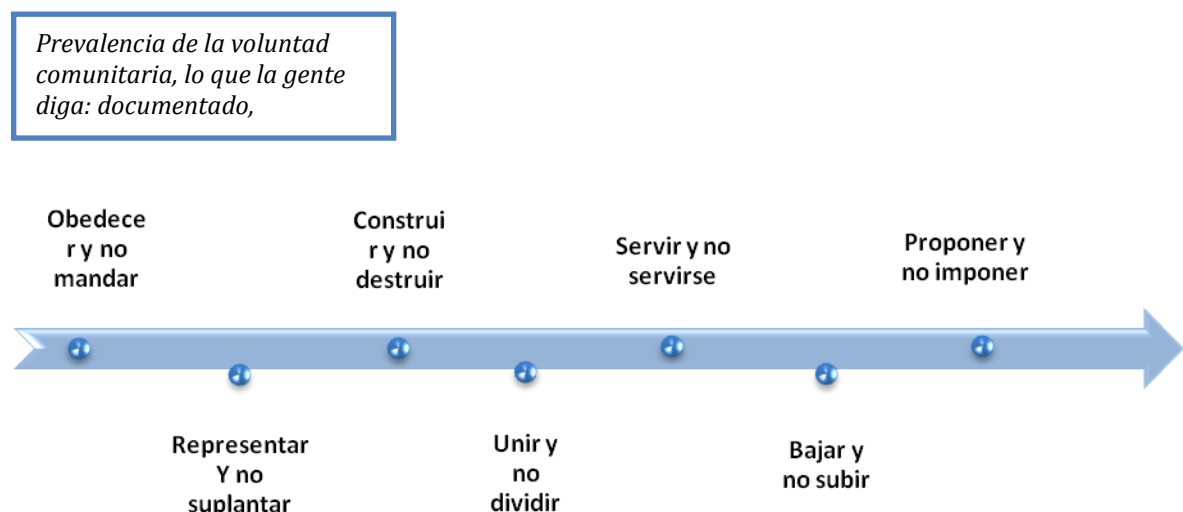
1.5. La Interacción Compleja

Como se ha podido observar, las reflexiones conceptuales que subyacen y rodean esta investigación representan herramientas pensantes con un fuerte apoyo, por un lado, en las propuestas realizadas por Fischer y otros teóricos, donde se valora y se evidencia la

participación de la ciudadanía y por otro, en las *experiencias organizativas* tradicionales de las comunidades indígenas.

De esta manera se pretende reconocer no sólo la vigencia de las épocas modernas y de las grandes crisis, sino también lo que ya ha sido planteado tradicionalmente en las comunidades indígenas—en su pensamiento y su práctica—y que perduran hasta nuestros tiempos.

Figura 1. Enfoque indígena de construcción de nuevas políticas públicas de abajo hacia arriba. Mandar obedeciendo.



Fuente: FUCAI (2009). Fundamentos conceptuales del gobierno propio y liderazgo Comunitario o Colectivo.

Como ya se ha inferido, los pueblos indígenas parten de una filosofía moral y política de “ama sua, ama llulla, ama quilla” (no robar, no mentir y no perecer) (Andrada 2010:2), en los que subyacen los valores, la cultura, la identidad; como se puede observar en la siguiente figura, que resultan de un proceso de indagación y reflexión que se lleva a cabo al interior de varias comunidades.

Hoy, esos conceptos vienen ampliándose, enriqueciéndose, complementándose y haciendo fuerte diálogo entre los distintos saberes, para así poder orientar, trazar un camino para responder a las necesidades y problemas que surgen en la sociedad moderna, en la cual todos estamos inmersos. Esto no se puede perder de vista, así cómo responder de forma eficaz y oportuna a estos problemas desde la particularidad indígena. En conclusión las políticas públicas que se desarrollan a partir de experiencias concretas en administraciones tomadas desde los gobiernos indígenas priorizan los valores, la

experiencia tradicional, la visión tradicional, la palabra del anciano sabio, la participación colectiva, el diálogo, el liderazgo colectivo, el gobierno de “mandar obedeciendo” y el gobierno en práctica de Bottom-Up planteado desde hace varias décadas por científicos sociales.

En esta perspectiva parece de mucha importancia mantener vigente en diferentes espacios de las discusiones del multiculturalismo, una afirmación de Roe:

Toda la idea tras el inter-texto no es buscar una solución a pesar de las diferencias en controversias altamente polarizadas, sino dar cuenta de estas diferencias de una manera que hace su irreconciliabilidad más útil para los propósitos de la política... La idea detrás de la evaluación intertextual no es encontrar una manera de superar la polarización que motiva la controversia, sino encontrar un escenario cuyo mismo éxito depende de mantener firme la polarización. (Roe, 1994:144-5)

Esta posición significa un enorme reto para el conjunto de la nación colombiana y latinoamericana donde desafortunadamente tiende a existir una especie de obsesión por buscar “soluciones” que ignoran o minimizan las diferencias y niegan la **real confrontación** y oposición que constituyen elementos fundantes del multiculturalismo colombiano y latinoamericano.

No es en vano que el movimiento indígena se mantenga en unos principios de Unidad, Territorio, Cultura y Autonomía, porque en los indígenas, lo deliberativo, participativo, argumentativo se vuelve práctica real, se vuelve norma, se vuelve alternativo; así lo que han practicado los indígenas desde hace miles de años, hoy surge como algo alternativo, frente a lo que en el modelo tecnocrático e imperante de los positivistas y neopositivistas. Ya no les es muy funcional, por la misma sociedad que es cada vez más compleja en los nuevos sistemas de estructura social. Los indígenas en la nueva gobernanza deliberativa que plantea Fischer, proponen saber “gobernar en la diferencia, para la diferencia”; deben construir políticas que reconocen los saberes ancestrales, cosmovisión, lógica de vida y experiencia. Los nuevos sistemas de gobernanza deliberativa planteados por los autores considerados en el presente texto, deben saber escuchar las comunidades de base—campesino, afro-descendiente, indígena, marginado urbano—para aprender con ellos. Además deben implementarse nuevos sistemas de administración pública en la planeación, gestión, administración, evaluación y el seguimiento participativo colectivo; no debe existir sólo un control tecnocrático, que no ha

sabido controlar la corrupción, por su debilidad en normativa y por su carencia de valores y principios. En las nuevas gobernanzas debe haber una participación política y en la toma de decisiones, respetar las representaciones diferenciadas de todos los sectores, mayoritarios, minoritarios, religiosos, grupos étnicos, pero, paralelamente debe haber una participación equitativa en la distribución de recursos, eso sí con la mejor planeación y organización.

Solo así podemos esperar que los sistemas democráticos actuales permanezcan y perduren en las nuevas sociedades complejas; la pregunta que hace Touraine (1997), continuaría en incógnita “Podremos vivir Juntos”. Porque no todo se puede homogenizar, hay sistemas diferentes, expresiones milenarias, visiones de mundo distintos, donde el ser humano moderno no puede desconocer, ni tratar de enterrarlos, al contrario aprender a vivir en la diferencia, para llegar al estado de “equilibrio y armonía” entre el ser humano, la naturaleza y consigo mismo, de esta manera construir el “buen vivir, vivir bien” (CAOI, 2010:33) en una sociedad cada vez más grande, diferente y compleja.

1.6. Filosofía, políticas y estrategias del buen vivir/vivir bien

Los pueblos indígenas en el contexto latinoamericano, empiezan a reconstruir la filosofía andina del buen vivir/ vivir bien, una concepción de la vida, de la relación con el entorno desde tiempos milenarios, esta concepción, después de estar silenciado durante siglos, en la actualidad empieza ser colocado en la práctica de las comunidades indígenas amerindias de Bolivia, Perú, Ecuador, Colombia y México.

Actualmente los pueblos indígenas hacen la apuesta por llevar a la practica la filosofía del buen vivir/vivir bien, que es el concepto de “*vivir bien*” o “*vivir en plenitud*”, que en términos generales significa “*vivir en armonía y equilibrio; en armonía con los ciclos de la Madre Tierra del cosmos, de la vida y de la historia, y en equilibrio con toda forma de existencia*” (CAOI, 2010. 33).

Para el pensamiento de los indígenas andinos, desde siempre, con los planes de vida vienen practicando el buen vivir, de vivir en comunidad, en hermandad y especialmente

en complementariedad, en comunidad, en armonía y en autosuficiencia, complementándonos, compartir sin competir, vivir en armonía entre todos los seres humanos y la madre naturaleza, con la vida y con todos los seres humanos que hacen parte de este planeta.

De esta manera para los pueblos indígenas, siempre el buen vivir estará presente, es parte de la vida, en salud, educación, medio ambiente, economía, cultural gobierno, justicia, eso es el buen vivir, para vivir bien, en armonía con todos, también lo que se busca hacer conocer a la sociedad mayoritaria, que su concepto es vivir mejor, que es muy distinto al buen vivir, porque el vivir mejor es al mundo capitalista.

2. CAPITULO 2

2. Referentes conceptuales, históricos/normativos y contextuales

En esta parte presentamos como fue el desarrollo de la construcción de la política pública, los procesos de participación en la mesa Distrital, los puntos a deliberar en cada sesión de la mesa durante los dos años.

2.1. Elementos para visualizar políticas públicas propias

En este capítulo se profundiza sobre los referentes conceptuales planteados al inicio de este trabajo, para identificar y analizar posibles puntos de convergencia o divergencia entre ellos y, la experiencia específica que motivó esta investigación.

Se propone un proceso de comprensión relacional en el cual las prácticas tradicionales de participación y toma de decisiones colectivas que caracteriza a las comunidades indígenas logran visibilizarse y entenderse ‘mejor’ (incorporando el lenguaje contemporáneo de análisis proveniente de las ciencias sociales) con el fin de constituir un aporte a los procesos de gobernabilidad, interculturalidad y justicia para todas y todos los habitantes de Colombia.

Los pueblos indígenas residentes en Bogotá, como afirmaba una autoridad indígena Nasa, Fidel Villegas Garzón, cuando se refería a la política pública indígena en Bogotá, estaban en el Distrito para aportar a la ciudad, no para ser otra carga más para la ciudad, al contrario, con el proyecto de vida que traen los indígenas pueden hacer grandes aportes en lo político organizativo, desde la cultura, con la espiritualidad, con la historia, con la medicina natural y tradicional y, porque no, desde el conocimiento ancestral en salud y ambiente.

Lo anterior teniendo en cuenta que los indígenas planean con proyecciones de largo plazo y no en cuatrienios, por eso lo llaman planes de vida, a futuro, de largo plazo, no lo

llaman desarrollo, llaman el buen vivir, porque el desarrollo que se plantea veces tiene contradicciones, por eso, los indígenas en la ciudad, hoy plantean una política participativa, pero con sentido de vida, desde los valores, desde la espiritualidad, desde la colectividad, desde la reciprocidad y desde los principios de lucha como: Unidad, territorio, cultura y autonomía. (Documento Política Pública, 2011). Esto es lo que se ha planteado en la Colombia diversa y especialmente en el Distrito Capital, cuestionando la forma de gobernar y de hacer políticas sociales desde una perspectiva tecnocrática, utilitaria y corrupta.

Los indígenas proponen que las políticas deben venir construidas desde abajo y debe ser desde un gobierno que haga políticas sociales para todos, donde las nuevas políticas sociales perduren por su impacto e inclusión, para esto deben ser construidas desde abajo, con amplia deliberación, participación y argumentación, teniendo en cuentas sus experiencias, sus historias, sus conocimientos y desde las sabidurías ancestrales, como la propone Emery Roe (1994) desde los estudios pos-estructuralista, cuando hace referencia en lo político y propone el análisis de una política a partir de los relatos y contra-relatos desembocando en la construcción de un Meta-relato. Roe considera a los relatos como fuerzas que entran a describir y analizar controversias en las políticas públicas (Semillero de Investigación ESAP, 2011)

Con este enfoque discursivo, se analiza la política pública indígena del Distrito capital, haciendo énfasis en sus importantes argumentaciones desde la visión cultural indígena, del cómo se ha venido realizando desde la participación para la construcción de una política pública, de cómo la sustentan desde sus orígenes, con sus argumentos jurídicos, políticos, históricos y cosmogónicos de su cultura.

El proceso de construcción de la política pública indígena en Bogotá y en Colombia, busca argumentar desde los relatos propios—profundizar en un pensamiento propio y autónomo. Así, las políticas no se realizan solo desde las evidencias científicas, sino que se tengan en cuenta los argumentos y la persuasión como elementos de procesos comunicativos necesarios en la construcción y en el análisis de políticas, como lo afirman especialistas de la argumentación: *“Lo que hace creíble las decisiones políticas ya no son las pruebas científicas sino la credibilidad del argumento, convicción y persuasión del argumento”* (Roe, 1994, citado por Roth, 2008:86). Tal vez es la discusión que se está iniciando con el proceso y desarrollo de la Política Pública Indígena en Bogotá, a partir de la apertura de los espacios de diálogo, participación, argumentación desde las cosmovisiones ancestrales.

Esto sí, sin desconocer al otro, los demás conocimientos técnicos y científicos, al contrario, aprendiendo, complementando, observando, dialogando y escuchando al otro, es lo que llaman los indígenas, alcanzar el estado de equilibrio y armonía entre el ser y la naturaleza, en este caso entre la ciencia y los valores, entre el conocimiento tradicional y el saber científico, esto para dar un nuevo giro para las nuevas formas de gobernar y hacer políticas públicas.

2.2 Las experiencias en América Latina

Los diversos estudios sobre políticas públicas para pueblos indígenas en zonas urbanas de América Latina llevan a tener una clara visión de cómo hasta estos momentos existen avances en las posibilidades de diálogos, definición de normas jurídicas, apertura de espacios de participación para la elaboración, discusión y posteriormente llegar a una implementación de las políticas públicas en salud para grupos étnicos.

En Latinoamérica podemos observar nuevos roles que han ido asumiendo los Estados, donde nuevos actores empiezan a participar en la construcción de políticas de forma más participativa y coherente en lo social, económico y político, esto como señal de cambios que viene asumiendo el estado multicultural, como los realizados por gobiernos participativos como el de Ecuador y Bolivia, como nos muestra en sus estudios Meentzen, cuando afirma:

“Hoy en día, y a diferencia de las décadas pasadas, los pueblos indígenas de América Latina desean participar con mucha mayor intensidad en los acontecimientos políticos, sociales y económicos de sus países. Mientras tanto, estas reivindicaciones indígenas –independientemente de si se trata de población mayoritaria o minoritaria– son presentadas con un grado de autoconfianza notablemente mayor. Esto no sólo plantea desafíos a los indígenas, sino también en igual medida a las estructuras políticas de los países democráticos, que no suelen estar preparadas para ello” (Meentzen, 2009: 9).

Meentzen nos habla sobre algunos intentos de avances y la participación social de los pueblos indígenas de México, Guatemala, Ecuador, Perú y Bolivia en los diseños y

construcción de políticas públicas, pero al mismo tiempo argumenta que aún falta ya que muchos gobiernos se caracterizan por ser poco participativos, deliberativos y argumentativos, quedándose en el modelo de tecnocracia, sin darse cuenta que la dinámica social e histórica, rápidamente viene cambiando.

La gobernanza deliberativa como lo plantean los teóricos de la política pública moderna como Fischer (2003), refleja estos cambios ya que al reconocer la diversidad, los gobiernos deben ir pensando en las medidas necesarias de gobernar desde la definición de pluralidad, superando las acostumbradas hegemonías que se han impuesto desde la tradición colonial hasta el actual neoliberalismo. Esto es lo que se busca discutir en la investigación sobre la política pública indígena distrital, con enfoque diferencial, generando una mirada más amplia al retomar el panorama nacional para advertir su influencia en el proceso del diseño de una política pública para el contexto local.

La mayoría de los estudios que nutren el presente trabajo se encuentran publicados como artículos y se enfocan especialmente a la situación de la salud indígena y en la construcción y toma de decisiones en la adecuación de las políticas sociales, principalmente en Chile, Colombia, México, Ecuador y Bolivia. Otros organismos como la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Banco Interamericano de Desarrollo (BID), Organización de las Naciones Unidas (ONU) y Organismos no Gubernamentales (ONG's) aparecen como entidades que investigan problemas en salud que padecen los pueblos indígenas. Los actuales gobiernos locales poco se han prestado para diseñar políticas sociales en salud diferenciadas para los pueblos indígenas.

Universidades colombianas como la Nacional y el Rosario, igual que los pueblos indígenas organizados se han puesto en la tarea de hacer un seguimiento a los problemas planteados para conocer aspectos del desarrollo de estas políticas para los pueblos indígenas de las ciudades, en especial en lo referente a la salud. Los hallazgos de importantes investigaciones en políticas públicas para pueblos indígenas se muestran desde una mirada política, basándose en la normatividad jurídica en salud, atención, promoción, prevención, y servicios de salud, donde cada área se acerca a un análisis cuantitativo y cualitativo. Estas investigaciones son las que nos pueden dar idea de los avances o dificultades que se tienen para la construcción e implementación de una política pública en salud para poblaciones indígenas en los Estados plurinacionales o pluriculturales (Sousa, 2010).

Los diversos estudios hasta el momento encontrados muestran una difícil situación en la que están viviendo los pueblos indígenas del continente, ya sea en países desarrollados

o en vías de desarrollo; todavía existe una gran brecha de pobreza, exclusión, discriminación y falta de políticas de atención a las necesidades de los pueblos indígenas. Si bien parece que la globalización está excluyendo a los más necesitados, los gobiernos neoliberales en la globalización deben y pueden adoptar políticas que contribuyen al crecimiento de los países y también procurar que dicho crecimiento se distribuya de modo equitativo (Stiglitz, 2002).

Las democracias colectivas de los pueblos indígenas entran en la modernidad a hacer parte de estas propuestas y caminan en la generación de nuevas alternativas, recogiendo y aprendiendo de propuestas diversas mixtas, de conceptos europeos, anglosajones, asiáticos, y soportándose en las prácticas de los sistemas políticos precolombinas basadas en la filosofía moral y política de “ama sua, ama llulla, ama quilla” (no robar, no mentir y no perecer) (Andrada 2010:2), donde se inicia el trabajo reflexivo desde los valores, la cultura, la identidad, sin desconocer la importancia de las ciencias occidentales basadas en las ciencias exactas y en las ciencias de la conducta:

“los procesos políticos de decisión son una serie de decisiones individuales o colectivas encaminadas a influenciar la obtención de determinados valores; entonces el modelo normativo de Laswell establece que los valores son los propósitos de la decisión individual y fundamentan el proceso de decisión, donde los individuos toman decisiones con el objeto de adquirir valores en un marco institucional, mediante el uso de sus propios recursos y a través de estrategias de manipulación, persuasión y/coerción(Calderón en Roth, 2010:68).

Hoy esos conceptos se vienen ampliando, enriqueciéndose, complementándose y haciendo fuerte diálogo entre los distintos saberes, para así poder orientar, trazar un camino para responder a las numerosas necesidades y problemas que surgen en la sociedad moderna, en la cual todos estamos inmersos. Se busca siempre saber cómo responder de forma eficaz y oportuna a estos problemas, identificando sus similitudes y diferencias con aquellos que dominan la discusión de la “sociedad global”.

Finalmente, estos referentes conceptuales posibilitan reconocer como las políticas públicas planteadas desde la visión originaria indígena, que ya se está dando a conocer en las escuelas, colegios y centros de educación superior indígena en América, se abordan experiencias concretas en administraciones, desde los gobiernos indígenas como son las Alcaldías Municipales, resguardos indígenas y cabildos, haciendo un

importante sincretismo entre los valores, principios de la política y la filosofía occidental, lo cual también ha hecho un importante aporte a la sociedad ancestral, ha sido como el complemento de una forma de ver y organizar, de igual manera para hacer nuevas iniciativas de gobierno, desde una visión más amplia y sabia. Se indaga por las semejanzas entre este conjunto de perspectivas y lo planteado por “el gobierno en práctica de Bottom-Up” (Sabatier 1986:37), donde se construye de forma colectiva desde abajo hacia arriba; para el caso de los gobiernos locales indígenas, se constata algunos de los logros.

2.3. El reto del multiculturalismo y la acción afirmativa

Como se puede ver en el presente trabajo, igual que en otras investigaciones, por ejemplo Figueroa (2010), sustentadas desde el multiculturalismo, existe una gran necesidad de adaptar nuevas formas de diálogo y convivencia en las sociedades democráticas latinoamericanas, especialmente dada la situación actual de migración de los indígenas hacia las zonas urbanas; frente a este panorama sostiene:

“la migración indígena no debe entenderse como un dato más, sino como la demostración de los profundos cambios que están ocurriendo en las sociedades indígenas. Esta migración crea nuevas dinámicas socioculturales, y nuevas territorialidades en los espacios urbanos, apelando a su transformación como lugares de la multiculturalidad, exigiendo acciones específicas para mejorar las condiciones socioeconómicas, políticas y culturales de estos pueblos”. En la práctica, la implementación de estas y otras políticas y estrategias definidas e implementadas desde el Estado se han encontrado con dificultades, porque no han logrado traducir la riqueza y el bagaje cultural de los pueblos indígenas”.(Figueroa, 2010:12).

Estos nuevos actores empiezan a reclamar el derecho a un trato preferente y diferencial, inclusión en las políticas de los gobiernos centrales y locales, coherentes con los principios del multiculturalismo y la acción afirmativa; obliga visionar nuevos desafíos, encaminados a revertir siglos en que los Estados modernos se acostumbraron a

governar sin la participación de grupos sociales (indígenas, afro-descendientes, campesinos, etc.), que aunque distintos entre sí, han constituidos históricamente unas mayorías, dominados y excluidos. Hoy se reconoce la ineludible necesidad de la participación amplia de todos los sectores, de tal forma que se pueda iniciar la formulación e implementación de nuevas políticas públicas, sociales, más incluyentes y participativas.

Es en este contexto que las experiencias distritales—tanto con comunidades afro-descendientes, gitanos, e indígenas—representan un punto significativo para comprender las perspectivas que se deben tomar en cuenta para la definición de futuros procesos, cada vez más amplios y complejos, en la construcción colectiva de políticas públicas que **realmente** corresponden a las necesidades sentidas de los diferentes grupos ciudadanos a nivel local, regional y nacional.

Como se puede ver esto representa un desafío cada vez mayor para los gobiernos democráticos nacionales, distritales y locales que **no** estaban preparados para gobernar desde la perspectiva de la multiculturalidad; pero son situaciones que muchos teóricos años atrás ya habían pronosticado, especialmente para los países en vías de desarrollo. Para esta parte, Martín Barbero uno de los pensadores del multiculturalismo en Colombia sostiene:

“No se trata sólo de asumir la pluralidad como eje de la nación desde la letra, como lo ha hecho Colombia desde la Constitución de 1991. Se trata de transformar las estructuras para que la práctica de la diversidad sea posible sin caer en la desfachatez de disfrazar viejas políticas centralistas y patrimoniales con nuevas palabras como participación, diversidad cultural, descentralización. Hay un desfase entre conceptualizar y asumir la cultura como un campo crucial de transformación de la contemporaneidad, y asumir los necesarios cambios en la estructura de estamentos políticos y públicos. (...) se democratiza respecto de la apertura hacia la aceptación de los nuevos modos de hacer cultura, pero persiste “una concepción oligárquica de la política” donde ésta se concibe como extensión de las relaciones privadas. (...) Si lo que busca el Estado es construir un ámbito de diálogo desde lo cultural, tiene que asumir tanto la transformación de las estructuras administrativas como de las nociones de política cultural implicadas. De lo contrario corre el riesgo de disfrazar viejos esquemas autoritarios con nuevas concepciones de cultura” (Barbero, Ochoa, 2005).

Es, por tanto, que hoy, dentro de cada país, se vienen adoptando políticas sociales para atender a estas nuevas problemáticas, incluyendo éstos temas, dentro de las constituciones nacionales, como un camino hacia la búsqueda de caminos de diálogo, concertación y armonización. En la misma dirección, pero desde una visión más global, Touraine al referirse a la sociedad multicultural sostiene:

“No hay ninguna discontinuidad entre la idea del sujeto y la de sociedad multicultural y más precisamente de comunicación intercultural, porque sólo podemos vivir juntos con nuestras diferencias si nos reconocemos mutuamente como sujetos”(Touraine, 1997: 166)

En este caso, con la afirmación de Touraine acerca de poder vivir juntos en un multiculturalismo global, podemos ver que los indígenas siempre han pensado y practicado la vivencia armónica en el sujeto colectivo, en el respeto hacia el otro, en el equilibrio y armonía, en poder llegar al buen vivir o en el vivir bien de las comunidades.

Un reciente estudio de Figueroa (2009) sobre Políticas públicas, menciona específicamente la situación de los indígenas de Chile y su avance en políticas sociales, donde sostiene:

“...tras diecisiete años de tramitación legislativa, Chile ratificó el Convenio 169 de la OIT. Estos antecedentes han supuesto una pérdida de confianza de parte de los pueblos indígenas hacia el Estado, pues surgen dudas respecto del verdadero alcance e impacto que sus iniciativas tienen, especialmente cuando muchas de las disposiciones finales no reflejan el verdadero espíritu que convocó a estos pueblos a participar. Como señalan ellos mismos, en la implementación de la mayoría de las políticas se ha evidenciado un fracaso debido a la falta de integración de elementos culturales, valóricos, históricos, sociales, económicos... Los pueblos indígenas no pueden sentirse identificados con medidas o iniciativas que no toman en cuenta sus valores, actitudes, creencias y formas de organización, entre otros aspectos”(Figueroa, 2009: 13).

Por esta razón se comenta que actualmente hay una difícil relación entre el Estado chileno y los pueblos indígenas frente al concepto de salud intercultural, esto para hacer entender y colocar en práctica en los gobiernos actuales que no están acostumbrados a llevar a cabo una convivencia multicultural, a reconocer el valor de las comunidades ancestrales; pero que a pesar de todo el autor nos explica con algunas sugerencias a mencionar:

“Para la mayoría de los pueblos indígenas, la realización de su plan de vida depende de la existencia y de la preservación, o incluso del florecimiento y el desarrollo de su cultura. En una sociedad multicultural como la actual, los Estados deben ser capaces de crear las condiciones para garantizar la satisfacción de las necesidades (en su sentido más amplio) de todas las personas. Esto requerirá de la existencia de espacios públicos culturalmente inclusivos y socialmente diversos. Sin embargo, la exclusión de las culturas originarias no ha permitido la formación de una cultura ciudadana pluralista e intercultural, necesaria en el mundo en el que vivimos. Por lo tanto, se hace necesario un cambio de paradigma, donde los pueblos indígenas sean puestos en el centro de las estrategias, como actores y partícipes de su propio desarrollo. Si bien algunos países latinoamericanos han adoptado estrategias diferentes frente a las demandas de los pueblos indígenas, no han podido paliar la existencia de problemáticas sociales y culturales apremiantes que afectan a estos grupos en particular y, por lo tanto, a la sociedad en su conjunto. A nuestro juicio, el error es que estas políticas se han diseñado y ejecutado en ausencia de estos pueblos”. (Figueroa, 2009: 7)

Por esta razón Figueroa sostiene que para un gran avance del multiculturalismo en las naciones latinoamericanas, sus nuevos desafíos, resalta la necesidad de transformaciones estructurales en los Gobiernos de los Estados de Derecho.

Este estudio nos contextualiza con datos estadísticos acerca de la población indígena actual de Latinoamérica y del mundo, sin dejar de sugerir la urgente necesidad que existe del desarrollo de nuevas políticas para la atención en salud de los pueblos originarios. Siendo así, la salud es uno de los aspectos más preocupantes por los gobiernos y las comunidades, por la situación de pobreza, marginalidad, exclusión, oportunidades y, la falta de políticas sociales adecuadas a sus necesidades y costumbres ancestrales (ONU, 2010).

Se trata de un tema de discusión sobre el trato que están dando las naciones a los pueblos indígenas y las políticas que se están implementando en cada Estado para responder a sus necesidades; aspecto que se ha venido trabajando desde las Naciones Unidas, (2006), concretamente sobre los objetivos de desarrollo del milenio aspectos como: reducción de la mortalidad en la niñez, mejoramiento de la salud materna y lucha contra la infección por el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades, donde los pueblos

indígenas miran como una necesidad urgente el buen desarrollo y la aplicación de dichos objetivos (ONU, 2006).

Finalmente, se necesita que los países involucrados adopten los procesos nacionales para la aplicación de los objetivos del milenio ODM con la participación plena y efectiva de los pueblos indígenas. Es importante reconocer que hay estudios tanto en Colombia y en América Latina que están haciendo aporte a los gobiernos para que tomen medidas, estrategias en las agendas de los gobiernos y, así se vaya implementando políticas públicas en salud para el mejoramiento de la atención y reconocimiento a los derechos de los pueblos ancestrales de este continente, tarea que es bastante amplia para los gobiernos y que deben desarrollar políticas de acuerdo a la realidad de estos pueblos y a la realidad del contexto nacional.

2.4 Antecedentes histórico/normativos

Desde antes del inicio de la colonización europea de América, lo que hoy es Colombia ha sido un territorio multiétnico y, pluricultural, diversa en regiones, naturaleza y en la composición social; sin embargo, esta realidad solo se reconoce de manera oficial a partir de la Constitución Política de Colombia de 1991, (Artículo 7). En Colombia y en América Latina las ciudades hoy tienden a ser cada vez más diversas, haciendo que los problemas a atender son cada vez más complejos; por ello, se necesita más participación en el diseño y en la implementación de políticas públicas, en este caso, en salud, adecuadas a la realidad de contexto de la ciudad y de la comunidad. Estas políticas públicas han de ser formuladas, construidas e implementadas con fuerte proceso de deliberación y participación de la comunidad (Fischer, 2003).

2.5. El sistema general de seguridad social en salud colombiano

Otro antecedente histórico bien diferente a lo anterior, pero que representa un hito para pensar la salud en Colombia es la Ley 100 de 1993, Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Bajo una presión de la banca multilateral (Fondo Monetario Internacional y Banco Mundial), los países empezaron a desmontar sus sistemas de financiamiento público en salud y educación, lo cual representarán nuevos obstáculos para la aplicación del sistema de seguridad social en salud para los Pueblos Indígenas. Los sistemas de salud empiezan a desdibujarse por completo, pasan de ser un derecho a ser un servicio, pasa a ser monetizado.

La nueva normatividad modifica radicalmente la visión de derecho; dificulta la ejecución de las prioridades de las autoridades indígenas, porque quienes van tomando decisiones ahora son los alcaldes y los secretarios de salud quienes definen y ejecutan **sus** prioridades. En este nuevo sistema de salud los hospitales prestan los servicios y manejan los recursos, la cultura tradicional de los indígenas empieza a debilitarse, el seguro de salud que ofrece el régimen Subsidiado tiene carácter individual que se opone al pensamiento colectivo de las culturas indígenas, la imposición de un modelo de servicios y de programas occidentales de salud a cambio de recursos económicos amenaza el orden colectivo y las culturas tradicionales de la salud (CRES, 2011)

Para mediados de 1990, la ley 100 había desmontado gran parte de las políticas desarrolladas anteriormente en salud (la Ley 10 de 1990, el Decreto 1811 de 1990 y la gratuidad en salud y el respeto a la diversidad consagrados en la CN '91), fueron rápidamente opacados por la Ley 100 de 1993, que prácticamente enterró todos los derechos en salud para los pueblos indígenas, dejándolos sin recursos, ya que estos fueron entregados a las Empresas Promotoras de Salud, EPS, Administradoras de los Recursos del Régimen Subsidiado, ARS y las Instituciones prestadoras de servicios en Salud, IPS. Los fondos para la atención en salud para los indígenas prácticamente desaparecieron, lo cual generó un gran retroceso en las políticas de salud que venían avanzando a favor de los pueblos indígenas (CRIC, 2011).

La Ley 100 de 1993 no abordó el problema de la salud para los indígenas, tampoco vio necesario la adecuación de unos servicios de salud diferenciados a las particularidades

culturales, sociales y ambientales de las comunidades, tal como lo establecen muchas leyes vigentes en el campo de políticas en salud. La Ley 100 impuso un modelo de servicios de salud homogéneo para todo el país, basado exclusivamente en la medicina occidental que se practica tanto en las ciudades, zona rural y en los resguardos indígenas.

Además, la ley 100 fomentó la proliferación de empresas privadas en salud (ARS, EPS, IPS, ESE) las cuales no hacían más que dividir a las comunidades, ya que los recursos que el gobierno giraba para atender a la salud de los indígenas, por el decreto 1811 de 1990 (situado fiscal), algunos de los recursos se destinaron al FOSYGA³ y de esta manera a las EPS privadas. Así que la nueva política en salud que fue impuesta—no fue construida colectivamente, ni consultada con los pueblos indígenas—resultó excluyente para los indígenas. Como lo reporta un informe IWGIA (2010) en una consultoría cuando hace referencia a la salud de los indígenas en Colombia:

"Los pueblos indígenas siguen al margen de la sociedad: viven en condiciones de pobreza, tienen menor nivel de educación, mueren a una edad más temprana, mayor probabilidad de suicidio, en términos generales, presentan un estado de salud y bienestar en condiciones peores al resto de la población." (El mundo indígena 2006, Grupo de Trabajo Internacional sobre Asuntos Indígenas [IWGIA], reconocido como entidad consultiva por el ECOSOC, p10.)

Por otra parte la misma norma como es el Acuerdo 08 de 2010 afirma en uno de sus artículos:

ARTÍCULO 66. Plan obligatorio de salud para comunidades indígenas. Las EPS del Régimen Subsidiado que afilian a población indígena deberán concertar con las comunidades indígenas la adecuación sociocultural y logística de los contenidos del POS previa aprobación de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud y aprobación definitiva de la Comisión de Regulación en Salud, dentro del tope máximo de la UPC subsidiada sin disminuir los contenidos previstos en el presente Acuerdo. (CRES, 2010)

La ONG A y C salud (2007) informa que en Colombia la población indígena ha denunciado tres flagelos que los vienen afectando de manera principal: la discriminación,

³. El FOSYGA es el fondo de solidaridad y garantía donde se encuentran todos los recursos para el régimen subsidiado y especial.

la inequidad y la exclusión. Esto muestra como la ley 100 de 1993, al momento de construir y legislar no tuvo en cuenta los aportes de las comunidades indígenas.

Para esto se han venido desarrollando propuestas de política pública en salud de los pueblos indígenas y mediante este procedimiento se vienen desarrollando algunas normas que buscan encontrar una ruta para mejorar la situación de la salud de los grupos indígenas, entre esas propuestas existen elementos para desarrollar una política pública en salud:

-Abordaje integral de la salud de acuerdo al nivel cultural y de tradiciones del grupo Étnico.

-Autodeterminación de los pueblos, garantía que la comunidad se le ofrezca un servicio de acuerdo a sus necesidades pero sin ir en contra de sus tradiciones y organización comunitaria.

-Participación sistemática, que se articule el trabajo con la comunidad para lograr así una población más consciente de sus necesidades en materia de salud.

-Respeto y revitalización de las culturas indígenas, mediante un proceso adecuado lograr arraigar las tradiciones y cultura de la población.

-Reciprocidad en las relaciones, Directrices para que los estados impulsen modelos de salud alternativos para los pueblos indígenas con su plena participación.

-Derecho al reconocimiento legal, practica de medicina tradicional, tratamiento, farmacología, prácticas y promoción en salud incluyendo la prevención y la rehabilitación.

-Protección de las plantas de uso medicinal, animales y minerales esenciales para la vida en sus territorios tradicionales.

-Usar mantener desarrollar y administrar sus propios servicios de salud.(A y C salud, 2010)

Para finales de 1993 se expide el Decreto 1088, la cual viabiliza a los cabildos indígenas, impulsándolos a organizarse o conformarse como asociaciones de cabildos y de esta manera también poder constituir empresas de salud, orientados hacia la atención en salud conformes con la cultura indígena. Estas empresas propias se basaban en el sentido de prestar los servicios de atención, sin interés de lucro, a partir de la primera propuesta de salud, como es el Régimen Especial Indígena de Salud con la (Ley 691 de

2001), donde se puedan ir adecuando programas de atención, fortalecimiento de la medicina tradicional, capacitación a los indígenas en salud y la financiación, a través de la administración de los recursos en salud.

2.6. Normatividad Indígena en salud

De igual manera nace la ley 60 de 1993, Sistema General de participación de los Recursos de la Nación; así que gran parte de los recursos se destinarían para salud, educación y medio ambiente. En este contexto se hacen grandes esfuerzos propios para la inversión en la propuesta política de la implementación del Régimen Especial Indígena en Salud, REIS, y la emisión de un decreto que viabilice las Empresas Prestadoras de Salud Indígena.

Finalizando la década de los 90s, las comunidades empiezan a conformar sus propias EPS I en Colombia: AIC, Mallamas, Dusakawi, Manesca, Selva Salud, Pijao Salud, Tairona Salud, entre otros. Esta iniciativa fortalece el sistema propio en salud estando dentro de otro sistema de salud. Fue una experiencia cargada de dificultades, porque significaba enfrentar un sistema que intentaba convertirse en expresión de conocimientos y valores propios con otro sistema basado en la imposición de criterios fundamentalmente de corte financiero, privatizante y neoliberal. Muchos pensadores indígenas afirmaron que no se puede luchar contra un sistema mientras uno forma parte de él, debido a eso se debilitaron ampliamente los programas de salud.

Las imposiciones privatizadoras del sistema de seguridad social en salud llevaron a que entre los años 1996 a 2002 el movimiento indígena hiciera grandes movilizaciones en rechazo a la política de privatización total, mediante acciones de vías de hecho como marchas, bloqueos de vías, entre otros (Universidad de Antioquia, 2010).

Tabla 1. Registro de Acciones Colectivas en el Departamento del Cauca

Año	Nº de acciones	Índice de movilización Base 90
1990	89	100,0
1991	91	102,2
1992	63	70,8
1993	53	59,6
1994	64	71,9
1995	72	80,9
1996	85	95,5
1997	91	102,2
1998	106	119,1
1999	111	124,7
2000	70	78,7
2001	57	64,0
2002	76	85,4
TOTAL	1 028	

Fuente: Cálculos propios sobre la base de información tomada de J. Agredo y L. Flórez, "Hacia una caracterización de las acciones colectivas en el Departamento del Cauca (1990-2002)", Tesis de grado, Popayán, Universidad del Cauca, 2005.

Las reclamaciones de los indígenas eran cada vez más grandes, pero la represión del sistema dominante se hacía cada vez más fuerte; pareciera como si se regresara a la década de los '70.

En ésta encrucijada se presenta en todo el país la agudización de la violencia; la población civil colombiana no sólo empieza a exigir los derechos en salud, sino también en programas para el desarrollo rural, mejoramiento en la educación, la no privatización de los recursos naturales y sobre todo la libertad para exigir los derechos, la oportunidad, la inversión social. A inicios del año 2000, justo a puertas de firmar el plan Colombia y el TLC, se desata una gran represión contra la población indígena por parte de sectores del ejército y paramilitares, de un lado, de la otra los civiles se encuentra en medio del fuego de los anteriores y la guerrilla y parte del narcotráfico que busca resguardar su comercio entre el fuego cruzado. (Muchos de las víctimas de esa violencia, hoy se encuentran en las ciudades y en las cabeceras municipales de varios departamentos. Son las principales víctimas del desplazamiento forzado de civiles en Colombia.)

La ley 691 de 2001, iniciativa del parlamentario indígena Jesús Enrique Piñacué Achicué en el Congreso de la República, busca definir la participación de los Grupos Étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia SGSSS. A pesar de que la ley fue aprobado, hasta el momento no se ha reglamentado; esta Ley, si se llega a reglamentar, ayudaría mucho a impulsar una política en salud especial para todos los indígenas de Colombia, incluidos los del Distrito Capital, porque es la norma que orientaría hacia los diseños e implementación de una política pública en salud en todo el territorio Nacional.

La Ley 100 de 1993, se ha convertido en obstáculo para los proyectos en salud de las comunidades indígenas, especialmente porque impone el pensamiento, las políticas y los programas del estado neoliberal, que no se pueden compaginar con las propuestas y planteamientos de los indígenas, que buscan una salud para la vida, para el ser, una salud más humana, equitativa, una salud diferenciada para los indígenas, con políticas, con financiación, con capacitación, con articulación e investigación desde lo propio. En cambio, el SGSSS (Ley 100 de 1993), se fundamenta en un interés privado, lucrativo y con visión de venta de servicio y mercadeo; esta visión y lenguaje no puede armonizarse con las propuestas de políticas en salud para indígenas. Existen una gran cantidad de temas, como la adecuación de programas en salud desde lo propio para el cuidado de embarazo, parto institucional, identificación, carnetización, citología, fumigaciones, control de población, donde el SGSSS nunca ha querido dialogar, ni reconocer la validez de las posiciones indígenas. Se parte de la visión de superioridad, de imponer la “lógica” de que debe haber siempre unos costos y beneficios, lo cual, no es acorde con las realidades y necesidades de las comunidades indígenas.

La ley 100 de 1993 también fomentó fuertes disputas por los recursos con los entes territoriales, ya que se presentaron varias dificultades para ejecutarlos de acuerdo con las prioridades de las autoridades indígenas. Como los municipios han sido intermediarios de los programas de salud, muchos recursos se han quedado en el camino, porque las entidades territoriales los destinan para otras inversiones, diferentes a la salud.

Entonces, cualquier esfuerzo por iniciar un proceso de definición de una política pública en salud para indígenas residentes en Bogotá se encuentra obligatoriamente en la necesidad de responder a las múltiples influencias ejercidas por la Ley 100, en especial su profunda filosofía mercantil, que por principios tiene que desconocer y hasta negar la realidad diversa de Colombia y en el caso del presente trabajo, de las comunidades indígenas residentes en Bogotá.

3. CAPITULO 3

3. Marco contextual, histórico, poblacional y Geográfica de los indígenas en Bogotá

En este capítulo referenciaremos a todos los grupos indígenas que hacen parte de la ciudad, su proceso organizativo, su estructura política, su interlocución con el Estado y el Distrito y su proceso de vida en la ciudad

3.1. Población indígena en Bogotá

El censo de población en Bogotá realizado por el DANE en el 2005 arrojó como resultado 6.778.691 habitantes, de los cuales 15.032 (0.22%) corresponden a población indígena (cifra no del todo confiable). A pesar de ser un porcentaje reducido, se encuentra en crecimiento; cada vez llegan más indígenas a la ciudad por distintos motivos, que en lo que antecede se han mencionado. Se ubican en las veinte localidades de la ciudad, en donde se van uniendo a los cabildos indígenas que se encuentran organizados, con una autoridad y que cuentan con proyectos o planes de vida. Además, en la ciudad cada vez hay más personas que reivindican su identidad; reconocen que llegaron a esta ciudad hace cuarenta o cincuenta años, que tienen raíces indígenas y que hoy están retomando y fortaleciendo sus costumbres ancestrales. El censo también indica que en mayor proporción proceden del sur de Colombia, la costa Atlántica y del Pacífico colombiano.

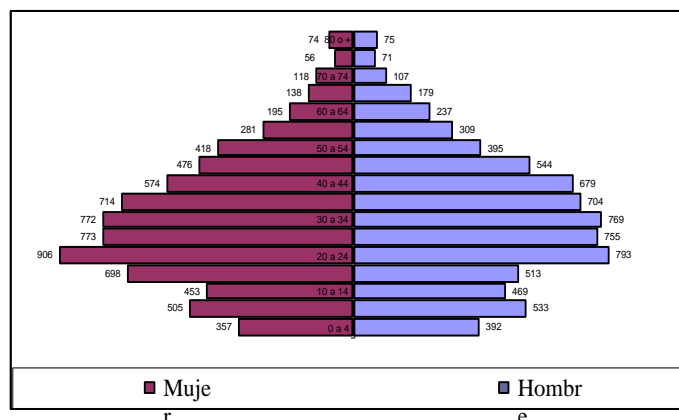
Tabla 2. Población indígena de Bogotá

	Total	Hombres	Mujeres
Total población de Bogotá	6.778.691	3.240.469	3.538.222
Indígenas	15.032	7.524	7.508

Fuente: Tomado Política pública Indígena 2011. Censo General 2005 - Información Básica - DANE Colombia. Procesado con Redatam+SP, CEPAL/CELADE 2007 por Dirección de Equidad y Políticas Poblacionales, SDP.

a mayor concentración de la población indígena en Bogotá se encuentra en la periferia, en sectores deprimidos y marginales, así como en las localidades más pobladas, como Suba (23,3%), seguida por Bosa (12,9%), Engativá (10%) y Kennedy (6.2%)⁴. También está asentada en la localidad de La Candelaria (1.2%), centro de Bogotá,

Gráfica 1. Estructura de la población indígena residente en Bogotá



Fuente: Política pública Indígena 2011. Censo General 2005 - Información Básica - DANE - Colombia. Procesado con Redatam+SP, CEPAL/CELADE 2007 por Dirección de Equidad y Políticas Poblacionales, SDP.

Santa Fe (0.68%) y los Mártires (0.5). Estas localidades, además de ser las principales receptoras de grupos indígenas, poseen un mayor número de grupos étnicos, entre ellos los afrodescendientes, Gitanos, Rom, Palenqueros y Raizales.

⁴: Política pública indígena 2011.

Además de los factores migratorios, la población indígena se incrementa por la tasa de natalidad, ya que el rango de edad predominante en la ciudad está entre los 20 y 24 años, que constituye el 9.6% de la población total de los indígenas residentes en la ciudad. Esto hace suponer que en los próximos años seguirá el crecimiento poblacional debido a que los niños nacidos en la ciudad harán parte del Cabildo Indígena, como organización que los representa.

En Bogotá existen cinco Cabildos⁵ indígenas registrados ante la Dirección de Asuntos Indígenas del Ministerio del Interior, que son Entidades Públicas de carácter especial,

Tabla 3. Distribución de la población indígena residente en Bogotá por localidades

Población Indígena en Bogotá			
Localidad	Total	Hombres	Mujeres
Usaquén	656	290	366
Chapinero	292	119	173
Santa Fe	706	385	321
San Cristóbal	382	198	184
Usme	723	365	358
Tunjuelito	370	195	175
Bosa	1.941	1.016	925
Kennedy	936	497	439
Fontibon	576	273	303
Engativa	1.505	766	739
Suba	3.509	1.697	1.812
Barrios Unidos	295	102	193
Teusaquillo	373	198	175

⁵ Acuerdo 359 según lo estipulado en la Ley 89 de 1890 define *Cabildo indígena* como una entidad pública de carácter especial, cuyos integrantes son miembros de una comunidad indígena, elegidos y reconocidos por ésta, con una organización sociopolítica tradicional, cuya función es representar legalmente a la comunidad, ejercer la autoridad y realizar las competencias y funciones que le atribuyen las leyes, sus usos y costumbres y la ley de origen o derecho mayor o propio de cada comunidad.

Los Martires	484	248	236
Antonio Nariño	213	99	114
Puente Aranda	186	104	82
La Candelaria	284	133	151
Rafael Uribe	711	379	332
Ciudad Bolívar	889	459	430
Sumapaz	1	1	0
Total	15.032	7.524	7.508

Fuente: Censo General 2005 - Información Básica - DANE – Colombia. Procesado con Redatam+SP, CEPAL/CELADE 2007 por Dirección de Equidad y Políticas Poblacionales, SDP. Tomado de Política Pública Indígena 2011.

los Cabildos en mención son: Cabildo Indígena Muisca de Suba, Cabildo Indígena Muisca de Bosa, Cabildo Indígena Inga, Cabildo Indígena Ambiká Pijao y Cabildo Indígena Kichwa de Bogotá, este último es de indígenas procedentes del Ecuador, pero que tienen una residencia de muchos años en Colombia y algunos de ellos son nacionales o nacionalizados.

Tabla 3. Presencia de Etnias Indígenas en diferentes Localidades

ETNIA	#PERSONAS	# FAMILIAS	LOCALIDADES
Muisca de Suba	8293	2341	Suba
Muisca de Bosa	2856	731	Bosa
Inga	600	115	Candelaria
Pijao	1721	440	Usme
Kichwa	1250	275	Engativa
Nasa	829	273	Kennedy
Yanacona	171	79	Ciudad Bolivar
Misak	326	117	Fontibon
Pastos	210	83	Mártires

Uitoto	158	43	San Cristóbal
EmberáKatio y Chami	600	150	Santafé
TOTAL	17014	4647	

Fuente: Tabla construida con la información del Anexo 1.

Hay otros cinco pueblos indígenas con importantes procesos organizativos en Bogotá, Colombia, como son los Nasa, Yanacona, Pastos, Misak y Uitoto⁶, que hacen parte de las Mesas Nacional y Distrital de Concertación. Además, por su capacidad organizativa vienen desplegando importantes procesos de construcción para el fortalecimiento de los planes de vida comunitario, aunque son de diversos orígenes y regiones, por circunstancias del conflicto armado se encuentran radicados en la capital desde hace muchos años; unos vienen del Suroccidente de Colombia, otros de la Amazonía y, en términos generales, de las regiones que presentan situaciones de orden público.

Acreditan una significativa población, son comunidades legítima y legalmente reconocidas como autoridades desde sus territorios de origen y en la ciudad; además, se han identificado otros procesos organizativos configurados también como Cabildos que en estos momentos están inquiriendo el Acto Administrativo de Inscripción y Registro por parte del Ministerio del Interior.

⁶. Política Pública 2011

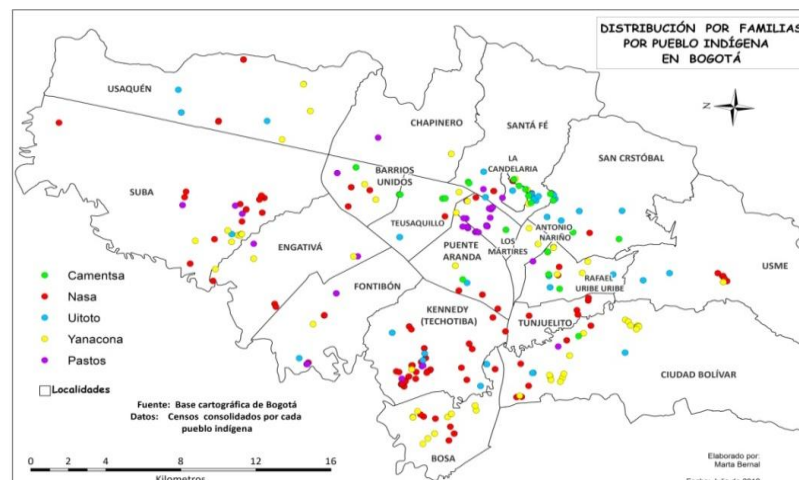
3.2. Geo-referenciación y análisis territorial de las comunidades indígenas en Bogotá

En el contexto del trabajo realizado en la Mesa de Concertación, se adelantó el proceso de recolección de la información que permitió un mayor reconocimiento de la presencia de diferentes grupos étnicos que residen en el Distrito Capital. Anexo Mapa 1.

También se logró la construcción de la siguiente grafica que muestra la distribución de familias pertenecientes a algunas de las comunidades que habitan en Bogotá.

El mapa muestra la distribución de los habitantes indígenas en Bogotá; los puntos de color rojo representa las familias Nasa con una mayor frecuencia de 218, Yanaconas puntos de color amarillo con 118 familias, puntos de color azul representan a las familias Uitoto con 74, el pueblo de los Pastos de color morado con 74 familias y de color verde están los Kamentsa con 37 familias.

Mapa 1: Localización de familias indígenas por localidad. Julio de 2012



Fuente: Proyecto de Fortalecimiento de la Medicina Ancestral en Bogotá

Así, se puede observar que son Kennedy (Techotiba), Ciudad Bolívar, Suba, Los Mártires, y Bosa las localidades con mayor presencia indígena en el Distrito Capital.

En Bogotá, la dinámica de migración indígena indica que cuando llegan son recibidos por otros familiares, amigos ó vecinos quienes ya están instalados en las periferias urbanas o

en barrios populares, encontrando y afianzando redes de apoyo para enfrentar las dificultades propias de habitar en un entorno diferente al de sus lugares de origen. La ciudad es un escenario con diferentes dinámicas, dificultades y oportunidades; por un lado la necesidad de obtener recursos económicos para sobrevivir, acceder a la educación, etc.; sin embargo, por otro lado, es un lugar político propicio para el dialogo y la concertación generados por los mismos procesos organizativos de las comunidades indígenas. Esta interacción se convierte en una forma de re-territorializar las identidades, de recrear nuevos escenarios, de buscar nuevas condiciones laborales, educativas, económicas ó políticas.

A partir de la información recolectada se pudo constatar que los indígenas estudian en universidades, colegios e institutos capitalinos, trabajan en fábricas, empresas ó en el sector informal o estatal y construyen territorio porque politizan el espacio en un dialogo colmado de propuestas y significados. Para tener una mirada más cercana a estas formas de pervivir, se presentan a continuación algunos mapas que ilustran este análisis, los cuales se presentan como un insumo para el abordaje de la lectura territorial para los pueblos indígenas que habitan en Bogotá.

Seguidamente se presenta un mapa que indica la ubicación de los hospitales de primer nivel donde con mayor frecuencia acuden los indígenas que residen en Bogotá. En la gráfica podemos observar que en el Distrito Capital existen trece centros de salud de nivel I de la red pública distrital que tiene proceso de intervención y actividades en el tema indígena, donde existen referentes profesionales, técnicos o gestores comunitarios que hacen acompañamiento a los caso de salud de los indígenas distribuidos en las distintas localidades de la ciudad. Anexo Mapa 2. Red hospitalaria.

En otro mapa (Anexo 3) se puede observar cómo en el Distrito Capital existen trece centros de sanación de los pueblos indígenas, medicina tradicional, donde se lleva a cabo la prestación de servicios en salud desde la visión propia, la práctica de rituales tradicionales, centros ceremoniales, como también la promoción y prevención en la salud. Anexo Mapa 3.

Para llevar a cabo estas prácticas tradicionales, los pueblos indígenas de la ciudad adecuan espacios propios, sin dejar de usar los espacios sagrados como son los humedales, lagunas y páramos que todavía existen alrededor o dentro de la ciudad, también se han ido adecuando espacios como el Jardín Botánico en pleno centro de la ciudad o el de los Tubu cerca a los cerros orientales de Bogotá.

3.3. Diversidad en el Distrito

Según estudios distritales⁷, Bogotá es una de las ciudades más diversas de Latinoamérica, alberga más de 90 comunidades y grupos étnicos⁸ de todos los rincones del país que han llegado por diversos factores a la ciudad: sociales, económicos y políticos. Por la misma razón, Bogotá es actualmente una ciudad con más participación de sectores, donde hay más deliberación y, elaboración de propuestas. Es una de las razones por la cual, en los últimos dos gobiernos como es la de Luis Eduardo Garzón y Samuel Moreno Rojas se viene abriendo y fortaleciendo los espacios de participación para el diseño de políticas, programas y proyectos para atender a esta gran diversidad de problemas y situaciones que se están presentando en la ciudad; aunque todavía falte más acción en la operatividad y más implementación.

En los últimos ocho años en los planes de desarrollo distrital se esfuerza por lograr el cumplimiento del mandato que hace la Corte Constitucional al gobierno nacional para que se adopten políticas que incorpore el enfoque diferencial⁹, con el propósito de reconocer e incluir como parte de la ciudad a los integrantes de grupos minoritarios que hacen presencia en la capital y así fortalecer el programa de gobierno como la Bogotá diversa e incluyente (Plan de Desarrollo Bogotá, 2008-2012).

En el Plan de Desarrollo del 2004–2008 ya se había incluido en los programas de gobierno a grupos étnicos afros en Bogotá; seguidamente para el plan de desarrollo de 2008-2012 se fomenta la participación de otros grupos étnicos que anteriormente no se encontraban presentes, como eran los indígenas. Se logra la adopción del Acuerdo 359 de 2009 en el Concejo de Bogotá para diseñar por primera vez una política pública distrital, que incluye el tema de salud de las comunidades indígenas, por ser tal vez la

⁷. IDPAC, 2011, formulación participativa de la política pública distrital para el reconocimiento, garantía, protección y restablecimiento de derechos de la población indígena en Bogotá. Documento de trabajo, febrero 2011. Bogotá D.C.

⁸. Grupo étnico en Colombia se define a grupos de población ancestral o precolombinos habitantes que se poblaron mucho antes de la conquista en 1492, especialmente los grupos indígenas, que hoy en Colombia suman alrededor de 105 pueblos distribuidos en las diferentes regiones del país; también recibieron la categoría otros grupos minoritarios que llegaron a habitar en Colombia después de la colonia como son los grupos Afro descendientes, quienes recibieron esta categoría por ser originarios de África, entre los cuales también se encuentran los Raizales de San Andrés Islas, otro grupo minoritario de origen Africano, de igual manera los Palenqueros, grupos minoritarios de origen Africano que habitan en la Costa Atlántica, quienes resistieron y sobrevivieron en la colonia, finalmente se encuentran otro grupo que llegó a Colombia a inicios del siglo XX, como fue el de los Gitanos, grupo minoritario que llegó de Europa, huyendo sobre todo de la segunda guerra mundial, quienes hoy habitan en varios departamentos y ciudades de Colombia.

⁹. Corte Constitucional, Sala Segunda de Revisión Auto N° 004 de 2009. República de Colombia. Bogotá

problemática más sentida por este grupo. Es aquí donde se implementan las ideas y propuestas planteadas por los indígenas en las mesas de participación sobre el concepto de salud, para así poder responder de alguna manera a las necesidades más sentidas por las comunidades indígenas, para de esta manera alcanzar una política pública que garantice el acceso a la salud, de forma plena y oportuna.

Desde el año 2009, con la participación de sus Autoridades, los pueblos indígenas residentes en Bogotá vienen participando en las mesas distritales de participación, concertación y de consulta, donde se han trabajado diversos temas como salud, educación, empleo, jóvenes, vivienda, seguridad alimentaria, medio ambiente y desarrollo social, tendientes a la construcción e implementación de la política pública indígena para el Distrito Capital. En las mesas de concertación se han realizado una serie de diagnósticos de los problemas y necesidades de la población indígena; luego se definen propuestas con el fin de convertirlas en acciones y finalmente articularlas en el Plan de Desarrollo Distrital, para volverlas planes, programas y proyectos con plan de inversión incluido, de acuerdo a cada ítem que se articule con la comunidad (IDPAC, 2009).

3.4. Contexto General de los Pueblos Indígenas en Bogotá, según la política pública¹⁰

En Bogotá se encuentran ubicados 28 pueblos indígenas, originarios de territorios como: Amazonía, Llanos orientales, costa Pacífica, Costa caribeña y región Andina. Debido a las diferentes problemáticas que existen en estas regiones como la violencia armada, el desplazamiento, los avances de mega proyectos agroindustriales y mineros en sus regiones, la pobreza y aislamiento geográfico, muchos indígenas salen de sus territorios en busca de oportunidades a las zonas urbanas, especialmente Bogotá, donde encuentran otros contextos muy distintos a los acostumbrados en sus lugares de origen. En este contexto nuevo confrontan dificultades como la falta de empleo y el

¹⁰. Secretaría de Integración Social, 2011. Formulación participativa de la política pública distrital para el reconocimiento, garantía, protección y restablecimiento de derechos de los pueblos indígena en Bogotá septiembre. Alcaldía Mayor de Bogotá. D.C.

desconocimiento cultural, en situaciones nuevas hasta entonces; deben tomar decisiones, sin contar con la misma organización como colectividad que existía en sus territorios, donde una organización de autoridades tradicionales (Cabildo, Mayores, Thë Walas¹¹, entre otros) los representen ante organismos nacionales e internacionales con la mayor firmeza política.

En este contexto urbano se redimensionan los procesos participativos; sin embargo, las comunidades de algún modo hacen un esfuerzo por mantener la participación de una colectividad y de esta manera no olvidarse de sus tradiciones, usos y costumbres. Es así como se reelaboran algunos valores para que la colectividad pueda ir transformando su cultura al nuevo contexto, al mismo tiempo, se empoderan más en sus derechos y hacen cumplir sus propuestas colectivas que llevan a la búsqueda de soluciones para el vivir bien/buen vivir¹².

La población indígena residente en Bogotá se encuentra organizada en cabildos, para así poder mantener su carácter colectivo y sus costumbres ancestrales. En un gran número de casos, deben hacer frente a un conjunto de dificultades resultantes del desplazamiento forzado, experimentado por muchos de ellos; estas condiciones incluyen la falta de documentación¹³ (identificación), aseguramiento, régimen subsidiado, certificación de las autoridades tradicionales, certificado de acción social o de la fiscalía. Todo ello se convierte en barreras de acceso a la salud para los indígenas en la ciudad; se dificultan la atención, la prestación de los servicios en salud, el reconocimiento a sus derechos como población especial y la aplicación del enfoque diferencial.¹⁴ Durante las deliberaciones sostenidas entre los organismos distritales y las comunidades indígenas,

¹¹. El the wala es el anciano indígena, médico tradicional, quien posee el conocimiento espiritual y que en su gran mayoría viene por linaje, es el que tiene la capacidad de curar enfermedades físicas y espirituales, enfermedades propias de los indígenas y algunas enfermedades externas, por lo general son ancianos y ancianas de la comunidad, también llamados sabios espirituales.

¹². VIVIR BIEN / BUEN VIVIR. Filosofía, políticas, estrategias y experiencias regionales. Ponencia Embajada de Bolivia, 2010. Articulando el vivir bien desde los diferentes pueblos. "Vivir bien es el camino y el horizonte de la comunidad, es la vida en plenitud, implica primero saber vivir y luego convivir. En armonía y en equilibrio; en armonía con los ciclos de la Madre Tierra, del cosmos, de la vida y de la historia y en equilibrio con toda forma de existencia.". 1er Encuentro Internacional de Atención Primaria en Salud APS. Bogotá.

¹³. Muchos indígenas son desplazados por la violencia, muchos de ellos en el momento de huir del conflicto salieron sin poder recoger nada de sus pertenencias, incluida los documentos de identidad.

¹⁴. La concepción de Estado Social de Derecho, sitúa a la institucionalidad pública ante el reto de diseñar acciones afirmativas que permiten la inclusión del enfoque diferencial en la agenda de diferentes Entidades, acciones que fortalecerán el reconocimiento, la representación, la inclusión y la visibilización de los grupos étnicos y culturales que integran la nación. Ministerio de Cultura. 2009.

se consideró importante dar prioridad desde la Secretaría de Salud y las instituciones de salud a la adecuación en las localidades de los programas socioculturales en salud.

Esto busca privilegiar la promoción y prevención desde la medicina tradicional indígena, a través de programas como: crecimiento y desarrollo desde la visión propia, atención a la embarazada, madres gestantes, vacunación, salud sexual y reproductiva, perfil epidemiológico, salud nutricional, modelo de salud, sistema de información y formación del talento humano en salud con enfoque de la medicina facultativa y medicina propia como lo declara la Ley 691 de 2001. Esto ya es parte de ir construyendo y adecuando procesos de política pública que lleven a la práctica para ir resolviendo las necesidades de las comunidades indígenas.

3.5. Algunas características de la presencia indígena en Bogotá

Es importante reconocer que la presencia indígena en Bogotá es bastante ancestral¹⁵, ha variado en el tiempo según las olas o movimientos migratorios desde los territorios de origen hacia la ciudad. Estos se han hecho especialmente fuertes a lo largo de la segunda mitad del siglo XX, generados por los factores ya mencionados—violencia y desplazamiento forzoso—que se considerarán más adelante en mayor detalle.

Igual a la mayoría de los centros urbanos de Latinoamérica, Bogotá ha experimentado en proceso de expansión desde la segunda década del siglo XX, donde a pesar de haber sido una ciudad aparentemente mestiza a principios de siglo, en la actualidad crece tanto la realidad como el reconocimiento de la diversidad étnica y cultural. Se hace visible el hecho de que históricamente la región haya sido un centro donde se desarrollaron culturas indígenas precolombinas (entre estas comunidades se encuentran los pueblos indígenas descendientes de los Muisca de Suba y Bosa) y donde aún se guardan rasgos

¹⁵. Instituto Distrital de Patrimonio Cultural, 2011. Grupos étnicos. Bogotá. Colombia

de predios y de resguardos disueltos entre finales del siglo XIX y a principios del siglo pasado¹⁶.

La situación de los indígenas en Bogotá es aun precaria, no sólo por el deficiente acceso a la salud, sino también por las problemáticas en otros campos, como son educación, empleo, vivienda, crédito, etc. Es por eso que se puede decir que a excepción de un pequeño sector de indígenas que cuentan con un alto nivel educativo, la mayor parte de la población originaria residente en Bogotá presenta niveles de vida inferiores al promedio de la población capitalina, ratificando la asociación entre los fenómenos de etnicidad y pobreza característicos de la mayoría de países del continente, esto según dos entidades que hacen seguimiento a la situación rural indígena en Colombia y otro es el Concejo de Bogotá (2008) según proyecto de acuerdo No. 591 de 2008 "por el cual se establecen los lineamientos de política pública para los indígenas en Bogotá D.C. y se dictan otras disposiciones".

Gran parte de las familias indígenas viven dispersas en los barrios más pobres de la periferia y del centro de la ciudad, compartiendo con los demás habitantes los problemas económicos y las dificultades para acceso a servicios de seguridad social, educación, salud, empleo, vivienda y servicios públicos. En un informe periodístico del nuevo siglo.co en el 2013 dice lo siguiente:

"En Bogotá residen 87 pueblos indígenas. La situación de los indígenas es deplorable en la Capital del país. Según el último censo de población en Bogotá residen 87 pueblos indígenas, incluidos los migrantes de Ecuador, Perú, México y Bolivia. Entre estos se destacan: Coyaima Natagaima, Embera Chamí, Embera Katío, Muisca, Nasa, Sikuni, Guambiano, Kankuamo, Uitoto. El pueblo Muisca representa 38 por ciento del total de la población indígena que habita en Bogotá, concentrados principalmente en Suba, Bosa, Engativá y Rafael Uribe Uribe. 19,7 por ciento se encuentra entre los 18 y 26 años y 49.8 por ciento entre los 27 y 59 años. De cada 100 indígenas en edad productiva, 10,9 indígenas mayores de 64 años son dependientes. En el año 2005, 55,4 por ciento de los indígenas manifestaron haber nacido en otro municipio colombiano y 3.1 por ciento en otro país. Apenas 22.6 por ciento de la población indígena que reside en Bogotá es parlante de la lengua de su pueblo. (Nuevo siglo, 2012).

¹⁶. IDPAC, 2011. política pública distrital Indígena. Bogotá.

La mayor parte de las familias indígenas en la ciudad se caracterizan por su vulnerabilidad económica, jurídica, social y cultural, la cual es especialmente constatable en sus primeras etapas de “adaptación” al contexto urbano, que a menudo es percibido como individualizado, egoísta, excluyente y hostil. Esto resulta ser tan distinto al acostumbrado territorio ancestral, añorado por ser propio: una colectividad tranquila, armónica. Deben aprender a defenderse casi solos, en un medio bastante hostil, pasando muchas veces por difíciles situaciones de vida, las cuales se hacen aún más duras por la falta que les hace las relaciones de la vida colectiva en la ciudad del territorio añorado.

Sin embargo, con el transcurso del tiempo, la mayoría de la población indígena se vale de su conocimiento ancestral, sus valores y de las tradiciones culturales, que se insertan en el proceso productivo para sobrevivir, especialmente en la producción de arte propio, medicina ancestral, donde por tradición se disponen a hacer todo tipo de oficios, que les permite mostrar habilidades y destacarse en diferentes actividades.

Entonces, surgen las etapas de recuperación de su dignidad y de auto-reconocimiento como gente trabajadora; se van capacitando, especializando y profesionalizando para así retroalimentar valores en la familia, comunidad y territorio nuevo y del origen, ya que el sueño de muchos indígenas es regresar al territorio para seguir fortaleciendo los procesos de identidad y cultura propias.

Los pueblos indígenas enfrentan grandes riesgos sociales, culturales, políticos y económicos en las ciudades, no sólo por los conflictos que surgen entre su identidad cultural y una serie de presiones individualizantes y consumistas, se empiezan a sumergirse en un mundo de fantasías, tan diferente a lo que estaban acostumbrados a vivir en sus colectividades. Se confrontan un mundo de promesas seductoras que les coloca en un conflicto abierto con los valores fundamentales de su cultura milenaria; por ello, desde su llegada a la ciudad se mantiene una lucha permanente, encaminada a empezar a hacer colectividad en la ciudad.

Se encuentran con un contexto que poco comprende sus anhelos, por estar absorbida en el trabajo o el estudio, por estar bajo el mando de un jefe, sometidos a horarios, transportes y las interminables presiones de “producir”. El mundo de la ciudad desconoce las lógicas de la vida colectiva en el campo, intentando hacer perder las dinámicas culturales que los diferencian; así que muchos indígenas se hallan en una permanente resistencia frente a la tendencia de ser percibido como otro más que llega a la ciudad en

busca de oportunidades y no como alguien que puede aportar a la ciudad a partir de sus conocimientos ancestrales.

Finalmente, la presencia indígena en las ciudades ha experimentado un rápido crecimiento durante los últimos años, según estadísticas comparativas más recientes que elaboran las instituciones. Existe tanto entre los pueblos indígenas como en el pueblo colombiano en general un proceso de auto reconocimiento y reivindicación de su identidad, que revierte la tendencia histórica de negación de la identidad, por temor a exclusión, por vergüenza y por posición social. Últimamente, con el auge de la identificación de los diferentes pueblos étnicos del país el auto reconocimiento cultural (basado en costumbres y tradiciones) o identificación por los rasgos fenotípicos, se viene dando el proceso de fortalecimiento de las identidades culturales, ya sea en los grupos afros, gitanos, raizales, palanqueros e indígenas en la ciudad.

3.6. Organizaciones indígenas del ámbito Distrital y Nacional

En Bogotá por ser la Capital de Colombia, también concentra a las principales organizaciones indígenas de Colombia, que representan a varios grupos de pueblos indígenas ubicados por regiones, como la región Amazónica, la cual está representada por la Organización de Pueblos Indígenas de la Amazonía colombiana OPIAC, la región de la Costa que está representada por la Confederación Indígenas Tairona CIT y, la región centro andino que está representada por la organización Autoridades Indígenas de Colombia AICO, pero la mayor representación de todas es la Organización Nacional Indígena de Colombia ONIC, que es la que representa básicamente en el territorio Nacional las Comunidades Indígenas; todas estas organizaciones tienen su sede principal en Bogotá, donde hacen las relaciones desde el centro del país para con las comunidades de cada departamento y municipio para los más de 700 resguardos indígenas que hay en Colombia.

3.7. Población indígena desplazada en Bogotá

Como ya se había observado, Bogotá continuamente recibe más población indígena desplazada por los factores ya descritos, resultado de las políticas macroeconómicas inequitativas que buscan beneficiar más las políticas mineras que las poblaciones indígenas que tanto necesitan de políticas públicas dignas y accesibles para indígenas en el territorio nacional. El permanente estado de cosas inconstitucional para los pueblos indígenas en situación de desplazamiento, fue señalado en la Sentencia T – 025 de 2004 y el Auto No. 004 de 2009, en los cuales se emite posición sobre la grave vulneración a sus derechos fundamentales. El desplazamiento de los pueblos indígenas por causa del conflicto armado, el narcotráfico, la disputa por las tierras, la invasión de las multinacionales, la explotación minera y la baja productividad del suelo, entre otros, son factores que amenazan la integridad física y la preservación de la diversidad étnica y cultural del país, principalmente de las comunidades indígenas y afrocolombianas.

Estudios de organismos de derechos humanos y de la misma Presidencia de la República dan a conocer que los pueblos indígenas mayormente impactados y con el mayor riesgo de desaparición por el conflicto armado son los Nasa, los Embera katio y chami, los Wayuu, los Kankuamo, los Kogui y los Awá. Esta situación se puede explicar considerando que las zonas más afectadas por el conflicto y disputa por el control de la tierra, son regiones ricas en recursos naturales, minerales, objeto de grandes proyectos de inversión por parte del Estado y de concesión por empresas multinacionales, sus tierras son fértiles para cultivos y son zonas geográficamente estratégicas para la guerrilla, los narcotraficantes y las bandas criminales emergentes (política pública indígena, 2011).

Para el año 2010 la cifra de población desplazada en Colombia era de 3.486.305 personas, cifra que ha ido en aumento, más del 10% de los desplazados en Colombia son indígenas. En Bogotá, el total era de 292.913 personas. De las cuales, 30.141 manifestaron pertenecer a algún grupo étnico. En total 6.932 de esas personas pertenece a algún pueblo indígena, representado el 23%(SIPOD, 2010), quienes viven en condiciones precarias, en zonas de alto riesgo, hacinados y con dificultades para el acceso a los servicios públicos. Dentro de los pueblos indígenas que habitan en Bogotá, quienes se han visto mayormente afectados por esta tragedia humanitaria se encuentran

los Embera, Wounnan, Tubu, Kankuamos, Nasa y Pijaos (Política Pública Indígena, 2011).

Hasta ahora algunas políticas apenas están en proceso de discusión, ni siquiera se encuentran en implementación; parece ser que a la nación colombiana le falta mucha voluntad para construir, diseñar e implementar políticas públicas para indígenas en la capital y en el territorio nacional. Se considera de gran importancia que todos los procesos relacionados con estas políticas cuenten con una amplia participación de las comunidades en la discusión y deliberación, ya que son quienes conocen sus necesidades, sus problemas y tienen el conocimiento para resolver esas necesidades y esos problemas.

4. CAPÍTULO 4

4. Sistemas propios en salud: Experiencia nacional

En el presente capítulo se exploran los desarrollos en las propuestas nacionales de salud propia, por considerar que representan una trayectoria que sirvió de referente para el proceso distrital; inclusive, debido al fenómeno de desplazamiento forzado, en varios casos los integrantes más experimentados del proceso nacional, resultan ser actores importantes en las experiencias del Distrito Capital. Por ello, se considera preciso examinar algunos de los elementos sobresalientes de este proceso.

4.1. Aspectos históricos

Se ha afirmado desde las teorías de los sistemas, según Luhmann que *“cada sistema posee un código binario que lo distingue de los demás sistemas”* (Cansino, 1991: 68), lo cual nos lleva a pensar que todas las sociedades del mundo tienen su propio sistema, sus códigos para organizar, estructurar, funcionar, ordenar, desarrollar, aplicar y sobre todo para vivir como estructuras sociales. Algunos han sido calificados como primitivos, tradicionales, domésticos, industriales y globales, porque cada sociedad tiene su propia forma de ver el mundo y de dar un orden dentro de su estructura social, para resistir, pervivir y concebir el desarrollo de acuerdo a su cosmovisión. De esta manera están en permanente tejido de vida y fortalecen sus bases, como son la educación, la salud, la organización, las normas, territorio y su cultura. Es por eso que Luhmann en su teoría de sistemas afirmaba que un sistema es complejo en tanto es autorreferente y autopoiético, es decir, auto creativo, auto constructivo, que hace uso de la red conformada con sus propios elementos para lograr su operación interna, y de esta manera delimitar su entorno y diferenciarse ante él, para así lograr su reproducción y desarrollo.

Es así, como la sociedad tradicional indígena viene reconstruyendo lo que durante miles de años funcionaba: El orden social mediante la práctica de sus propios sistemas de vida

y que han sido funcional para su pervivencia, pero que esos mismos sistemas durante varios siglos han sido silenciados, mas no apagados, al contrario, nuevamente inicia a florecer para complementar y dar giro a unos sistemas de vida para responder a una sociedad cada vez más compleja, dentro de sus estructuras sociales.

La década de los 70s para el movimiento indígena fue toda una década de lucha, resistencia, persecución, señalamiento, discriminación y de reclamos al Estado colombiano para que se fueran diseñando unas políticas sociales adecuadas para el mejoramiento de la calidad de vida de las comunidades, el movimiento indígena siempre hizo unas políticas propias mediante las vías de hecho, como fueron la recuperación del territorio, la implementación de la educación propia, mediante el nombramiento y capacitación a maestros, de igual manera la salud para la atención a las comunidades indígenas. Hasta finales de 1970 no se había logrado avanzar casi en nada en materia de políticas públicas en salud para pueblos indígenas a pesar de haber realizado cantidad de veces la gestión de propuestas, solicitudes, peticiones y proyectos en salud ante el Estado (Programa de salud del CRIC, 1990).

Para mediados de la década de los 80s, los procesos en salud de las comunidades indígenas iban en avance, el Primer Encuentro de Salud se realizó en Arauca en 1983, priorizando la atención médica, la investigación social y la medicina tradicional. No solo se proponía adelantar la parte política, normativa, sino también la parte investigativa desde la visión en salud propia, ya que las comunidades poseen un conocimiento milenario en salud. Desde esta época se buscaba mostrar las prácticas y de validar esos conocimientos al interior de las comunidades y de sus organizaciones, aunque el Estado no quisiera validar la medicina indígena, esta era la manera de ir haciendo políticas públicas en salud al interior de las comunidades.

Así se desarrollaban propuestas en políticas de salud que iban articulados con educación, territorio y medio ambiente, mientras se mantenían las partes prácticas como capacitación y formación y se realizaban encuentros de programas de salud de las comunidades indígenas.

La zona del Cauca fue la más pujante en la resistencia y construcción de propuestas y políticas, debido a su historia, tamaño poblacional, pero sobre todo por su poder organizativo; es aquí donde nacen los primeros programas de salud indígena, que son estructuras para dar orientación en el diseño, construcción e implementación de propuestas en salud al Estado colombiano. También se adelanta un trabajo jurídico-político, que complementa el fortalecimiento de las prácticas culturales ancestrales como

es la medicina tradicional, bajo la orientación del Thë Wala, sabio, mayor y anciano en sabiduría, quien para las comunidades Nasa es autoridad dentro de las estructuras políticas y sociales en el movimiento indígena, por su poder espiritual, político y medicinal.

La política participativa, trabajar desde las comunidades hacia las estancias gubernamentales, tuvo su primer resultado oficial mediante la expedición de la Resolución 2788 de septiembre de 1986, por el Ministerio de Salud, se hizo un reconocimiento al Comité de Salud indígena, por sus actividades de carácter comunitario, en organización, gestión y práctica tradicional. El hecho de que el conocimiento, la ciencia, y la espiritualidad milenaria fuera reconocido a nivel estatal para la atención, promoción, prevención y sanación de la comunidad en aspectos de salud, representó un hito significativo en el proceso de desarrollo de la visión y la acción propia en salud. Este proceso de salud indígena se encuentra desde el inicio del movimiento indígena en Colombia, nacido en el pensamiento colectivo, con el claro enfoque de construir políticas participativas, deliberativas y argumentadas desde la comunidad, en congresos indígenas, en asambleas comunitarias, en las marchas y en los momentos de vías de hecho.

Por eso se realizó en 1987 en Boyacá el encuentro de Capacitación de Promotores Indígenas de Salud, que inician este proceso de capacitación con las comunidades más organizadas del país, como son el Cauca, la Sierra Nevada y el Tolima; además se empiezan a fortalecer procesos en otras zonas del país. Por la misma época, van desarrollándose otros procesos entre campesinos, especialmente en los Departamentos de Boyacá, Tolima, Santander, Nariño y la Costa, que avanzan con propuestas en el servicio de la salud comunitaria.

Es cuando los campesinos empiezan a participar en los discursos, debates y elaboración de propuestas en salud, que se realiza el segundo Encuentro de Programas de Salud indígena, campesino y urbano, en Coyaima (Noviembre, 1989). Para esta fecha los procesos indígenas más fortalecidos a nivel nacional empiezan a diseñar propuestas políticas más firmes; se empieza a capacitar más personal de salud y sobre todo coordinar a nivel nacional con programas de salud indígena en los principales movimientos indígenas y organizaciones campesinas.

En el Tercer Congreso Nacional Indígena, realizado en Bosa del 1º al 5 de julio de 1.990, los movimientos indígenas avalan propuestas de políticas sociales claras, discutidas, analizadas para presentar al gobierno y analizan su participación en la constituyente

conformada para redactar la nueva carta política colombiana. Este Congreso toma la decisión definitiva de organizar las propuestas macros para ser incluidas en la Constitución Política de Colombia, como fundamento de políticas públicas. De esta manera se cierra una década con exigencia en derechos, en el fortalecimiento organizativo y con una agenda clara para el diseño de políticas públicas para los indígenas en las próximas décadas.

En la Comisión de Salud de la Mesa Nacional, donde estaban representados los indígenas a través de la ONIC y el Estado con el Ministerio de Salud se había discutido una propuesta relacionada con la medicina tradicional y se aprobó la participación en la comisión que elaboraba un decreto reglamentario de la Ley 10 de 1.990. Para esta época ya los pueblos tenían políticas claras en salud, propuestas elaboradas con participación de muchos indígenas, sectores sociales, con amplia deliberación.

Haber participado el movimiento indígena en la elaboración de la Constitución Política de 1991, representó un gran logro político y social, pero aún veinte años después existe demasiada distancia entre el discurso y la práctica, falta avanzar mucho en áreas como salud, educación, territorio, medio ambiente, economía y justicia.

Para la década de los '90, existe un mayor conocimiento e interés en seguir avanzando en procesos en salud y un reconocimiento de la necesidad de contextualizar a nivel del continente una política en salud para los nativos desde organismos multilaterales, políticas de orden internacional. También se percibió la necesidad de capacitación y orientación en estas políticas, al interior de las instituciones de cada Estado; es así que se hace el Primer Taller Hemisférico sobre pueblos Indígenas y Salud, convocado por la Asociación Canadiense de Salud Pública, y en el cual participan indígenas de todo el continente. El proceso ya había traspasado las fronteras nacionales, para ser presentado ante una política internacional, donde la salud debía ser un derecho de todos los seres, ya que es el trato a la vida misma, para el bienestar de toda la sociedad (CRIC, 1990).

Luego de la participación en este taller continental, se realiza entre el 16 al 19 de junio de 1993 en Coyaima una reunión de programas de salud, a la cual asisten todas las regionales indígenas de CRIC, CRIT, OREWA, OIA, ORIVAC, CECOIN, para la socialización de la experiencia en Canadá.

Como resultado de este evento se manifiesta el deseo de unificar propuestas de orden continental, proponer políticas en salud para los indígenas apoyadas desde la OPS, la ONU, ONGs y organismos multilaterales. Las recomendaciones de este taller son

tomadas por la Organización Panamericana de la Salud OPS y se adoptan mediante la siguiente Resolución V "Salud de los pueblos indígenas" el (28 de septiembre de 1993):

“La resolución Adoptar el Documento CD37/20, que describe la iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas y el informe de la Reunión de Trabajo de Winnipeg con las conclusiones y recomendaciones sobre las que se basa la iniciativa...de instar a los Gobiernos Miembros a que promuevan el establecimiento o fortalecimiento de una comisión técnica de alto nivel u otro mecanismo de concertación que se considere apropiado, con participación de líderes y representantes de pueblos indígenas, para la formulación de políticas y estrategias, y el desarrollo de actividades de salud y medio ambiente dirigidas hacia poblaciones indígenas específicas” (OPS/OMS, 1993)

Recomienda a los gobiernos tener en cuenta los siguientes puntos: la necesidad de un abordaje integral a la salud: el derecho a la auto-determinación de los pueblos indígenas; el derecho a la participación sistemática; el respeto y la revitalización de las culturas indígenas, y la reciprocidad en las relaciones (resolución V, 1993). Estas recomendaciones, después de veinte años, en gran parte siguen sin realizarse, debido a la falta de una voluntad política de cada gobierno: mientras tanto, la salud cada vez se privatiza más, con lo cual la brecha para el acceso a la salud se vuelve más grande y la desnutrición y muerte de niños en las comunidades indígenas aumenta.

Existe una serie de fundamentos políticos de orden nacional e internacional, que dimensionan ejes transversales en salud; entre ellos se pueden enumerar 1) la defensa del territorio tradicional (biodiversidad, agua, bosques, páramo); 2) la articulación de salud y sitios sagrados, donde se lleva en práctica la medicina ancestral indígena; 3) la defensa de la autonomía, el gobierno indígena, la cultura; 4) las características del modelo de aseguramiento indígena, el seguro colectivo-intercultural y de cobertura universal; y 5) la propuesta de un modelo indígena de prestación de servicios individuales y de salud pública, donde lo que se buscaba es hacer una salud colectiva, resolución V (OPS/OMS, 1993).

4.2. Propuesta nacional de un sistema indígena de salud propia e intercultural SISPI

En medio de la difícil situación social, política, cultural y económica que históricamente han vivido los pueblos indígenas, la agudización del conflicto armado ha hecho que la salud de los indígenas cada vez se vuelve más precaria; el aumento de los heridos y muertes violentos, la desnutrición, la falta de recursos para los cultivos tradicionales, el narcotráfico, la falta de espacios para la práctica tradicional, entre otros debilitó y sigue debilitando a los pueblos indígenas.

La violencia que resulta de los múltiples conflictos armados ha sido uno de los factores que más afecta la salud de los pueblos indígenas.

Para 1996, mediante varios acuerdos con el gobierno nacional, en diálogo y concertaciones con la comunidad, como resultado de las protestas de las comunidades indígenas del Cauca, se expide el Decreto 1397 de 1996 con la que se crean la Comisión Nacional de Territorios Indígenas y la Mesa Permanente de Concertación con los pueblos y organizaciones indígenas. Esto como medio para iniciar procesos de negociación en políticas públicas para pueblos indígenas, como salud, educación, territorio, medio ambiente, derechos humanos y justicia propia.

Donde más amplia es la discusión es en la mesa de salud, por la problemática en salud que están padeciendo todos los pueblos indígenas a causa del Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS ley 100 de 1993.

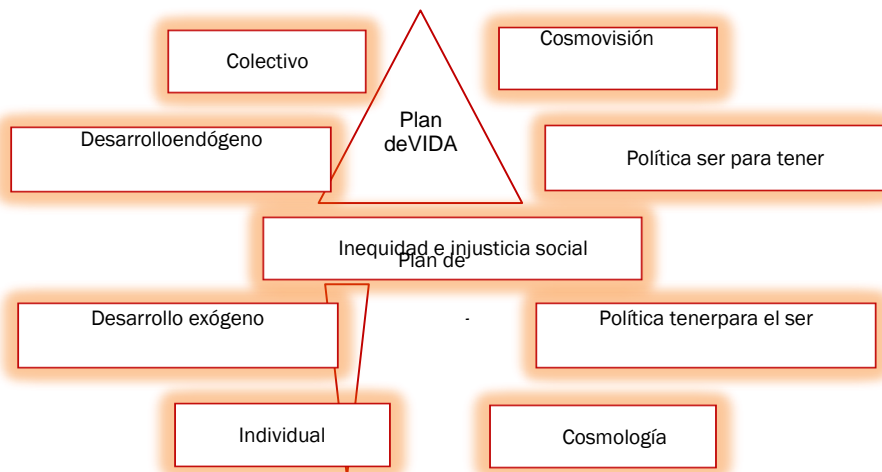
Esta mesa inicia sus labores con el estudio del tema de consulta previa, es un mecanismo de cumplimiento que debe hacer el gobierno Nacional para ejecución o plan de proyecto en territorios o en comunidades indígenas que afecten a los nativos, donde es un mandato de la Constitución Política de Colombia y el Convenio 169 de la OIT.

El Decreto Nacional 4127 de 2005 dio origen a la acreditación de las EPS Indígena y la mesa de trabajo en salud indígena; permite adecuar prácticas en salud tradicional con la implementación de programas de salud propia con atención a la embarazada, crecimiento y desarrollo, nutrición propia, promoción y prevención de las enfermedades desde la medicina ancestral. Es en el Cauca, donde más se avanza en el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural SISPI, donde se propone diseñar un sistema de salud para todos los que estén ubicados en el contexto rural, urbano, pequeñas

poblaciones, selva, llanos y costa. Para esto se organizaron y se fortalecieron los programas de salud, se conformaron equipos políticos, técnicos, científicos, jurídicos, económicos, administrativos y equipo de medicina ancestral. A su vez, se basaban en componentes que se les exigía desde el Ministerio de Protección Social, como también se fue tecnificando al personal de salud de las comunidades como: promotores, técnicos en salud, auxiliares de enfermería, enfermeros jefes, médicos facultativos y especialistas en diferentes áreas de la salud.

También se estructuraban las IPS I ubicados en las zonas urbanas, mientras tanto las autoridades reunidos en asambleas, congresos y reuniones en la Mesa Nacional iban validando las propuestas. Finalmente este proceso fue visibilizándose, expuesta ante muchas instituciones del gobierno, el legislativo y el judicial, a nivel local, Departamental, nacional y mundial, con el fin de demostrar que en la nación era necesario reconocer la diversidad e implementar sistemas de salud distintos al que se imponía para toda la población colombiana.

Figura 2. Propuesta estructural del sistema indígena de salud propio e intercultural SISPI Sistema Indígena de Salud



Fuente: Propuesta SISPI. Programa de salud Consejo Regional Indígena del Cauca CRIC. 2011

La propuesta inicial de un Sistema Intercultural de Salud, es desde las comunidades, quienes sienten mayormente las necesidades, viven el problema, saben cómo se puede solucionar el problema, que estrategias se pueden diseñar y por lo general que caminos tomar cuando los problemas en salud son cada vez más complejos.

Es importante reconocer que las comunidades conservan muchos valores que deben ser parte de las políticas públicas en salud, como es la solidaridad, la participación, la unidad, la honradez, el respeto y sobre todo el sentido de carácter humano, sin carácter lucrativo, interés privado y por eso es necesario consultar, dialogar, discutir, analizar, escuchar y revisar las propuestas de las comunidades de base, para que la propuesta sea sólida, eficaz y viable. Por esta razón podemos afirmar y retomar algunos puntos de discusión que se están llevando a cabo en todas las regionales acerca de los puntos a discutir en la conceptualización del SISPI.

En medio de una labor participativa surge de inicio la pregunta “Que entendemos por Sistema?”(ONIC, 2011); este ha sido uno de los conceptos a discutir ya que para las comunidades indígenas es entendido como la vida, un tejido de vida, que se articulan a varios pilares o principios como la educación, la familia, la autoridad, el medio ambiente, la armonía, el equilibrio, el diálogo y sobre todo el respeto a los demás. Con este objetivo es que se busca definir un solo concepto de sistema de salud, para que sea transversal a otros pilares, a la gran mayoría de pueblos indígenas, incluyendo a los no indígenas que son pobres, como los afros, campesinos y urbanos pobres de Colombia y del Distrito Capital. Al respecto se ha afirmado que

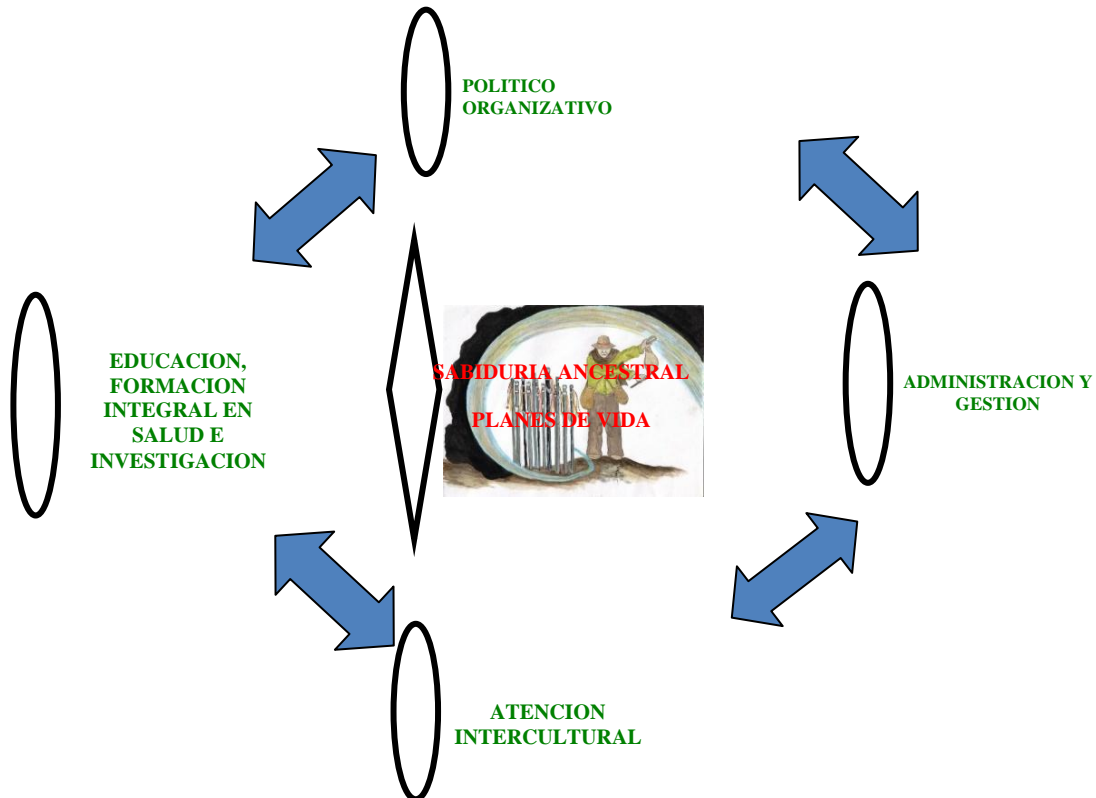
Para el concepto técnico el Sistema es el conjunto de políticas, programas, instituciones y recursos orientados y posicionados permanentemente por los pueblos indígenas para la atención de la salud y mantener el equilibrio y la armonía en nuestros territorios (ONIC, 2011).

Otro pregunta es “Por qué es indígena?” Cuando en Colombia hablamos de diversidad cultural, Artículo 7 de la CPC de 1991, es necesario entender las prácticas diversas, los componentes que tiene un sistema social, estructural. La Corte Constitucional en el Auto 382/10, en el seguimiento a la Sentencia T-025/04 y el auto A004/09 plantea una posición fuerte alrededor de la implementación del enfoque diferencial para protección y garantía de derechos de grupos étnicos según auto A218/06.¹⁷ La Corte privilegia este

¹⁷. Auto 382/10. CORTE CONSTITUCIONAL-Seguimiento sentencia T-025/04 y auto A004/09. DESPLAZAMIENTO FORZADO-No avance en implementación de enfoque diferencial para protección y garantía de derechos de grupos étnicos según auto A218/06/CORTE CONSTITUCIONAL-Dimensión de gravedad por violación de derechos colectivos a integridad cultural y territorial de comunidades indígenas y afrodescendientes según auto A218/06. CORTE CONSTITUCIONAL-Medidas de protección a derechos fundamentales de personas e indígenas desplazados en el marco del estado de cosas inconstitucional en sentencia T-025/04 y auto A004/09. DESPLAZAMIENTO FORZADO-Ausencia de atención diferencial a grupos indígenas. DESPLAZAMIENTO FORZADO Y CONFINAMIENTO-Implementación de enfoque diferencial para protección y garantía de derechos de grupos étnicos. Bogota.2010

enfoque diferencial—reconoce la identidad indígena—que aquí se relaciona con la implementación de sistemas de atención en salud.

Figura 3. Componentes del SISPI en una política de salud indígena



Fuente: Propuesta SISPI. Programa de salud Consejo Regional Indígena del Cauca CRIC. 2011

Se inició una nueva gobernanza, gobernar en la diferencia para la diferencia, no seguir homogenizando, lo cual ha resultado ser difícil para las naciones latinoamericanas herederas de la colonización, que tienden a seguir rechazando las políticas diferenciales. Para las organizaciones indígenas, el sistema, es indígena, porque está construido desde la cosmovisión de los pueblos, en defensa de su medicina ancestral, de su cultura y de su forma de vivir durante miles de años en este mundo.

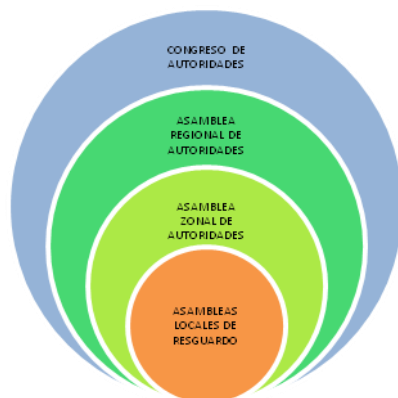
4.3. Componente Político organizativo

En el sistema de salud indígena propuesto por la organización indígena, el componente político organizativo es fundamental, porque es la forma de Gobernabilidad y autoridad en salud; origina las directrices políticas, desde el orden jurídico, administrativo, relaciones con el Estado y demás sistemas de salud. Es responsable por la visión a futuro, el control de los recursos, no sólo económicos, sino también naturales, investigativos y de talento humano. Es el componente que fortalece y estructura los programas de salud en cada uno de los Cabildos a nivel local, (zonal, regional, nacional y distrital), también es la que proporciona directrices en la capacitación y orientación política al personal indígena, como también la redefinición de competencias, roles y funciones del programas de salud, en este mismo orden político la conformación de los consejos territoriales de salud local y zonal y finalmente es la que va construir una puerta jurídica que oriente el reconocimiento del SIS – ley o decreto autónomo en salud de los pueblos indígenas en Colombia y en el Distrito Capital.

El componente político organizativo es el que se encamina al fortalecimiento de los espacios de deliberación, construcción colectiva y toma de decisiones, es donde se diseñan los espacios de consultas, de reflexión, de debate con la comunidad en cada espacio, en lo técnico, en lo científico, en lo político, jurídico, económico y en administrativo. Es el componente que da horizontes para el proceso de implementación del sistema propio en salud, en la búsqueda del ejercicio de la autonomía, como uno de los principios de lucha del movimiento indígena. Finalmente el componente político organizativo es el componente más fuerte, donde además de ser político organizativo, también se articula con otras líneas transversales en salud como es educación, económico, ambiental, cultural y medios de comunicación.

4.4. Componente modelo administrativo

Figura 4. Organización administrativa de la salud indígena



Fuente: Propuesta SISPI. Programa de salud Consejo Regional Indígena del Cauca CRIC. 2011

Para los pueblos indígenas, en el componente de modelo administrativo, planeación-administración-gestión, es muy importante hacer reflexiones en conjunto con el componente político organizativo, ya que a partir de este componente es que se dan las directrices para el funcionamiento administrativo del sistema de salud (Programa de Salud CRIC, 2011). Por esta razón, es prioridad, diagnosticar infra-estructura y equipamiento, para lograr una óptima organización, constitución y buen funcionamiento del Sistema de Salud. Otra área fundamental es la actualización de la base de datos demográfica y cartográfica de las comunidades, ya sea en el contexto rural o urbano; esto para tener claro una geo-referenciación de los pueblos indígenas en todos los rincones de Colombia y también en las ciudades. De igual manera deben construirse e implementarse buenos estudios sobre el perfil epidemiológico básico e intercultural, que incluyen todas las variables y las condiciones de salud de las comunidades indígenas.

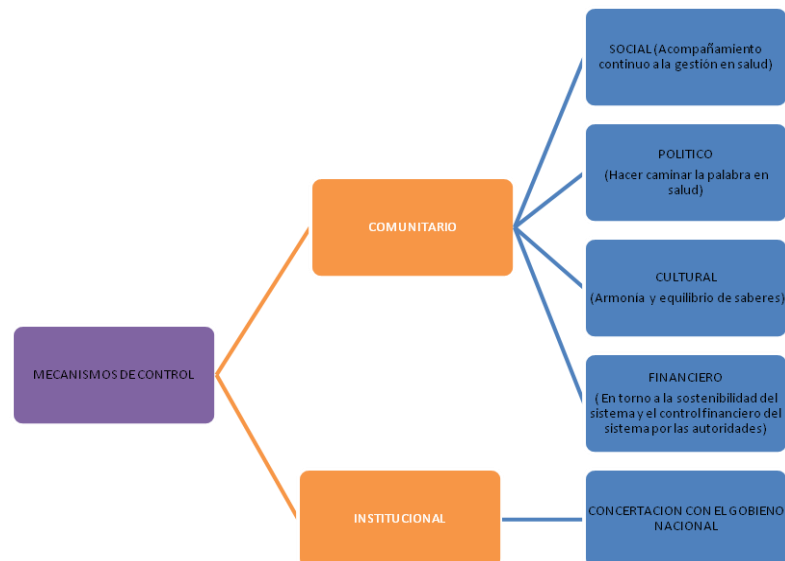
Asimismo, este componente corresponde a la estructuración de presupuesto básico de funcionamiento, gastos de inversión y de ingresos, donde los recursos deben ser gestionados por la parte del componente político y administrativo, de igual manera gestionados ante muchas otras fuentes de financiación, canalización de recursos en salud del Estado y de organismos multilaterales de cooperación y financiación. Finalmente se propone la estructuración de Planes locales de salud propia e intercultural por resguardo y por zona y a nivel regional, en las ciudades por localidades, UPZ, territorios, micro-territorios y barrios, con el apoyo de la geo-referenciación y

caracterización ayudaran más a la parte administrativa del sistema. Así se logrará mejorar el apoyo, asegurando que el funcionamiento y lo operativo sea ágil, eficiente y, eficaz en dar respuestas a las necesidades en los problemas de salud de las comunidades y de esta manera poder demostrar el buen funcionamiento de un sistema de salud indígena propio, con la articulación de otros sistemas que apoyaran al proceso, para ir consolidando una propuesta administrativa indígena, en la cual se demuestre la capacidad de gestión y administración desde una visión propia, sin ánimo de lucro, sino para dar un buen servicio en el cumplimiento de los derechos en salud.

En la propuesta de una política pública en salud para los pueblos indígenas, no sólo debe haber participación, deliberación, reflexión y proposición, también es imprescindible el seguimiento y control al proceso administrativo. Para este fin, el componente político debe tener un área especializada en la parte jurídica desde lo indígena, como el Derecho Mayor y desde la parte técnica, para hacer su respectivo seguimiento, auditoria, control y aplicación disciplinaria cuando fuere necesario.

La mayoría de los procesos indígenas han tenido muy buen acompañamiento, seguimiento, evaluación y control, especialmente en la parte de la administración de recursos, de la calidad del talento humano, de instrumentos, de la atención y sobre todo

Figura 5. Sistema de Acompañamiento continuo de los procesos de salud



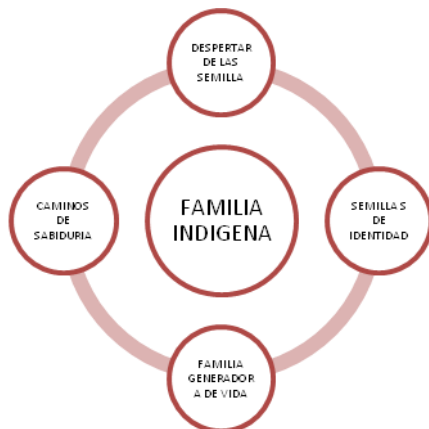
Fuente: Propuesta SISPI. Programa de salud Consejo Regional Indígena del Cauca CRIC. 2011

de la proyección a futuro sobre el sistema de salud indígena. Existe el sostenimiento y la firmeza de la estructura política y técnica, más que la financiera; esto porque el movimiento indígena y todo su plan de vida han demostrado permanecer firmes debido a la buena estructura a partir de unos principios y valores que se llevan a la práctica, donde prima la colectividad y la decisión colectiva (Subcomisión nacional de salud propia e intercultural de la Mesa Permanente de Concertación, 2012).

Una buen aparte de la financiación del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural SISPI estará financiado con los recursos de las comunidades, asignados por el gobierno central o Distrital, otra parte serán los Sistemas General de Participación, como también las fuentes propias de gestión mediante investigación y producción de medicamentos propios, otras fuentes serán recursos de donación, créditos y donaciones de algunos sectores privados. Así, con mayor razón tendrán las mejores formas de sistemas de seguimiento, evaluación y control, para su misma credibilidad y la muestra de la nueva forma de gobernar, administrar, diseñar, implementar y aplicar políticas públicas en la diferencia, para la diferencia en la nueva administración pública y gobernanza de los futuros gobiernos locales, regionales y nacionales.

4.5. Atención propia e intercultural del SISPI

Figura 6. Organización de la atención en salud



Fuente: Propuesta SISPI. Programa de salud Consejo Regional Indígena del Cauca CRIC. 2011

La propuesta más importante para el Sistema de Salud indígena es la parte del desarrollo, adecuación, construcción e implementación de la atención intercultural en

salud propia. Porque en esta parte es implementar un modelo de atención diferente que promueva y proteja el vivir bien de la persona, la familia, comunidad y el territorio, el reconocimiento y respeto a la sabiduría ancestral en los procesos de atención. Significa construir programas propios alrededor del ciclo vital que fortalezcan la armonía y la identidad cultural desde la familia, como el ciclo vital desde la fecundación, el embarazo, nacimiento, crecimiento y desarrollo, juventud y nuevamente la familia.

De la misma manera lo que se busca con el Sistema de salud indígena es establecer redes de atención ágil y oportuna, para el fortalecimiento de los productos naturales y biológicos (des-medicalización), para mejorar el sistema propio con medicamentos naturales, procesados desde el conocimiento propio, sin procesos químicos, ni con componentes artificiales.

Un componente muy importante para el desarrollo del sistema de salud propio son los territorios, donde se presentan los escenarios de atención, como son los centros de desarrollo humano intercultural, que serían como los centros de atención propia e intercultural del SISPI¹⁸. Esta misma practica de ritual tiene relación con la persona y la familia, como son los rituales de protección, a través de los cuales las personas limpian su ser, físico y espiritual, “el sucio”; reciben protección y energías positivas, se apartan de fuerzas naturales que puedan generar desarmonía en la comunidad o en la persona. También en la parte de atención intercultural en relación con el ciclo vital y la familia, están los rituales de armonización y refrescamiento y, los relacionados con el ciclo vital, mujer embarazada, la niñez, juventud, familia y colectividad, son prácticas culturales y ritualidad para el buen vivir en relación con la comunidad, la naturaleza y el territorio.

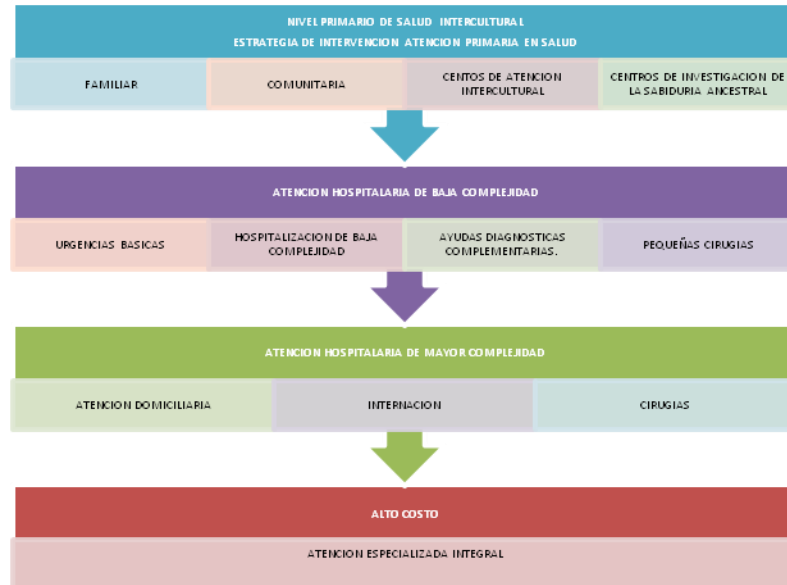
Finalmente están los ritos de limpieza y los ritos de armonización que son más en relación con lo colectivo, seguidamente están los ritos estacionarios, los ritos de ofrecimiento de pagamento a la naturaleza, los espíritus y a la madre tierra, es lo que llaman los indígenas: Sistema Intercultural de Salud Propia.

En la atención intercultural del SISPI, se fomenta de Salud propia, la Protección y la armonización de la población, la atención oportuna de la enfermedad y rehabilitación

¹⁸. Este último ha sido planteado desde la nueva visión de salud surgido como propuesta y articulado en el Plan de Desarrollo Distrital de Bogotá Humana, escenarios donde irían como programas para adecuarse como prácticas culturales, los ritualidades y normas propias que se deben realizar permanentemente para el buen vivir. Propuestas desde las comunidades indígenas de Bogotá.

Integral y la vigilancia en salud pública. De igual manera realiza una adecuación e implementación de la atención primaria en salud intercultural (APSI), como se presenta en la siguiente figura.

Figura 7. Niveles de atención



Fuente: Propuesta SISPI. Programa de salud Consejo Regional Indígena del Cauca CRIC. 2011

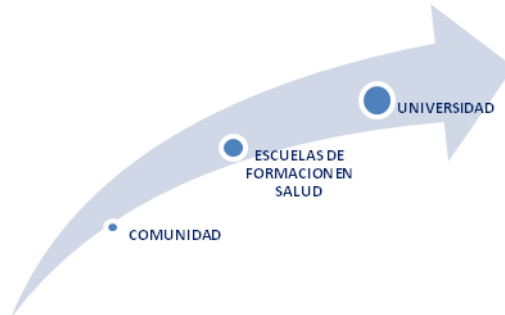
Se implementan las Unidades Básicas de atención, los centro de Distribución de medicamentos naturales, adecuación de los centros de Desarrollo Humano Intercultural. Los centros de atención a la embarazada estarán a cargo de los recursos humanos propios en salud, como parteras, médicos ancestrales, con alta especialización y práctica en este nivel de atención, continuamente estarán capacitándose, capacitación a personal nuevo de las comunidades, investigando y articulando con la salud occidental.

4.6. Componente Educación y formación integral

Se inició una nueva gobernanza, gobernar en la diferencia para la diferencia, no seguir homogenizando, lo cual ha resultado ser difícil para las naciones latinoamericanas herederas de la colonización, que tienden a seguir rechazando las políticas diferenciales.

Para las organizaciones indígenas, el sistema, es indígena, porque está construido desde la cosmovisión de los pueblos, en defensa de su medicina ancestral, de su cultura y de su forma de vivir durante miles de años en este mundo.

Figura 8. La capacitación en salud



Fuente: Propuesta SISPI. Programa de salud Consejo Regional Indígena del Cauca CRIC. 2011

La formación e investigación en el sistema de salud propio e intercultural es fundamental para la propuesta en salud indígena, para esto, se conformarán centros de investigación, realizando diagnóstico de la situación actual en salud, organizando y formando el talento humano en salud.

También se lleva a cabo la estructuración de un plan de formación integral en salud intercultural: básico, intermedio y profesional (política, atención en salud, agroalimentario y ambiental, psicosocial, nutrición, rehabilitación). Además, se gestiona la conformación y estructuración de una red de instituciones indígenas de formación en salud que integre las universidades, la Universidad Autónoma Indígena Nasa UAIN, la escuela de salud ACIN, Caldono y Tierra Dentro y de otras regiones que llevan el proceso de formación en salud, donde finalmente se lleve a cabo la recolección de materiales y proyectos de investigación, experiencias en salud indígena y de talento humano.

En la parte de educación en salud también se incluye la ruta jurídica para el sistema, la operativización, resolución interna, relaciones con el estado, propuesta de ley (requiere ley orgánica de entidades territoriales), implicaciones jurídicas y políticas. Para esto también se coordinará con el componente político organizativo del SISPI.

4.7. Los retos para poner el SISPI en funcionamiento para la salud indígena en Bogotá

Uno de los retos más grandes que tienen los pueblos indígenas en la ciudad es iniciar el proceso de la buena Planeación-administración-gestión, diagnóstico de infra-estructura, equipamiento, actualización de base demográfica y cartográfica, Perfil epidemiológico básico e intercultural. Asimismo tener un buen sistema de información diseñado y adecuado para la ciudad, es lo que llevaría construir los componentes del SISPI en la ciudad con los componentes: Político Organizativo, Atención intercultural en salud, Formación e investigación en salud indígena y Administración, gestión y la financiación. Seguidamente los pueblos indígenas organizados en un programa de salud indígena distrital deben empezar estructurar el presupuesto básico de funcionamiento, gastos e inversión y de ingresos. La organización y capacitación del talento humano en salud como médicos ancestrales, parteras, aprendices de medicina tradicional, agentes de salud, técnicos en salud, gestores comunitarios, profesionales en salud como enfermeros, médicos alopáticos u occidentales indígenas, quienes ayudaran a estructurar los Planes locales de salud propia e intercultural por localidades y a nivel distrital. Finalmente, consolidar una propuesta administrativa indígena desde la propuesta del SISPI.

Otro componente importante en el SISPI es la formación e investigación, donde se llevan los diagnósticos de la situación actual y necesidades de personal básico, técnico y profesionales en salud, Estructuración de un plan de formación integral en salud intercultural: básico, intermedio y profesional (política, atención en salud, agroalimentario y ambiental, psicosocial, nutrición, rehabilitación), esto porque es la base de que el SISPI se proyecte a responder a las necesidades de atención de la salud de las comunidades indígenas en el contexto Distrital, porque es el inicio de la fase operativa de la salud indígena en el contexto de ciudad.

4.8. Protección de estructuras propias en salud

La ruta jurídica se trabajará en la exigibilidad del cumplimiento de la ley 691, para implementar en la práctica el modelo de atención diferencial, la UPC diferencial, la propuesta de un POS asimilado al contributivo – UPC, esto si la ley 100 de 1993 se mantiene, el sistema de información ajustados, un sistema de calidad adecuado, y la presentación de la propuesta ante La Súper Intendencia y el Ministerio de Salud.

En todo el territorio nacional, desde la creación de la Mesa Nacional de Salud, se viene trabajando la propuesta de construcción de un Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural SISPI¹⁹. Este sistema está pensado para ser implementado desde muchas cosmovisiones indígenas de Colombia, para así llegar a construir un sistema de salud indígena propio unificado para todos los pueblos, por esta misma razón el SISPI

“está basado en la Relación de Armonía y equilibrio, de los recursos y las relaciones entre el conjunto de la comunidad y de ésta con la naturaleza y los espíritus, todos estos aspectos vivenciados en la cosmovisión, las normas y prácticas culturales de cada pueblo, lo cual a la vez genera aceptación y bienestar en todos los órdenes o ámbitos de la vida (CRIC, 2011).

Para así lograr, para las comunidades rurales y urbanas el buen vivir, como resultado de la práctica de un sistema más justo equitativo y accesible sin mayor costo para la población indígena, pensando que la salud es un derecho fundamental para la vida del ser humano, con unos costos más accesibles y justos.

¹⁹. Plan de Vida de las comunidades indígenas del Cauca: Programa de salud CRIC. 2007

4.9. Informe de la comisión técnica nacional de salud propia e intercultural de la mesa permanente de concertación CTNSPI-MPC²⁰

En uno de los informes de la Mesa Nacional de Concertación, se hace la presentación de los avances y dificultades del proceso de consolidación de la política de salud indígena en el contexto nacional, se muestran las dificultades y algunos avances, donde es evidente la falta de acuerdo con la visión de los dos sistemas de Salud, el SGSSS y el SISPI.

Es necesario contextualizar que en la medida que avanza la política de salud para la población en general, existe una mesa que también avanza en el proceso de seguimiento y construcción de una propuesta propia en salud, es así como la Mesa Nacional de Salud ha venido trabajando con los diversos pueblos de Colombia en busca de avanzar en la reglamentación de un Decreto y los primeros lineamientos de las políticas en salud indígena. De acuerdo a la categorización que se le viene dando, se da conocer primeramente como categoría el origen de la comisión, donde se muestre unos avances como es un primer paso de hacer las delineaciones de puntos comunes para la construcción de una política de salud para los pueblos indígenas, Asamblea Nacional de Salud realizada en el municipio de Villeta, Cundinamarca en mayo (ONIC, 2010).

Como un segundo punto en el Plan Nacional de Desarrollo de la Bogotá Humana, 2012-2016, se introdujo propuestas de salud para los pueblos indígenas de la Capital. Como un tercer punto se incluyó las propuestas en salud indígena dentro del programa de garantías, finalmente se pudo acordar la construcción de un Capítulo indígena de salud Pública. Pero este mismo avance tiene grandes dificultades que se mencionan a continuación; un primer punto ha sido la falta de mayor flujo de información para conocimiento de las autoridades indígenas regionales sobre el proceso de la comisión. Un segundo punto ha sido la falta de un mayor acompañamiento y apoyo del Ministerio de la Protección Social MPC, como también ha faltado un mayor compromiso de parte de algunas EPS Indígenas. Para superar todas estas barreras en el avance de la

²⁰. Informe de la mesa nacional de salud, de la mesa nacional de concertación a julio de 2012. Avances sobre el SISPI.

construcción del SISPI, desde la Mesa se viene proponiendo la posibilidad de lograr unificar criterios y lograr una mayor articulación de los procesos, tanto los de la comisión de salud como los que llevan a cabo la MPC, como también las EPSI e IPSI²¹.

4.10. Avances en la propuesta de atención Intercultural

Se llegó en acuerdo con el Ministerio de Salud para construir un capítulo Indígena de salud Pública en perspectiva del SISPI. También se emitió desde la comisión una circular para la construcción de los POA transitorios en los departamentos con población indígena y finalmente se propuso una estructura de trabajo para abordar la construcción del capítulo indígena de salud pública.

En la parte de dificultades, la situación de mayor barrera que existe entre la Mesa Nacional y el Ministerio de Salud para avanzar, es en materia presupuestal, el Ministerio ha insistido que los recursos del SISPI deben garantizar la construcción de la propuesta de salud pública indígena. Como propuesta la Mesa Nacional tiene la definición inmediata del presupuesto para iniciar el proceso de construcción del capítulo indígena de salud pública, como también hacer parte del Plan decenal de Salud Nacional y Distrital.

²¹. ONIC, 2011. Mesa Nacional de salud indígena. Bogotá.

4.11. Administración y Gestión desde el SISPI

En la parte de administración y gestión se tienen como avances llegar al acuerdo con el Ministerio de Salud en la construcción de un Decreto de habilitación transitoria de las EPSI, concertado con las autoridades indígenas y hasta que se construya el SISPI, así mismo se ha gestionado la necesidad de una UPC diferencial e IPSI para avanzar el proceso administrativo y de atención intercultural, mientras avanzan la propuesta de Decreto-ley del SISPI.

Pero en la parte de dificultades, es que dos años después (2010 – 2012), todavía no se ha podido materializar de manera clara los acuerdos que se realizaron entre la mesa nacional de concertación indígena y el ministerio de salud al incluir en el Plan de Nacional Desarrollo 2010 -2014 prosperidad para todos, sobre la permanencia de las EPSI y las IPSI, como tampoco el fortalecimiento de los programas de salud de las organizaciones indígenas. Tampoco se ha cumplido en la expedición del decreto de habilitación, ni tampoco un Decreto para la UPC diferencial propuesto en la mesa nacional de concertación indígena. Como propuesta, se viene trabajando la construcción de la estructura funcional del SISPI y la ruta jurídica del sistema.

4.12. Retos del movimiento indígena de diseñar y construir un sistema indígena salud propia e intercultural

Los pueblos indígenas, ya sea en la ciudad o en la zona rural tienen una ruta del plan de vida a seguir, conocen de forma clara las directrices de la vida, orientado bajo los guías espirituales, de la madre naturaleza, de los principios de la Ley de origen. Por la misma razón el indígena está permanentemente en colectividad, reflexionando, en comunicación con ese ser cósmico llamado creador. El indígena no debe olvidar las normas de la vida las cuales debe cumplir, por eso está en permanente análisis, diálogo con la colectividad,

con la familia, con el entorno, con las autoridades, con cuatro interrogantes que son: ¿quiénes somos?. ¿De dónde venimos?, ¿En dónde estamos? y para ¿Dónde vamos?. Es claro que estas preguntas a resolver para el indígena están en las leyes de la naturaleza a los cuales se les ha ido llamando Planes de Vida para el buen vivir.

5.CAPITULO 5

5. Proceso participativo de formulación de la política pública para pueblos indígenas en Bogotá

En este último capítulo desarrollamos todo el proceso de trabajo que se inició desde el 2010 en las distintas mesas de trabajo, agendas, temáticas y acuerdos entre las instancias de la Alcaldía Mayor y las autoridades indígenas del Distrito, hasta llegar a convertir en propuestas de política pública indígena para Bogotá.

5.1. Antecedentes: Alcaldía de Luis Eduardo Garzón en la política pública para los indígenas en Bogotá

Mientras en el nivel nacional se iba avanzando en la construcción de la propuesta de un sistema de salud indígena intercultural, en Bogotá el gobierno de Luis Eduardo Garzón inició un proceso de reconocimiento de la diversidad, a partir del Plan de Desarrollo, denominado “*Bogotá sin indiferencia, un compromiso social contra la pobreza y la exclusión*”(Plan de Desarrollo Bogotá Sin Indiferencia. 2004 – 2008.)

Para el caso en concreto, Luis Eduardo Garzón en su programa de gobierno presentado a la ciudadanía bogotana –2004-2007–, manifestó como propósito firme “*atender los crecientes problemas sociales, específicamente la pobreza y la exclusión*” que aquejan a un alto porcentaje de la población, alrededor de un compromiso social contra la pobreza, con un gran enfoque de garantía de derechos humanos (González, 2009).

La alcaldía ha identificado la existencia de unas condiciones muy graves en Bogotá de pobreza y exclusión de los grupos étnicos (afros, indígenas, rom y palenqueros) en la ciudad y se tomó la determinación de atender activamente el problema, elaborando “Un compromiso social contra la pobreza y la exclusión”. Se acudió a la solidaridad para superar la indiferencia, planteando un política que hacía énfasis en la interacción entre

agentes y sectores—comunidad internacional, sector privado, ciudadanía en general— con perspectivas para erradicar la pobreza, el hambre y la exclusión.

Se definen como elementos fundamentales de este “Compromiso social contra la pobreza, la exclusión y el hambre” acciones integrales en salud, educación, cultura y recreación. Se señala que nuestro Estado Social de Derecho impone una agenda social que debe atender en forma progresiva las distintas demandas de los sectores más pobres y vulnerables. Se plantea la necesidad de un Concejo Distrital de Política Social, instancia de decisión y concertación de política social—participación, seguridad alimentaria, vivienda, des-marginalización, educación, salud, empleo.

Se reconoce que la inclusión social solo se puede lograr mediante la satisfacción progresiva de los derechos sociales—alimentación, educación, salud, vivienda básica y servicios públicos domiciliarios—a grupos cada vez más amplios de la población en cumplimiento de instrumentos internacionales como el Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales y la obligación de los Estados de velar por la progresividad de los derechos económicos sociales y culturales. Este proceso reconoce el carácter vinculante de instrumentos internacionales como la Declaración del Milenio, suscrita por 189 países en la cumbre de las Naciones Unidas, especialmente en relación con la atención a los grupos que se encuentran en una mayor vulnerabilidad²².

Aunque el gobierno de Garzón fomentaba el reconocimiento, la participación y la presentación de propuestas por y para los grupos étnicos, debido a la falta de organización, los pueblos indígenas asentados en Bogotá, no se alcanzó a desarrollar un proceso de participación activa, a diferencia de las comunidades afro descendientes, quienes había trabajado propuestas amplias en salud, educación, participación política, vivienda, empleo, medio ambiente y desarrollo, que sirven de base para los propósitos del gobierno de Luis Eduardo Garzón.

Solo al finalizar el gobierno de Luis Eduardo Garzón los indígenas alcanzan a obtener la expedición del Acuerdo 359 presentado por la Concejal indígena Ati Quigua²³ en el Concejo Distrital; el Acuerdo 359 de 2009 fue el camino para el desarrollo y la implementación de una política pública para los pueblos indígenas. Por esta razón en

²². *González-A. Angélica, 2009. Derecho a la salud grupos étnicos en Bogotá. La definición del problema y la construcción de la agenda “Bogotá sin indiferencia un compromiso social contra la pobreza y la exclusión” 2004-2007. Bogotá. Colombia.*

²³. Concejal Indígena de la comunidad Arhuaca, periodo 2004 - 2008

salud hasta el momento no se había logrado abordar las mayores dificultades que consistían en las barreras de acceso y la salud gratuita; tampoco se lograba tener una buena interlocución con las instituciones de salud para mejorar la atención y hacer propuestas para el beneficio de los indígenas.

Otra de las visiones propuesta durante la época de Garzón de la “Ciudad de derechos” que suponía la construcción de un espacio urbano donde se reconozcan, restablezcan, garanticen y ejerzan los derechos individuales y colectivos en la que se disminuyan las desigualdades y evitables, con la institucionalización de políticas de Estado que permitan trascender los periodos de gobierno y consolidar una Bogotá en la cual la equidad, la justicia social, la reconciliación, la paz y la vida en equilibrio con la naturaleza y el ambiente, sean posibles para todas y todos.

Se anunciaba el Propósito de que cada vez más ciudadanas y ciudadanos participaran de los beneficios del desarrollo y ejercerán sus derechos y libertades, en especial aquellos cobijados por Programas como: 1) Bogotá sana, que garantizaba el derecho a la salud, a través de un enfoque de prevención, promoción y atención primaria en salud, con el fin de satisfacer las necesidades individuales y colectivas, especialmente en garantizar el acceso universal al aseguramiento en salud, vinculando la población en condición de vulnerabilidad y respondiendo al derecho a la atención en salud a toda la población.

2) Bogotá respeta la diversidad, que consistía de plantear el desarrollo e implementación de las políticas públicas y los planes de acciones afirmativas orientados a reconocer y restablecer los derechos de los grupos religiosos, afro-descendientes, indígenas, rom y raizales, y de las lesbianas, gays, bisexuales y transgeneristas -LGBTI.

5.2. 2009. Se inicia el proyecto de construcción y definición de la política pública indígena en Bogotá: objeto, objetivos, enfoques y principios

El inicio del siguiente Gobierno Distrital, de Samuel Moreno Rojas (2008-2012)²⁴, encontró a los pueblos indígenas del Distrito Capital ya bastante organizados, contando con un marco legal que les permitía organizar la propuesta de una Política Pública para los pueblos indígenas, residentes en la capital; de esta manera entre el 2010 y 2011 se hizo un importante trabajo, participativo, deliberativo y colectivo para diseñar y construir la política pública indígena Distrital, utilizando el buen interés por la inclusión social en el plan de Desarrollo Distrital.

A continuación se transcribe los apartes más importantes del texto del primer Acuerdo 359 de 2009 emitido por el Consejo de Bogotá, que define los lineamientos de la Política Pública para los Pueblos Indígenas en la Capital, el cual incluye elementos directamente relacionados con la situación social de las comunidades E indirectamente hace referencia a la salud:

“Objetivo general: Garantizar, proteger y restituir los derechos individuales y colectivos de los pueblos indígenas en Bogotá, mediante la adecuación institucional y la generación de condiciones para el fortalecimiento de la diversidad cultural, social, política y económica y el mejoramiento de sus condiciones de vida, bajo el principio del Buen Vivir. Generar las condiciones y mecanismos de participación y concertación efectiva para garantizar una ejecución real y de impacto de la Política Pública Indígena, involucrando a los pueblos indígenas, las entidades del Distrito y la ciudadanía en general.

Generar condiciones para que la Administración Distrital, las autoridades

Reconocer y visibilizar los saberes, las prácticas y expresiones culturales desde la cosmovisión, el pensamiento y la espiritualidad indígena, a través de la promoción y el fortalecimiento de la identidad cultural de los pueblos indígenas en Bogotá.

Participación, consulta y concertación. La Administración Distrital garantizará la aplicación del derecho fundamental y colectivo de los pueblos indígenas a la consulta previa, libre e informada; y a la concertación, a través de sus autoridades tradicionales y

²⁴. Plan de Desarrollo Bogotá Positiva. 2008 -2012

organizaciones, en relación con las medidas y decisiones administrativas y normativas susceptibles de afectarlos directamente, así como en la formulación de planes, programas y proyectos de orden social, cultural y económico que las afecten (Acuerdo 359, 2009).

Una vez conocido lo dispuesto por el precitado Acuerdo Distrital, según acta de la mesa indígena, en abril de 2009 se da el inicio a la construcción de la política pública indígena en Bogotá. Para eso se propuso conformar una mesa autónoma indígena compuesto por las nueve autoridades indígenas, quienes representan a cada pueblo organizado en cabildos indígenas, concretamente los gobernadores indígenas del pueblo Nasa, Misak, Misak, Yanacona, Pasto, Uitoto, Kichua, Muisca, Pijao, quienes fueron elegidos en asamblea general de cada pueblo a nivel²⁵ Distrital. La mesa estaba representado sólo por autoridades indígenas y sus delegados y una mesa de concertación Distrital²⁶ de carácter mixto con los representantes de los Cabildos, Pueblos, organizaciones indígenas nacionales y los/as delegados/as de la Administración Distrital, donde encabezarían en este proceso de acompañamiento para la construcción de la política pública indígena, como: la Secretaría de Integración Social, dirección de población, Secretaría de Planeación, Secretaría de Gobierno, Secretaría de Salud, Secretaría de Educación, Secretaría de Cultura y el IDPAC.

Así, la construcción de la política Pública Indígena se llevó a cabo mediante una amplia participación, deliberación, diálogo y concertación de los pueblos indígenas y las instituciones públicas, donde el tema central fue salud. De esta manera se dio inicio en la ciudad a una nueva forma de diseñar, construir e implementar las políticas públicas, de forma más participativa, deliberada y argumentada por sectores menos favorecidos, es cuando podemos ver y analizar en la ciudad las nuevas formas de gobernanza, como lo va proponiendo de una cierta manera Fisher (2003) en *Reframing Public Policy*.

Con base en las condiciones logradas en el Acuerdo, se definieron conjuntamente los caminos de la política indígena²⁷ y sus líneas de acción, atendiendo a los principios de consulta previa, libre e informada con los Cabildos Indígenas Muisca de Suba y Bosa,

²⁵. La mesa autónoma indígena estaría conformado por autoridades indígenas y delegados de autoridades en caso de no estar las autoridades principales, esta mesa solo sesionaría asuntos internos, con participación de sólo comuneros indígenas.

²⁶. La mesa de concertación Distrital estaría conformado por autoridades indígenas, delegados indígenas, comunidad indígena, autoridades Distritales, instituciones y organismos nacionales o internacionales, que trataran asuntos de interés común de ambas partes, esto para consulta previa, concertación y toma de decisión desde ambas partes.

²⁷. Los caminos de la política pública indígena, son como los pilares o la ruta para fortalecer los planes de vida de los pueblos indígenas en la ciudad, son los que orientan el andar de los pueblos con su identidad, cultura, territorio y autonomía.

Pijao, Inga y Kichwa, la Asociación de Cabildos Indígenas de Bogotá (ASCAI), la Organización Nacional Indígena de Colombia (ONIC), la Organización de Pueblos Indígenas de la Amazonía Colombiana (OPIAC), la Confederación Indígena Tayrona (CIT) y Autoridades Indígenas de Colombia (AICO). Igualmente, participaron autoridades y delegados indígenas de diferentes pueblos con representación en todo el territorio nacional, quienes por diferentes circunstancias se encuentran actualmente residentes en la Capital. Una de los mayores aportes de la Mesa fue producir el documento denominado "Formulación participativa de la Política Pública Distrital para el reconocimiento, garantía, protección y restablecimiento de derechos de la población indígena en Bogotá", lo cual constituyó uno de los más importantes insumos para la redacción de la política pública indígena de Bogotá (Decreto 543, 2011).

5.3. Cronograma de los principales logros participativos

La construcción de una política pública para pueblos indígenas en Bogotá se inició a partir del acuerdo 359 de 2009 "Por el cual se establecen los lineamientos de política pública para los indígenas residentes en Bogotá,". Posteriormente se toma la iniciativa de avanzar en la construcción de las acciones afirmativas en salud y otros ejes como educación, que son políticas o medidas dirigidas a favorecer a determinadas personas o grupos, ya sea con el fin de eliminar o reducir las desigualdades de tipo social, cultural o económico que les afectan, bien de lograr que los miembros de un grupo sub-representado, usualmente un grupo que ha sido discriminado, tengan una mayor representación.

A partir de lo expuesto en el Acuerdo 359 de 2009 aprobado por el Concejo de Bogotá, que definen los lineamientos de la Política Pública para los pueblos indígenas en Bogotá, el Consejo Distrital de Política Social llevado a cabo el 28 de abril de 2010, se presentó la estructura y contenidos de la Política Pública para los pueblos indígenas, recogiendo las observaciones y sugerencias expuestas en la mesa de concertación.

La Política en mención fue construida en el marco de la comisión intersectorial poblacional y socializada en el comité sectorial de desarrollo administrativo del sector Integración Social llevado a cabo el 30 de junio de 2011²⁸, en cuanto a la estructura y contenido del documento de Política Pública Indígena, recogiendo las observaciones y sugerencias expuestas en este espacio.

Como producto de la concertación se cuenta con un documento de Política Pública que recoge el objeto, la caracterización, el marco conceptual e histórico, los Caminos, las líneas de acción y el direccionamiento para la adopción de la Política Pública para los Pueblos Indígenas residentes en Bogotá.

5.4. Las Mesa de trabajo participativo

En las distintas mesas de participación y deliberación que se realizaron durante el proceso de construcción de la política pública se trabajó sobre propuestas concretas de acuerdo a las proyecciones de las comunidades y del gobierno, esto para la existencia de un presupuesto en el plan plurianual de inversiones específicamente para salud, con miras de proyección, de avanzar, investigar y diseñar el sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural SISPI. Por este motivo se buscó construir propuestas con las comunidades y las instituciones en salud de forma consensuada, bajo las orientaciones de las autoridades políticas y sabedoras tradicionales.

Sobre todo se propende por la ampliación de la cobertura en aseguramiento en salud, que actualmente es deficiente por falta de una ARS y una EPS indígena propia en la capital, para que los indígenas urbanos o en la ciudad sean cobijados por el régimen subsidiado, del fondo financiero de salud. Además se sigue gestionando insistentemente para lograr el cumplimiento a las normas y a los derechos en salud para los nativos de forma gratuita como lo ratifica el Decreto 1811 de 1990²⁹, vigente para los indígenas,

²⁸. Documento borrador sobre Política Pública Indígena para ser presentado al Distrito y posteriormente ajustado en la mesa Distrital de concertación en el mes de julio del 2011.

²⁹. Decreto 1811 de 1990, vigente aún, pero después de la creación de la Ley 100 de 1993, una vez se crea el Decreto queda sin presupuesto para atender a las comunidades indígenas; es un decreto que ha sido importante para seguir exigiendo los derechos de la salud de las comunidades indígenas.

incluyendo la capacitación en salud del recurso humano propio desde las dos visiones distintas del mundo, en lo técnico, profesional y especializaciones y, tradicional indígena. Las políticas sociales y económicas de las últimas décadas en Colombia han obligado a fuertes procesos de redefinición de la identidad étnica³⁰; esto se encuentra relacionado con el desuso de los idiomas nativos, las reelaboraciones de la diversidad cultural y el desalojo de los territorios indígenas. La tendencia estructural dominante que se impuso desde la llegada de los europeos al continente americano, se mantiene en la actualidad; solo que ahora se redimensiona en las prácticas mediatizadas de la globalización y los modelos neoliberales, los cuales tienden a imponer patrones estandarizados de lenguaje, comercio, justicia, ideología y cultura.

Sin embargo, estas nuevas políticas surgidos de la globalización han sido respondidos desde nuevos enfoques locales y mundiales de constante cambio, como han sido las tendencias hacia la afirmación de las autonomías locales (Colque, 2010) y las identidades culturales, encontrados en los movimientos sociales, a menudo en Colombia liderados por las poblaciones étnicas: pueblos indígenas, afro descendientes, raizales y palanqueras, entre otros.

La propuesta de política pública indígena para el Distrito capital se desarrolló a partir de unos objetivos y principios de la Política pública Indígena, los cuales proporcionarían la orientación a la formulación e implementación de un plan de acción en salud, y las líneas y perspectivas para entablar el diálogo en la mesa de concertación con la presencia de representantes de los pueblos indígenas y la administración Distrital. El objetivo principal de la política era de garantizar, proteger y restituir los derechos individuales y colectivos de los indígenas en la ciudad en aspectos de la salud, educación, economía, medio ambiente, vivienda, gobierno propio, justicia y programas para la niñez, mujer, familia, joven y adulto mayor, donde salud es el eje transversal a todos los ejes (Política Pública Indígena, 2011, 77)

Para el mes de abril de 2009, según acta de la mesa distrital indígena, en primera instancia se debía consolidar la mesa indígena con la participación de todos los grupos indígenas asentados en el Distrito Capital. Una vez consolidada la mesa, conjuntamente

1.1 ³⁰.IDPAC, 2011, formulación participativa de la política pública distrital para el reconocimiento, garantía, protección y restablecimiento de derechos de la población indígena en Bogotá. Documento de trabajo, febrero 2011. Bogotá D.C.

con el IDPAC, gerencia de etnias en cabeza del Miguel Antonio Vázquez Luna y el apoyo de la Concejal indígena Ati Quigua, se da inicio al proceso de elaboración de la metodología, cronograma y orden temático para el inicio de la construcción de la política pública indígena en Bogotá. Se plantea como fundamental la participación de todos los indígenas asentados en la ciudad, generación de mayor deliberación y elaboración de propuestas para la política pública indígena. Inicialmente los gobernadores indígenas, la concejal indígena, el IDPAC, las secretarías de planeación, integración social, salud y de gobierno muestran estar interesados en hacer aportes para la construcción de la política pública indígena.

Según la apreciación de dos funcionarias del Distrito (Carolina Pérez de Integración Social y Magda Rojas de Planeación Distrital) el compromiso del Gobierno Distrital fue “sacar adelante y apostarle con todo para sacar adelante la política pública indígena, por ser un compromiso social y la deuda histórica con las comunidades ancestrales.” En la secretaría de salud la más comprometida en sacar adelante la política pública y en la línea de salud fue la funcionaria Soledad Aguilar, referente de etnias, quien participó en todas las mesas de trabajo, discusión, deliberación y formulación de la política indígena.

Una de las bases de la discusión de esta políticas pública consistía en la identificación del movimiento indígena con los principios planteados en el Acuerdo 359 de 2009, la Política Pública para la Población Indígena en Bogotá, D.C. Este documento, que se reproduce en su totalidad más abajo (ver Anexo pp.) anuncia temas como: 1) Diversidad, integridad étnica y cultural, como centrales a toda acción del Estado. Que Garantice el reconocimiento y respeto de las diferencias étnicas y culturales y velará por la integridad de los derechos de los indígenas en la ciudad como individuos y como sujetos colectivos de derechos fundamentales. 2) Interculturalidad y multiculturalidad, donde se propicie un ambiente de convivencia respetuosa entre las personas procedentes de diferentes pueblos indígenas y tradiciones culturales que conviven en la ciudad, brindando el reconocimiento de los valores y aportes de cada uno de estos pueblos y tradiciones. 3) Representación colectiva, que priorice la autonomía, las autoridades y organizaciones de las comunidades indígenas, protegidas y respetadas por las autoridades administrativas de la ciudad en la toma de decisiones políticas, administrativas y legislativas y en la formulación de planes, programas y proyectos de orden social, cultural y económico que las afecten. 4) Autonomía, donde se respeten las decisiones en sus asuntos colectivos a las comunidades indígenas en la ciudad, efectuando las acciones necesarias para que éstos hagan realidad alternativas de desarrollo propio, coherentes con sus

cosmovisiones, visión de futuro y necesidades. 5) Participación, consulta y concertación, aplicando el derecho fundamental colectivo de las comunidades indígenas a la consulta previa, informada y a la concertación, a través de sus autoridades tradicionales y organizaciones. 6) Equidad étnica, el Distrito velará por la garantía y restablecimiento de los derechos de los indígenas en la ciudad, para que tengan las mismas oportunidades y pueda acceder y utilizar los servicios sociales y culturales que aporten de manera positiva a mejorar sus condiciones de vida (Política pública, 2011).

Lo que buscaban tanto los indígenas como el gobierno de la ciudad era una “participación activa” para que no fuera una política construida solamente desde los asesores y desde la administración pública, sino desde la propia comunidad; fue así que en el mes de abril se realizan los primeros acercamientos con las instituciones, los primeros diálogos, debates y propuestas para la política pública. De igual manera la mesa autónoma indígena internamente delega técnicos indígenas que conocen de fondo el tema, acompañados permanentemente por las autoridades, con el fin de ser ampliamente participativo. Finalmente los temas identificados para fortalecer la conceptualización son: 1) el marco jurídico, teniendo en cuenta todos los avances en lo normativo en contexto nacional, internacional y distrital; 2) el concepto de políticas públicas desde el pensamiento indígena, de acuerdo a los grandes logros y avances que venía realizando el movimiento indígena de Colombia, en cabeza del CRIC, ONIC; CIT, OPIAC y AICO³¹.

Una vez conformado la mesa distrital de concertación a principios del 2010 la mesa autónoma en una carta (6 de abril) dirigida al Director de Poblaciones de la Secretaría de Integración Social, Doctor Juan Fernando Rueda, afirman que

“Teniendo en cuenta la función de interlocución y toma de decisiones en la construcción de la Política Pública Indígena y el Plan de Acciones Afirmativas en cumplimiento del Acuerdo 359 de 2009, solicitamos una reunión con los secretarios de despacho y funcionarios de orden directivo que por su misionalidad están encargados de la construcción de la Política Pública Indígena en el Distrito Capital. Para poder llegar acuerdos y toma de decisiones se hace necesaria y es de vital importancia la participación de: Secretaría de Gobierno: Secretario (E) de Gobierno, Dr. Andrés

³¹. Las siglas significan CRIC (Consejo Regional Indígena del Cauca), ONIC (Organización Nacional Indígena de Colombia), CIT (Confederación Indígena Tairona), OPIAC (Organización de Pueblos Indígenas de la Amazonía) y AICO (Autoridades Indígenas de Colombia).

Restrepo; Directora del Instituto Distrital de la Participación y Acción Comunal, Dra. Olga Beatriz Gutiérrez Tobar y Gerente de Etnias, Dr. Miguel Vásquez Luna. Secretaría de Integración Social: Secretaria de Integración Social, Dra. Mercedes del Carmen Ríos; Asesora del despacho de la secretaría de Integración Social, Dra. Deidamia García; Director de Poblaciones, Dr. Juan Fernando Rueda. También se solicita la presencia del Coordinador de asuntos étnicos de la Procuraduría, Dr. Danilo Valbuena; el Delegado para asuntos étnicos de la Defensoría del Pueblo, Dr. Horacio Guerrero y la Coordinadora del tema indígena de la Personería, Carmen Pimienta Cotes. Se sugiere esta reunión para el día miércoles 14 de abril del año en curso, de 9:00 am a 4:00 pm con la siguiente agenda: 1). Presentación de la Mesa Distrital de Concertación Indígena. 2) Garantías para el funcionamiento de la Mesa. 3) Almuerzo. Se hace necesario que el Distrito garantice la logística para la realización de la reunión” (Carta Mesa Indígena a SIS; 2010).

Previo a esta reunión las autoridades indígenas y comuneros se habían reunido internamente para organizar las propuestas y la ruta metodológica; se escucharon a los miembros de la comunidad, consignaron sus aportes para el inicio de la formulación de la política pública indígena.

Así la consulta, deliberación y participación se hizo en todo el año de 2009 con la comunidad, donde se socializó, educó y orientó a las comunidades indígenas del Distrito, ya que para dar inicio en la construcción de la política pública era necesario conocer primeramente muy bien sobre la política, entenderla, luego empoderarse y acompañarse de otras organizaciones e instituciones amigas que serían más adelante fundamentales para la construcción de la política pública indígena.

Las comunidades indígenas en la política pública dieron directrices de caminos o ejes, que son las rutas para ir construyendo participación en todos los espacios, para esto se hicieron nueve grandes ejes o pilares para el soporte de esta política, estos ejes son también el marco de la filosofía política que orienta el proyecto de la Ciudad de Derechos y a partir del proceso de participación y consulta ciudadana, los ejes estratégicos, denominados Caminos de la Política Pública Indígena, los cuales permiten organizar y orientar las acciones concertadas entre los Cabildos, Pueblos y Organizaciones indígenas con el Gobierno Distrital (Política pública, 2011).

En las entrevistas que se llevaron a cabo en el primer semestre de 2012 por el investigador de la tesis, a los representantes de la Asociación de Cabildos Indígenas en Bogotá ASCAI, autoridades tradicionales y representantes de las instituciones del Distrito

que acompañaron a los indígenas, fue para reafirmar la importante participación de los indígenas en la construcción y formulación de la política pública indígena de Bogotá, y para fortalecer la investigación, tanto autoridades, miembros de la comunidad y representantes de las instituciones afirmaron la importante participación y la proyección de la política indígena desde los planes de vida de cada pueblo articulado desde los territorios de origen. De esta manera revisar los ejes de los planes de vida en el aspecto de salud, posteriormente articular con el camino de salud indígena planteado en la política pública indígena Distrital.

En una entrevista a una funcionaria de la Secretaría de Planeación Distrital, área de población, esta califica de

“... muy positivo el trabajo y participación de los indígenas durante los dos años para la construcción de la política pública indígena,...tanto los indígenas como las instituciones tuvieron altura y disciplina en la participación, aportes y finalización de la propuesta.” (Magda Liliana Rojas, febrero, 2010)

De igual manera resalta el empoderamiento de las comunidades, y también la manera como se llevó a cabo con claridad las discusiones, diálogos y deliberaciones. Asimismo resaltó el gran empeño e interés que tuvo la administración mediante sus delegados para el acompañamiento en la política pública indígena; se testimonia, como el gobierno de la ciudad desde el principio apostó a que al finalizar la administración se decretaría la política pública para la población indígena de Bogotá, una política pública que en la administración anterior sólo había quedado en propuesta y en discurso, por la falta de más diálogo y acercamiento con las comunidades indígenas.

La entrevistada además afirma que

“A pesar de haber dado un gran avance, aún falta toda la implementación, la construcción de las acciones afirmativas que posteriormente se convertirán en programas y proyectos para los pueblos indígenas,... esto depende mucho del empoderamiento y de la dedicación de las comunidades indígenas en el siguiente paso...hasta que en Bogotá se pueda ver una verdadera política pública para los más pobres, entre ellos los indígenas, de esta manera mostrar que los gobiernos democráticos, sociales y participativos pueden desarrollar políticas, algo que en lo nacional hasta el momento no se ha podido realizar aún como respuesta a los pueblos indígenas (Magda Liliana Rojas, febrero, 2010).”

El primer eje o camino es el de gobierno propio y autonomía, es donde se puede mostrar que los indígenas tienen un sistema jurídico propio llamado Derecho Mayor o Ley de Origen³², legitimado por el derecho indiano, los tratados, pactos, convenios internacionales y por el actual sistema normativo nacional. Este sistema jurídico propio tiene aplicación en los lugares donde los pueblos indígenas practiquen sus usos, costumbres y tradiciones. Lo que se buscaba en la política pública fue garantizar acciones para la pervivencia, permanencia y fortalecimiento de la autonomía para la gobernabilidad de los pueblos indígenas y sus instituciones representativas en la ciudad, sin alejarse del contexto nacional como pueblos indígenas organizados y culturalmente fuertes con sus raíces identitarias (Política pública, 2011). Seguidamente está el eje o camino de la salud, un eje que busca dar la ruta para la construcción de la salud propia en la ciudad, para así articular con la salud facultativa.

En entrevista con algunas autoridades tradicionales de los Nasa, Misak y Yanacona del Cauca realizadas en el mes de enero de 2012 en Bogotá, ellos afirman que todo este proceso es gracias al proceso indígena que viene desde cuarenta años atrás, al esfuerzo, lucha, resistencia de los pueblos originarios, que hoy están presentes en las grandes ciudades, para hacer transformación, para hacer grandes aportes a la ciudad. Reconocen que es un contexto bastante difícil, agotador, porque existe poca colectividad, por ser mirados diferentes; sin embargo, consideran que hoy surgen nuevas cosas, gracias al esfuerzo, entrega de los ancestros, con el apoyo de muchas organizaciones y gobiernos amigos. Dicen las autoridades indígenas, en especial los Nasa, que sin negar que existe una política pública en el papel, esto no garantiza mucho, falta más de la mitad todavía por adelantar: acciones afirmativas, representación de los indígenas en espacios políticos de decisión, participación en los presupuestos, inversión en programas fundamentales como salud, educación, vivienda, empleo y desarrollo, cultura, justicia propia y gobierno indígena en el contexto de ciudad.

De igual manera, éstos participantes consideran que la falta de implementación de programas, del Decreto de reglamentación de la mesa de concertación autónoma indígena y de la aplicación del enfoque diferencial constituye un vacío muy grande. Dicen

³². Derecho mayo o ley de origen, son las normas que los pueblos indígenas traen desde el inicio de la vida, por eso se llaman normas de la vida, porque están escritas en los mitos, en la cosmovisión, en la espiritualidad y en el pensamiento indígena, son parte de los valores, de los principios de vida de los grupos ancestrales.

que se ha avanzado en muchas cosas que los indígenas no han tenido durante años, pero que se necesita ver más en lo práctico, palpable, visible. Fidel Villegas, del Cabildo Nasa de Bogotá, ubicado en la localidad de Kennedy, afirma que

*“es necesario la aplicación urgente de una política pública diferencial, como lo recomienda la Corte Constitucional, especialmente en programas como salud, es necesario que los nuevos gobiernos aprenden a gobernar en la diferencia, necesario entender que Colombia no es homogénea, es diversa culturalmente, que es necesario **hablar** de política pública, del enfoque diferencial, pero esto de la mano con inversión, con participación en espacios políticos decisivos, y con políticas que tengan un seguimiento, control y evaluación permanente desde las comunidades indígenas, esta es la práctica de un buen gobierno democrático, es parte de la colectividad”*(entrevista autoridad nasa, 2012).

También las autoridades piensan que en el nuevo gobierno, es necesario priorizar algunos caminos, que más urgen, como salud, educación, vivienda y empleo, esto en especial para los Gobernadores indígena Pasto y Misak.

En cuanto a la consulta previa, participación y concertación, esto representan un derecho fundamental de los pueblos indígenas que se fundamenta en diversas normatividades nacional e internacional, que buscan garantizar la participación e interlocución de los pueblos indígenas en las decisiones administrativas y legislativas que afecten su plan de vida, a través de la aplicación del derecho fundamental y colectivo a la consulta previa, libre e informada, esto en mención de la Constitución Política y demás normas y convenios internacionales.

El gobernador indígena Pasto John Jairo Tapie, insistió en el trabajo de caminos a partir de los planes de vida de las comunidades indígenas, porque los planes de vida han sido el camino de ruta para la pervivencia, la persistencia y resistencia de una cultura milenaria, ya sea en el contexto rural o urbano. También insistió en *“el trabajo colectivo, participativo, propositivo, deliberativo y crítico para hacer y dejar lo mejor de la política pública para las generaciones futuras de los indígenas en la capital, donde la responsabilidad es enorme...”*(entrevista, 2012) Inclusive esto lo anunciaba en los debates ante la mesa de concertación, donde estaban presentes gran parte de las autoridades distritales; decía que se debe

“...trabajar muy articulado con las autoridades tradicionales de los territorios, desde los planes de vida, para dar continuidad en la ruta que va caminando el movimiento indígena a nivel nacional, y de esta manera no perder el horizonte

que dejaron los ancestros, al contrario seguir marcando historia, proceso, experiencia y hacer aporte a la ciudad que tanto lo necesita...”(John Jairo Tapie, gobernador indígena Pasto, 2012)

Es de esta manera que visionaron, las Autoridades Tradicionales, en la aplicación, diseño y construcción de la política pública social en la nueva gobernanza y administración pública.

La identidad y la cultura, representan posiciones que promuevan, visibilicen y fortalezcan la identidad cultural, espiritual, la producción simbólica de las culturas indígenas, las formas de vida, los usos y costumbres y las tradiciones de los pueblos indígenas en la ciudad y en todos los contextos; son la esencia de la forma de vida, también está el camino de educación propia e intercultural, es bien importante porque es la forma de transmitir el conocimiento del mundo indígena. Es un eje transversal a salud, porque salud sin educación, no puede haber buena educación para el buen vivir comunitario. En otra entrevista el líder indígena y autoridad del pueblo Misak, Anselmo Yalanda expresaba que:

“...los principios del movimiento indígena de Colombia son únicos, son los pilares para la pervivencia de un pueblo, el camino para seguir construyendo vidas, inclusive para decir a los hermanos menores (pueblo no indígena) que los pueblos indígenas con los principios de unidad, territorio, cultura y autonomía...buscaban aportar nuevos enfoques de política y gobernanza a toda una sociedad...que se estaban haciendo fuertes proceso locales en la ciudad, porque en el resto de la sociedad no hay unidad, como tampoco la cultura ya no existe, de igual manera no hay un concepto claro de territorialidad o territorio, y finalmente la autonomía, no existe, porque todos dependen de un sistema, al contrario de los indígenas que buscan diferenciarse por la claridad en su proyecto de vida, por aferrarse en sus tradiciones milenarias, para esto cuenta la autoridad Misak que el fundamento de estos principios son los valores que se llevan en la colectividad como son el respeto, la solidaridad, la unidad, reciprocidad y la vida, lo cual es algo sagrado para los indígenas.”(Anselmo Yalanda, gobernador Misak, 2012)

Es por eso que insiste que los indígenas en la ciudad sean diferenciados, escuchados, incluidos en las agendas de los nuevos gobiernos democráticos. Es hora de que se reconozca que en estas tierras habitan culturas con sistemas de política, de organización, normas y de sistemas de vidas milenarias que fueron algunas vez

silenciados, pero que según el gobernador Misak, hoy vuelven a levantarse y hacer aportes a los nuevos sistemas políticos. Además, el gobernador Misak sostiene que esto

“...ha llevado a los indígenas a levantarse, visibilizar el proceso, mostrar experiencias y conocimientos milenarios para el rumbo de una nueva sociedad participativa, pero que este proceso de la nueva gobernanza se lleve a la práctica, no sólo en la teoría, en el discurso, sino con hechos concretos, inversión, participación donde se vean las respuestas concretas para aliviar las necesidades y problemas de las comunidades indígenas.” (Anselmo Yalanda, gobernador Misak)

También en la mesa se discutió el diseño e implementación progresiva del sistema de educación indígena propio—SEIP—lo cual marca la permanencia de la vida de los indígenas en este mundo.

Otro tema fue la económica indígena, porque aquí se parte de la concepción del desarrollo propio de los pueblos indígenas que no corresponde al paradigma tradicional de desarrollo. Aquí se propone uno alternativo al desarrollo convencional, a partir de una concepción propia del buen vivir o el vivir bien. Para esto se busca fortalecer los sistemas productivos propios de los pueblos indígenas de acuerdo a sus usos y costumbres, con sus conocimientos de progreso en respeto y armonía con la madre naturaleza, teniendo en cuenta que todos los ejes anteriores son transversales a salud, desde un concepto más integral, como es en las comunidades indígenas.

Uno de los temas más recurrentes en las discusiones participativas de los pueblos indígenas fue la medicina ancestral, (marzo 17, junio 24, junio 30, julio 14, julio 25 y agosto 17 de 2011; como cierre de la propuesta final, el tema central de discusión fue el camino de la salud, esto debido a que ha sido una de las necesidades y problemas sociales que más aquejan a los pueblos indígenas en Bogotá. Se consideraron aspectos como la falta de reconocimiento de la medicina propia como se puede ratificar en la Ley 691 de 2001, la necesidad de adecuación de programas especiales para la salud intercultural, el reconocimiento de temas como crecimiento y desarrollo desde la visión propia, la atención a la embarazada, la nutrición propia y las prácticas de la medicina indígena mediante la implementación de un banco de plantas medicinales. Lo anterior hizo que el camino de salud se priorizara en las discusiones de la política pública y se diera mayor discusión por ser temas de solución urgente, además por el contenido cultural ancestral que es salud, transversal en todos los demás caminos (educación, medio ambiente, desarrollo económico, etc.), esto según la (Mesa Autónoma, 2011).

Esta discusión se llevó a cabo de manera amplia con el acompañamiento de la Secretaría Distrital de Salud (SDS), con delegados oficiales como la Doctora Soledad Aguilar referente de etnias, encargada de organizar las propuestas en las distintas sesiones de la mesa de concertación distrital; de igual manera se hicieron presentes, Johana Cabiativa, profesional en asuntos de salud indígenas de la SDS, Oswaldo Muñoz de participación social de la SDS, Richar Casallas de participación y población de la misma entidad y Fernán Espinosa de la dirección de análisis de políticas de salud del Distrito, quienes estuvieron en todos los espacios de participación y discusión en temas de salud. Por esta misma razón es uno de los caminos de la política pública con mayor trabajo, dedicación y propuestas para la implementación de un Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural SISPI.

Por eso se puede afirmar que este es el mayor eje de la política social del Distrito a trabajar en los próximos años, porque se dedicó más de cinco meses a la elaboración de la propuesta, porque al hablar de salud, de medicina, es hablar de la vida del ser mismo, es hablar de un concepto de salud desde la cosmovisión propia, donde está relacionado con el territorio, los sitios sagrados, la espiritualidad y la integralidad. Donde hablar de salud es hablar de vida y no de servicios, tampoco de capital, de empresa, es hablar del buen vivir de las comunidades en los aspectos físico y espiritual y la armonía entre el ser y la naturaleza.

Es debido a la importancia que las comunidades indígenas asignan a este tema que el presente trabajo busca profundizar en todo lo relacionado con la salud, ya que las comunidades se motivan a diseñar, con sabiduría y sobre todo con mucha paciencia milenaria, proyectos y programas encaminados hacia la protección y el desarrollo integral, equitativo, justo y humano. En este contexto, en las discusiones con la comunidad se expresó la inconformidad con las condiciones en que actualmente se vive, que arrasa con la naturaleza, explota a los seres humanos y lo vuelve máquina, además destructivo y desigual. En este sentido lo que se busca son planes y proyectos desde la cosmovisión indígena y sus derechos diferenciales. Por eso se habla de un desarrollo humano, primero, con espiritualidad y con armonía, sin desconocer temas como la soberanía y la seguridad alimentaria, donde se garantice a toda la población, incluidos los pueblos indígenas, una nutrición limpia, sin transgénicos, sin dañar ni envenenar al medio ambiente, es decir, ir asegurando la soberanía alimentaria en todos los contextos. Una de las mayores deliberaciones del tema de salud con mayor participación fue el IV Encuentro de Pueblos, donde se realizó la discusión de los avances del documento de la

política pública indígena. El día 20 de marzo de 2011, con la participación de más de 20 pueblos indígenas del Distrito Capital, se llevó a cabo en el Jardín Botánico la deliberación acerca de salud propia, prácticas en la ciudad desde la medicina y el saber propio. Para este evento se hicieron ceremonias especiales, rituales y mambeo tradicional³³, se reunieron también médicos ancestrales de otros pueblos con conocimientos diversos, con el objetivo de llegar a proponer aspectos sobresalientes de la política pública indígena. Durante el evento, se propuso el fortalecimiento y el reconocimiento de la medicina ancestral, teniendo en cuenta que es una práctica permanente de las comunidades asentadas en la ciudad.

Posterior a esta fecha, el 7 de octubre del mismo año, se realizó una reunión para validar gran parte de las propuestas que se presentaron a la mesa de concertación Distrital, especialmente de la Secretaría de Salud en cabeza del doctor Fernán Espinosa de Análisis de políticas de salud de la SDS para pueblos indígena; este constituye el debate final y en la plenaria es el primer camino que sale como propuesta para la política pública indígena distrital. En una entrevista realizada al doctor Espinosa en el 2012, muy satisfactoriamente da su punto de vista haciendo las siguientes afirmaciones:

“Salud fue el eje que más rápido se concertó, el eje se llama salud y medicina tradicional, tenía ocho actividades propuestas de la mesa indígena, todas se concertaron, en una semana de trabajo con el equipo técnico indígena se articuló y en mesa de concertación se llegaron a los acuerdos, este trabajo se hizo con un indígena Pasto John Jairo Tapie y el indígena Misak, Juan Calambás. Lo que sigue ahora es que se este proceso o avance quede en el Plan Integral de Acciones Afirmativas como un plan diferencial, de igual manera que se entren a materializar por parte de todas las entidades del Distrito con recursos del cuatrienio que ya les fueron asignados para operativizar de forma articulada entre las instituciones la política pública como es la Secretaria de Gobierno, Cultura, educación e integración social, planeación y hábitat, de esta manera poder materializar en la práctica la política pública indígena”.

Finalmente, en la política pública indígena de Bogotá se discutió de manera amplia y extendida el concepto de territorio, fundamental para los pueblos, ya que la territorialidad incluye el espacio que se habita, la localidad y la casa del cabildo. Es donde convergen los temas de salud, educación, desarrollo, vivienda, soberanía alimentaria, consulta

³³. Mambeo es un diálogo de saberes de la practica ancestral del pueblo Uitoto, donde se hacen los rituales tradicionales propios, mediante el diálogo, la palabra, danzas y a veces con intercambio de saberes con otros pueblos.

previa, de manera transversal. El territorio representa la fuente de vida, es la propuesta de mayor trascendencia, de garantía de vida, de colectividad, para así continuar el plan de vida de los pueblos; es desde aquí que se inicia la defensa de la vida y es uno de los principios fundamentales de lucha del movimiento indígena como, la política para pervivencia física y cultural de los pueblos indígenas en todo el mundo.

Según conceptos aportados en las entrevistas por expertos en el tema de territorio, territorialidad y espacio como el Doctor Miguel Vázquez, director del IDPAC, 2009, 2010 y 2011, el doctor Juan Fernando Rueda director de poblaciones de la Secretaría de Integración Social del Distrito y la Doctora Carolina Pérez, jefe de asuntos étnicos de la Secretaría de Integración Social, los pueblos indígenas tienen muy bien definido y con la claridad, de dónde vienen, en dónde están y para dónde van.

Esto debido a que llevan en el corazón los planes de vida que traen desde los territorios de origen; los indígenas saben qué es estar dentro de un Resguardo, saben las normas, los principios, los valores y cada uno tiene un proyecto de vida colectivo por pueblo. Esto hace que no hayan perdido el horizonte, al contrario cada día lo fortalecen, lo reivindican, lo perfeccionan, en el contexto de ciudad. Sabe que no se puede introducir el concepto de tierra, resguardo, pero si el de espacio colectivo, territorialidad en contexto urbano.

A partir de esto plantean una política pública para fortalecer la colectividad, la unidad, el proyecto de vida comunitario en contexto de ciudad; para esto necesitan urgentemente el registro del Ministerio del Interior que les da el carácter de entidad propia reconocida como lo emana la Ley 89 de 1890, donde aclara que donde haya una colectividad indígena, debe existir un cabildo reconocido por su propia comunidad. Posteriormente este debe ser registrado por el Ministerio del Interior de la dirección de etnias, mediante protocolos especiales para comunidades indígenas organizadas en el contexto de ciudad, es este un asunto de política pública que los caracteriza ser diferentes en contexto Distrital, con un reconocimiento especial en cada localidad, diferenciándolos entre desplazados, afros y ciudadanos pobres de la capital, porque mantienen unos principios, una resistencia y un proyecto cultural de carácter comunitario, articulado desde los territorios de origen.

Este último punto, como es la falta de reconocimiento de los cabildos en Bogotá, hace que muchas propuestas en salud queden en sólo propuesta, porque al no existir un acto administrativo para los cabildos indígenas no reconocidos, los proyectos o programas en salud no se puedan ejecutar, esto por la falta de un carácter público y especial como son los resguardos indígenas en los territorios ancestrales (Constitución de 1991).

De acuerdo con lo expuesto por Vásquez, Rueda y Pérez, los tres expertos en política social que participaron en el proceso, esto es lo que viene marcando la diferencia a las demás políticas sociales que se están construyendo en la ciudad. Es así como se puede afirmar que los indígenas en la ciudad vienen tomando nuevos espacios que hace unas décadas no tenían, pero hoy vienen ocupando mediante su proyecto de vida. Como diría uno de los expertos, *“vienen retomando el cauce que se había perdido durante el tiempo de la colonia, ya que Bogotá fue lugar donde habitaron muchas comunidades diversas desde tiempos milenarios.”*(Entrevista funcionario del Distrito, 2012).

El territorio es esencial para los pueblos indígenas, para el indígena si no hay territorio, no hay buena salud, porque el territorio hace que haya alimentación, medio ambiente, economía, espacio colectivo, pero en este contexto, los indígenas, vienen adecuando conceptos de espacio y territorialidad para dar inicio del nuevo concepto y practica de salud, porque salud para los indígenas, significa rituales, sitios sagrados, plantas medicinales, armonía, medio ambiente, dialogo con los espíritus y sobre todo la buena relación entre el ser humano, naturaleza y los espíritus de la naturaleza, de igual manera la nueva forma de dialogar con la ciencia de la medicina moderna, para dar un concepto más de salud intercultural.

5.5. Otros elementos en la construcción de la Política Pública Indígena en Bogotá

Otra temática recurrente en las discusiones de la Mesa fue la revisión de los marcos jurídicos, tanto internacionales como nacionales, esto en aspectos de los avances como en el eje de salud, donde hay un marco legal bastante amplio. Se buscó identificar elementos de análisis de los conceptos, centrándonos específicamente en Bogotá; se consideró necesario conocer la contextualización del marco jurídico internacional y nacional, para posteriormente lograr avanzar en el diseño, estudio, implementación y ejecución de la política pública para los indígenas del Estado colombiano (González-A. Angélica, 2009).

En una conversación con el Gobernador Indígena Pijao, Luis Enrique Tapiero, este habló sobre el contexto en el cual las comunidades indígenas empiezan a exigir una política pública Distrital, afirma que

“...se fundamentan en tres normatividades que les acobijan para que se dé el reconocimiento y un trato diferenciales. Por un lado, están todas las normas internacionales que desde 1957 recomiendan a los gobiernos de cada nación construir políticas públicas para los pueblos indígenas; aunque estas normas jurídicas existen hace más de cincuenta años, en su mayoría no han sido acatados ni por los Estados nacionales y ni locales. En segundo lugar se encuentran las normas jurídicas en el contexto nacional en favor de los pueblos indígenas, donde se exige crear políticas públicas para el beneficio de estas comunidades; finalmente los pueblos indígenas tienen los elementos jurídicos más antiguos, desde tiempos milenarios, a lo que los han llamado el Derecho Mayor, o Ley de origen, lo cual los lleva a revisar normas que están desde el origen de los pueblos indígenas y el origen de la vida misma en la naturaleza. Esto hace que los tres componentes jurídicos sean lo suficientemente fuertes para ser el soporte jurídico para la implementación de los pueblos indígenas en el contexto de ciudad, una política que lleve implementar una salud desde la concepción de los indígenas, una educación de acuerdo su cosmovisión propia, un desarrollo que se acorde con el respeto, la armonía y el equilibrio con la naturaleza. La ley de origen y el derecho mayor es la que hace que el sentido de colectividad, de gobierno propio y el control social existan y pervivan hasta siempre, donde todos los pueblos indígenas se sujeten y acaten las normas que se aplican desde los cabildos y que para su entorno se conviertan en políticas públicas efectivas para la pervivencia de la cultura”(entrevista, 2012)

Según el gobernador indígena Luis Rodrigo Piamba, gobernador indígena Yanacona, todo lo anterior es lo que no se ha podido articular con la Ley orgánica nacional, por falta de conocimiento y el poco interés en articular entre las dos formas de justicia y normatividad. Este último tema, ampliamente discutido en la subcomisión de la mesa nacional de salud, la cual hace parte de la mesa nacional de concertación nacional.

5.6. Marco Jurídico Nacional e Internacional

Según Angélica González (2009) existe una serie de documentos en los cuales se establecen aspectos relacionados con los derechos humanos que deben tomarse en cuenta para la discusión de salud indígena; afirma que

“El derecho a la salud como derecho humano universal es reconocido en varios 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 Convención de los Derechos del Niño, la Declaración de los Derechos de las Personas Pertencientes a las Minorías Nacionales, Étnicas, Religiosas o Idiomáticas, la Convención Americana sobre Derechos Humanos, el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, convenios de la OIT como el Convenio N° 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes(2001) y otras ampliamente adheridas a los tratados y declaraciones internacionales de derechos humanos. Es pertinente resaltar el papel activo que han jugado organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el reconocimiento y difusión de la importancia de la discusión sobre los derechos humanos aplicados al campo de la salud de todas las personas sin distinción (González, 2009:6).

En atención al tema objeto de estudio, de los anteriores instrumentos internacionales podemos destacar los siguientes que fueron discutidos con interés por parte de los integrantes de diferentes Mesas:

La Declaración Universal de Derechos Humanos: en el párrafo 1 del artículo 25 consigna el derecho de las personas “a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, **la salud** y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”.

“El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales,- PIDESC (1966): consagra en su artículo 12. “Los Estados Partes en el

presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”

“El derecho a la salud como un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos...y depende de estos derechos, que se enuncian en la Carta Internacional de Derechos Humanos, en particular el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación. Esos y otros derechos y libertades abordan el derecho a la salud”(PIDESC(1966)

Se enuncian en la Carta Internacional de Derechos que “asiste a los Estados partes el deber de adoptar medidas, especialmente económicas y técnicas, hasta el máximo de los recursos disponibles, para lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos económicos, sociales y culturales (DESC). Como es evidente, entre las posibles medidas, especial lugar ocupan las orientadas a la definición y puesta en marcha de políticas públicas de desarrollo, que además de ser coherentes con el respeto de los derechos humanos, contribuyan a su efectiva realización”(PIDESC(1966)

Estos instrumentos internacionales constituyen una evolución en el contenido y alcance del derecho a la salud; trascienden la visión restringida de “no enfermedad” y amplían el concepto de salud a toda una serie de factores socioeconómicos determinantes para lograr que las personas puedan llevar una vida sana, fortalece la realización integral del derecho a la salud y refuerza la obligación de los Estados de satisfacción de este derecho.

Para los integrantes de la mesa de concertación, resultó ser muy importante el concepto de que es la obligación internacional de los Estados garantizar el derecho a la salud de todas las personas. Por tal razón son responsables internacionalmente por el incumplimiento de este deber, como lo resalta la organización Panamericana de Salud OPS en sus últimas sugerencias para los Estados.

Mediante los estudios científicos que realiza la OPS en muchas comunidades indígenas de América latina, con toda la autoridad y muestra, recomienda a los Estados, la puesta en la atención de la salud de los indígenas. También reconocieron que para esto deben crearse las condiciones de desarrollo tendiente a lograr la satisfacción integral del

derecho a la salud y, en caso de no lograrlo, acreditar que han desplegado todos los recursos y esfuerzos dentro de sus sistemas políticos y ordenamientos jurídicos nacionales tendientes a garantizar y proteger el derecho a la salud de la población. Para esto la OPS hace recomendación especial a los Estados, para la atención y protección a los individuos o grupos que no están en condiciones de garantizarse por sí mismos su derecho a la salud, por la falta de políticas, de programas, acciones y presupuestos en salud para la atención de estas poblaciones indígenas vulnerables (OPS, 2010).

Según afirma el experto en derecho indígena Asdrúbal Plaza, reconocido jurista Yanacona, en entrevista afirmó que:

“...es necesario recordar y exigir al Estado colombiano la implementación de una política pública en salud para los indígenas desde el derecho internacional, pero al mismo tiempo (que) se haga desde el derecho propio,... se debe tener en cuenta la gran fuerza del marco jurídico tradicional para un sistema de salud indígena propio,... además es necesario hacer validar todo el avance jurídico que ya existe para la implementación de las políticas públicas en salud indígena, es sólo empezar a implementar programas de salud que lleven a la práctica, donde se plantee una salud pensando en el ser humano, una salud desde las medicina natural, desde las ciencias medicas ancestrales milenarias, que tienen y llevan a otras conciencias en salud,... en los territorios vienen implementando sistemas de atención propio a través de nuevas formas de investigación, donde la salud no sea para enriquecer, donde el sistema de salud indígena ayude a reflexionar a los sistemas de salud actuales que se practican en todos las naciones desde una visión capitalista. El Modelo o sistema der salud indígena propio, debe partir con unas normas,

principios y valores claros para el servicio a la comunidad, como lo hacen los médicos ancestrales indígenas, que colocan su servicio sin ningún interés, solo aplican un saber para el bien común, con solo un pequeño reconocimiento como forma de reciprocidad,... si este sistema viene fundamentado así, tiene buena funcionalidad para la comunidad y sociedad, abriendo nuevas formas de mentalidad y de práctica”(entrevista a Plaza, 2012)

Junto con las discusiones de la normatividad relacionado con la salud, las Mesas entraron a estudiar algunos textos referentes a la discriminación. A continuación se resaltan elementos sobresalientes:

“La Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación racial (1965), artículo 5, establece que:

“los Estados partes se comprometen a prohibir y eliminar la discriminación racial en todas sus formas y a garantizar el derecho de toda persona a la igualdad ante la ley, sin distinción de raza, color y origen nacional o étnico, particularmente en el goce de los derechos siguientes: v) El derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales”(OPS, 2010)..

Un interesante aporte de esta convención está dado por la incorporación, por primera vez, de una anticipación a las acciones hoy llamadas afirmativas, al establecer en su artículo 1.4 que:

"[L]as medidas especiales adoptadas con el fin exclusivo de asegurar el adecuado progreso de ciertos grupos raciales o étnicos o de ciertas personas que requieran la protección que pueda ser necesaria con objeto de garantizarles, en condiciones de igualdad, el disfrute o ejercicio de los derechos humanos y de las libertades fundamentales no se considerarán como medidas de discriminación racial, siempre que no conduzcan, como consecuencia, al mantenimiento de derechos distintos para los diferentes grupos raciales y que no se mantengan en vigor después de alcanzados los objetivos para los cuales se tomaron".

Toda esta normativa internacional reconoce la importancia de los Estados en el desarrollo del concepto de etnia, el cual se incorpora a los lineamientos internacionales

para promover los derechos humanos de las minorías étnicas/raciales. A estas preguntas responden las Observaciones Generales No 14 y 15 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, las cuales concretan y delimitan el contenido del deber de los Estados de garantizar la protección del derecho a la salud, a partir de tres tipologías de obligaciones:

a) Obligaciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad: La disponibilidad exige que existan programas de salud, un número suficiente de bienes, establecimientos y servicios públicos de salud, y centros de atención de salud. La accesibilidad a los servicios de salud demanda que no haya discriminación, y que se garantice accesibilidad física, de información y económica (asequibilidad). La aceptabilidad implica el deber de que los establecimientos, bienes y servicios de salud sean apropiados culturalmente, esto es, que respeten la cultura de las personas, las minorías, los pueblos, las comunidades, en atención a los requisitos de género y “ciclo de vida”. La calidad hace referencia a la necesidad de que exista correspondencia entre la aceptabilidad en la prestación del servicio y la pertinencia médica y científica del servicio de salud, lo que implica que sea de buena calidad, esto es, integral, oportuna y continua;

b) Obligaciones de respeto, protección y cumplimiento en la prestación del servicio de salud.

c) Obligaciones de efecto inmediato y de cumplimiento progresivo.

Además, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha destacado en su Observación general N° 14 que un Estado que no esté dispuesto a utilizar el máximo de los recursos de que disponga para dar efectividad al derecho a la salud viola las obligaciones que ha contraído en virtud del artículo 127. Si la limitación de recursos no permite el cabal cumplimiento por un Estado de las obligaciones que ha contraído en virtud del Pacto, es su deber justificar que, no obstante, se ha hecho todo lo posible por utilizar todos los recursos de que dispone para satisfacer, como cuestión de prioridad, las obligaciones señaladas (González-A. Angélica, 2009).

Sin embargo, estos instrumentos no siempre responden a todas las preguntas planteadas en las Mesas, por ejemplo: Los días 14 y 16 de Mayo de 2010 en el sede de la ONIC se llevó a cabo el trabajo fuerte por las comunidades en la discusión de la inclusión social, donde se plantea la necesidad de disminuir la discriminación, ya que a pesar de las políticas que se han desarrollado, la brecha para acceder en lo laboral y en los recursos para financiar programas propios no se ha superado. En la discusión se opinó que parte de lo que obstaculiza es que por ser indígenas se les considera como

desplazados, y por consiguiente sin capacidad, sin organización; también se comentó que el hecho de proceder de las provincias resulta ser a menudo una barrera que dificulta el acceso a espacios laborales y financieros.

Por eso, se discutía en la mesa de mayo la elaboración de acciones afirmativas, como se dice textualmente en el acta, se dejaron tareas a los cabildos, ente ellos:

“Consolidar una propuesta de trabajo interno de cada cabildo u organización (de acuerdo a la metodología que expusimos a las instituciones) y remitirla a mi correo, tanto la propuesta técnica (la sustentación) como la propuesta financiera, la metodología para los encuentros internos se resume en: 1. Capacitación en PPI y PIAAI: en talleres y Asambleas. 2. Levantamiento Línea Base: en encuentros por sector y Asambleas para realizar Identificación de problemáticas y Caracterización. 3. Análisis y propuestas (acta mesa autónoma, 2011)”.

Este trabajo, finalmente como propuesta de trabajo colectivo se llevó ante la mesa de concertación, para tratar asuntos como la discriminación, exclusión de los pueblos indígenas en los espacios de decisión política, como el de tener poca representación en las secretarías, poca financiación en programas como salud, educación, empleo y desarrollo económico. Estas representan las temáticas que más adelante se van a trabajar en el Plan de Intervenciones de las Acciones Afirmativas (PIAA) como tareas para el mes de agosto de 2010.

En la mesa Distrital de concertación de los días 14, 16, 18 de julio de 2010 se daba la siguiente discusión: mientras que el presupuesto en el 2010 para la salud Distrital fue aprobada por el Concejo de Bogotá con el Proyecto de Acuerdo No. 078 de 2010, alcanza un monto de 379 mil millones de pesos, la inversión en la salud de los indígenas en la capital fue apenas de 500 millones de pesos. Para los integrantes de la mesa, esto muestra que hay todavía muy poca efectividad e interés por invertir más en la salud de los indígenas, adecuación de programas, estudios técnicos como perfil epidemiológico, caracterización, geo-referenciación de los pueblos indígenas. La mesa considera urgente aumentar recursos para la atención a los indígenas de la ciudad y la vinculación de personal indígena propio, que hoy esta profesionalizado.

Este tema de salud se trabajó nuevamente de forma amplia, mediante debates y propuestas en mesa de concertación distrital el 1 y 18 de agosto de 2010, donde ya se traía una proyección clara para el Distrito, de políticas, de finanzas y de estadísticas de poblacionales, en esta ocasión participaron autoridades, delegados del Distrito, técnicos

indígenas y autoridades de control Distrital. Además, la Mesa se interesó a encontrar en la observación general No 14 la inclusión de una conceptualización concreta y específica del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, mediante la adopción de medidas, especialmente de carácter económico y técnico para este fin.

Adicionalmente impone la obligación de los Estados de lograr progresivamente el pleno ejercicio de este derecho sin discriminación de ningún tipo, facilitando el reconocimiento, garantía y protección del derecho a la salud de los grupos étnicos, como sujetos de derechos. Para la Mesa de concertación distrital, que sesionaba en el mes de agosto 1 y 18 de 2010, es claro que la gestión no es sólo ante la Secretaría Distrital de Salud, sino también ante el Ministerio de la Protección Social, ya que es el ente regulador principal en la salud. Se discute los avances en la Mesa nacional de concertación de salud indígena, que viene adelantando procesos de negociación a favor de los indígenas desplazados en las diferentes ciudades de Colombia, como también el funcionamiento de un régimen especial para la atención y la construcción de un sistema de información.

La profundización en esta importante tarea se dejó para continuar en propuesta y discusión y encontrar una salida en la mesa de concertación para septiembre de 2010, donde, al revisar algunas sentencias de la corte Constitucional, que exige el trato especial y la atención preferente y diferencial para los indígenas en materia de salud y otras acciones que beneficien el buen vivir de las comunidades.

Los instrumentos internacionales mencionados anteriormente, si bien implican un avance en el reconocimiento y exigibilidad del derecho a la salud como derecho humano, abordan de forma muy ambigua el derecho a la salud de los grupos étnicos al subsumirlos en el resto de la población, sin demandar de los Estados la obligación de garantizar y proteger mediante políticas diferenciales este derecho a las minorías étnicas. Estas ambigüedades fueron claramente comprendidas por los integrantes de la Mesa, como puede constatarse en el siguiente comentario, hecho por la gobernadora indígena Nasa de Bogotá Oliva Prado Latín en el 2012 en la mesa Distrital, quien afirmó lo siguiente en la mesa de concertación Distrital:

“... que a pesar de existir cientos de normas que exigen a las instituciones distritales de salud, prestar la atención, todavía los pacientes indígenas se están muriendo en las puertas de los hospitales, hay cientos de indígenas en turnos de espera para ser atendidos en servicios de nivel II de salud, muchos no van simplemente a los hospitales porque es más el tiempo que pierden, que

lo que reciben de servicios, muchos son obligados a cambiar de EPS, ARS, subir el estrato de nivel del SISBEN; cuando el nivel de estrato de los indígenas es cero (0), muchos indígenas son devueltos por el portero de los hospitales y muchos por la falta de manejar un lenguaje claro del español, no tienen la mayor forma de exigir los derechos en salud, que conociendo bien, son los que más normas tienen a favor, pero son los más excluidos, afirmaba la gobernadora indígena, ante la mesa distrital de concertación”(entrevista autoridad indígena, 2012).

Estas afirmaciones son las que dejan percibir las contradicciones entre el discurso y la práctica, entre las normas y su aplicación, entre la atención y la exclusión, a pesar de tener todas las normas internacionales, nacionales y Distritales, el Sistema General de Seguridad Social en salud no ha logrado derribar las barreras a la plena atención. La Mesa opinó que *“las leyes mencionadas no funcionan, no operan a favor de los indígenas”*. Parece simplemente que no hay recursos de inversión para los indígenas que en su mayoría son desplazados del conflicto desde los diversos rincones de Colombia.

Como afirma la investigación de González-A,(2009) sobre la salud de los indígenas en Bogotá, progresivamente se vienen desarrollando en el ordenamiento internacional toda una serie de instrumentos de carácter especial para el reconocimiento de los derechos de los grupos étnicos—producto de la lucha por la reivindicación de sus derechos—tendientes a unificar la normativa, en especial del derecho a la salud (por la situación crítica que en la mayoría de países del mundo presentan los grupos étnicos y su especial vinculación con derechos como la vida, la dignidad humana, entre otros de gran relevancia).

Existe un marco jurídico en formación en la comunidad internacional para el reconocimiento de este derecho. Dos instrumentos internacionales referidos a los pueblos indígenas y tribales recogen específicamente este derecho: El primero es el convenio 169 de la OIT sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes, ratificado por Colombia mediante la Ley 21 de 1991, que en sus artículos 24 y 25 de la parte V sobre seguridad social y salud establece que: *“(…) la seguridad social deberá atenderse de manera progresiva a los pueblos interesados sin discriminación alguna. (...) para gozar del máximo nivel posible de salud física y mental los gobiernos deberán velar por que se pongan a su disposición los servicios de salud adecuados, o en su defecto, proporcionar a tales pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control. Deberá atenderse especialmente a las*

condiciones económicas, culturales geográficas y sociales de cada pueblo, así mismo a sus métodos de prevención, practicas curativas y medicamentos tradicionales.”

La ley 691 de 2001, fue diseñada, discutida, elaborada y deliberada en grandes asambleas comunitarias para ser presentadas al gobierno nacional, para volver efectivas las políticas públicas en salud para indígenas, en asignación de presupuesto, en adecuación e implementación de programas. Han transcurrido diez años y esta Ley aún está reglamentada, solo de forma parcial por el Decreto Nacional 2716 de 2004.

Existe la norma, pero **no** la reglamentación completa **ni** la asignación de presupuesto, existen las proyecciones, pero hasta el momento no hay un programa de salud adecuada y reglamentada bajo un Decreto Ley. Así, esta Ley que reconoce y es favorable para los pueblos indígenas y su salud, no opera porque hace falta voluntad política por parte del Estado colombiano; por eso se dice que en Colombia existen muchas normas, pero que no tienen peso, porque no tienen presupuesto, o simplemente porque al Sistema de salud para los indígenas no le es rentable al mercado en salud.

Por esto la Mesa distrital indígena establece que la salud en Bogotá debe ser diferenciada de lo planteado por el gobierno nacional para así iniciar una experiencia piloto, para mostrar al gobierno nacional que para la salud de los más pobres, es necesario, no sólo voluntad, sino, políticas claras, financiación bajo un régimen especial y una buena adecuación de programas desde la visión propia en salud.

Uno de los más recientes instrumentos internacionales promulgado que explicita la obligación de los Estados a velar por la garantía, protección y satisfacción de los derechos de las minorías étnicas en el mundo, específicamente los grupos indígenas, es la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos indígenas (PDDPI), aprobada en septiembre de 2007. Este instrumento mereció una seria discusión por parte de los miembros de la Mesa quienes reconocieron la gran variedad de derechos de los que son sujetos los grupos indígenas, especialmente su derecho a la diferencia y a la igualdad con los demás pueblos, es decir, su derecho a la autodeterminación. En relación con el derecho a la salud, en su artículo 24 consagra:

“(...) Los pueblos indígenas tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud...También tiene derecho al acceso a todos los servicios sociales y de salud. Así como a disfrutar del más alto nivel de salud física y mental y los Estados están obligados a tomar las

medidas necesarias para su realización” (Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos indígenas, 2007).

Colombia se abstuvo de ratificar este instrumento internacional de gran importancia para los grupos indígenas en la lucha por lograr la reivindicación de sus derechos, lo cual ha generado inconformidad de los grupos étnicos y en la Mesa como se puede advertir en el siguiente comentario de uno de los gobernadores que justifica desde la normatividad, de los avances y retrocesos en el cumplimiento de la Ley que:

“no es bueno dilatar, excusar y mucho menos decir no hay recursos para financiar la salud de los indígenas...los indígenas desde 1970 venimos presentando al Estado colombiano una política pública diferencial, cuarenta años y hasta el momento sin respuesta, sin financiación, sin implementación, cientos de normas, Decretos, resoluciones y acuerdos se han expedido, sin tener respuesta y sin política pública funcional para la salud de los indígenas...””(entrevista autoridad indígena, 2012).

Con el Acuerdo 359 se establece lo siguiente:

“...se afirma que igualmente se deben adecuar los criterios de asignación presupuestal, focalización y de elegibilidad para que los indígenas puedan acceder a los distintos servicios sociales, programas y proyectos a fin de aplicar en ellos las acciones afirmativas en beneficio de los mismos...”
(Acuerdo 359,2009)

Sin embargo, hasta el momento los recursos para la salud de los indígenas han sido pocos, de igual manera en el 2011 en el Decreto 543 señaló lo siguiente, referenciándose los Caminos de salud y medicina ancestral: “Sus líneas de acción son: Incorporación de las características culturales y particulares de la población indígena al Modelo de Atención Integral en Salud de Bogotá, D. C., y diseño de las rutas de atención que correlacionen la medicina ancestral y la medicina facultativa, y una vez aprobado el Sistema Integral de Salud de Pueblos Indígenas -SISPI-, por parte del Gobierno Nacional, el Distrito garantizará su implementación. Atención integral en salud y cobertura total del Régimen Subsidiado para la población indígena, exceptuando los casos definidos en el artículo 5 de la Ley 691 de 2001. Apoyo a procesos de estudios e investigación para la construcción y actualización de los perfiles epidemiológicos y el Plan Obligatorio de Salud indígena, bajo la tutela y dirección de los pueblos indígenas, en

coordinación con los equipos de Análisis de Situación de Salud de las con los equipos de Análisis de Situación de Salud de las Empresas Sociales del Estado que contratan el Plan de Intervenciones Colectivas...”.

La pregunta planteada por las autoridades en la Mesa autónoma es, ¿por qué no dejar de expedir más leyes, decretos y acuerdos y obrar en la práctica, con inversión, con participación, investigación en salud propia e implementación de programas acordes con la cultura ancestral de los pueblos indígenas? Se observa que por fortuna existe una real diferencia entre el proceso nacional y aquel que se desarrolla en el Distrito, ya que en un lapso de menos de un año, el Gobierno distrital con la voluntad política y en la inclusión de las propuestas indígenas, sí ha podido elaborar respuestas concretas para los indígenas en la ciudad, logrando avanzar mucho más que el Estado. Con este debate cierran la mesa para firmar la política creada por y para los pueblos indígenas.

Para 2012 el presupuesto general de inversión en el Distrito fue de 11.5 billones, para salud del Distrito se destinaron 1.5 billones de pesos, de los cuales para la adecuación de programas de salud para comunidades indígenas, llamados también proyectos especiales fue apenas de \$600 millones de pesos (SDS, 2012), siendo una cifra muy menor aún todavía, pero en comparación con otros años, la cifra en inversión para la construcción de programas y la propuesta de un sistema de salud indígena en Bogotá ha ido en incremento. Para el 2013 del presupuesto Distrital de \$2,2 billones en salud, ya está destinado en el plan de inversiones anuales del Distrito la cifra de \$2050 millones, presupuesto con el cual se tiene proyectado desarrollar los ejes del SISPI, como son Modelos de atención, aseguramiento, adecuación de programas de salud indígenas, fortalecimiento de la medicina tradicional y sistema de información, esto nos ha llevado a poder analizar, como la política pública indígena se viene implementando en el Distrito con la SDS.

En el informe del Plan Territorial de Salud Distrital hacen un informe retrospectivo, para conocer el crecimiento de inversión año por año realizado por el Fondo Financiero Distrital de Salud, periodo 2004 a 2012, haciendo el siguiente resumen:

“Durante el periodo 2004 a 2012, el valor total del presupuesto de ingresos del Fondo Financiero Distrital de Salud, ascendió a \$12.412.323 millones, de los cuales el 33,10% proviene de aporte ordinario, \$4.109.082 millones; el 29,08%, se origina en el Sistema General de Participaciones, \$3.609.617 millones; el 15,46% se corresponde con recursos de capital, \$1.918.791 millones; los ingresos corrientes representaron el 10,73%, \$1.331.328 millones y las rentas cedidas participaron con el 10,11%, \$1.261.947 millones

[Anexo 2]. De un presupuesto de ingresos de \$691.656 millones, en 2004 se pasó a un monto de \$1.678.956 millones en 2011”. (Documento Plan Territorial de salud, 2003 – 2012)

A pesar de tener una muy buena proyección en política social, durante los dos gobiernos anteriores, no fue muy clara y concreta en la inversión para la salud de los pueblos indígenas, la mayor parte se realizó con pequeños programas y proyectos llamados “proyectos especiales en salud para pueblos indígenas” los cuales entre el periodo de 2008 a 2012 no superaron los 2mil millones de pesos, según informe del área poblacional en salud étnica.

Tabla 4. Presupuesto de Inversión Directa por Fuentes de Financiación FFDS 2004 – 2011 (Ejecutado) 2012 (Asignado) (Millones de \$ corrientes)

ENTIDAD	AÑO	PRESUPUESTO SALUD DISTRITAL	INVERSION EN SALUD PARA INDIGENAS
SDS - FFDS / Dirección Financiera	2004	\$671.699 millones	En estos periodos no hubo un presupuesto claro y definido para la atención en salud para los pueblos indígenas, sólo se desarrollaron algunos proyectos especiales en medicina tradicional
SDS - FFDS / Dirección Financiera	2005	\$913.913 millones	
SDS - FFDS / Dirección Financiera	2006	\$1.001.445 millones	
SDS - FFDS / Dirección Financiera	2007	\$996.746 millones	
SDS - FFDS / Dirección Financiera	2008	\$1.117.179 millones	
SDS - FFDS / Dirección Financiera	2009	\$1.365.180 millones	
SDS - FFDS / Dirección Financiera	2010	\$1.758.832 millones	
SDS - FFDS / Dirección Financiera	2011	\$1.288.174 millones,	
SDS - FFDS / Dirección Financiera	2012	\$1.508.102 millones,	

Fuente: SDS - FFDS / Dirección Financiera. Ejecuciones presupuestales de ingresos y gastos con corte a Diciembre 31 de cada año. Nota: Año 2012 valor proyectado

Para el 2011 y 2012, cuando se estaban terminando de diseñar y construir las políticas públicas para los grupos étnicos en Bogotá, se asignó un presupuesto especial en todas las dependencias del Distrito para realizar la ejecución en algunos programas y proyectos encaminados a dar respuesta a las necesidades de los grupos étnicos.

Tabla 5. Atención a la Población en Situación de Desplazamiento Ejecución Presupuestal de Enero a Septiembre 2011 Millones de \$

ENTIDAD	PRESUPUESTO,2011	EJECUCIÓN,2011*
INSTITUTO PARA LA ECONOMÍA SOCIAL OIPES	4,000	3,016
SECRETARIA DE EDUCACION DISTRITAL	92,370	71,261
SECRETARIA "DISTRITAL" DE GOBIERNO	8,360	6,902
SECRETARIA DISTRITAL DE INTEGRACION SOCIAL	15,767	13,601
SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD	46,364	18,176
SECRETARIA DISTRITAL DEL HÁBITAT	13,344	12,198
TOTAL	180,204	125,154

* Ejecución a Septiembre del 2011. Fuente Secretaria Distrital de Hacienda

Fue más específica y clara en la asignación de presupuesto para los grupos étnicos en el Plan de Desarrollo Bogotá Humana, quien hizo una proyección plurianual para los grupos étnicos, llamado “Una ciudad que supera la segregación y la discriminación”, donde se hace una inversión de forma general para los grupos étnicos para los cuatro años. Como podremos observar en la siguiente tabla de inversión plurianual. Siendo una

Tabla 6. Atención a la Población en Situación de Desplazamiento Programación 2012
Millones de \$

ENTIDAD	PROGRAMADO 2012
INSTITUTO'PARA'LA'ECONOMÍA'SOCIAL IPES	4,000
SECRETARIA'DE'EDUCACION'DISTRITAL'	95.336
SECRETARIA"DISTRITAL"DE'GOBIERNO'	8,812
SECRETARIA'DISTRITAL'DE'INTEGRACION'SOCIAL'	23,788
SECRETARIA'DISTRITAL'DE'SALUD	76,097
SECRETARIA'DISTRITAL'DEL'HÁBITAT'	13,792
TOTAL	221,824

Fuente: Anteproyecto de presupuesto de las entidades 2012

cifra bastante inferior en comparación con otros sectores sociales. Esto para dar cumplimiento a una política pública indígena en salud en la ciudad.

Tabla 7. Plan plurianual de inversiones 2012--2016 por eje Administración Central y establecimientos Públicos

	EJE	2012	2013	2014	2015	2016	TOTAL
1	Una ciudad que supera la segregación y la discriminación	5.159.298	6.893.314	7.459.082	6.201.362	6.475.057	32.188.113

Fuente. Documento Proyecto Acuerdo Plan de Desarrollo Bogotá Humana. 2012.

5.7. Política Pública para los Pueblos Indígenas en Bogotá

En seguida se presentan apartes del texto del Decreto 543 de 2011 que define los lineamientos de la Política Pública para los Pueblos Indígenas en Bogotá, el cual incluye elementos (resaltados) directamente relacionados con la situación social de las comunidades y hace referencia a la salud:

“Que el artículo 7 de la precitada Ley señala que "Los pueblos interesados deberán tener el derecho de decidir sus propias prioridades en lo que atañe al proceso de desarrollo en la medida en que éste afecte a sus vidas, creencias, instituciones y bienestar espiritual y a las tierras que ocupan o utilizan de alguna manera, y de controlar, en la medida de lo posible, su propio desarrollo económico, social y cultural. Además, dichos pueblos deberán participar en la formulación, aplicación y evaluación de los planes y programas de desarrollo nacional y regional susceptibles de afectarles directamente. "

Que el Decreto 1811 de 1990, "Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 10 de 1990, en lo referente a la prestación de servicios de salud para las comunidades indígenas", indica en el artículo 2º: "Todo programa y, en general, toda acción de salud que se proyecte adelantar en comunidades indígenas deberá ser previamente acordada con ellas y aprobada por los respectivos cabildos y autoridades que ejerzan el gobierno interno en las mismas."

Que el artículo 8º del Acuerdo en cita dispone que "La Comisión Intersectorial de Poblaciones será la instancia encargada de concertar con las autoridades indígenas reconocidas en Bogotá y las Organizaciones Nacionales Indígenas de Colombia, reconocidas legítimamente por sus pueblos y el Gobierno Nacional, el diseño, puesta en marcha, implementación, seguimiento y evaluación de la Política Pública para los Indígenas en Bogotá, D. C. y un plan de acciones afirmativas que la desarrolle"(Decreto 543, 2011).

Con este capítulo hemos finalizado la contextualización de todo el proceso de participación de los pueblos indígenas en el diseño y en la construcción de la política pública indígena en Bogotá, sus logros, sus aciertos y, sus dificultades.

Los diálogos que se llevaron a cabo entre las comunidades ancestrales y las instituciones distritales, quienes algunos estuvieron muy atentos a las propuestas de los indígenas, otros mostraron poco interés, como caso movilidad, desarrollo económico y vivienda, porque les pareció muy complejo hablar de lo social, de los valores, de lo comunitario y sobre todo de una visión de espiritualidad, donde el indígena siempre se mantuvo, por su concepción de vida, de equilibrio y armonía entre el ser humano y la naturaleza como su única fuente de vida.

De esta manera en forma de conclusión se propuso definir algunos elementos de análisis para contribuir a una mayor comprensión de la política pública del Distrito con el fin de aportar a un proceso tanto académico como político-organizativo en el contexto del multiculturalismo de claro significado para la nación.

De esta forma podemos ver como el Distrito viene haciendo importantes avances en términos de implementación de política pública más incluyente, participativa, y consultado desde las bases, de abajo para arriba. Así, respeta la diversidad, escucha los saberes ancestrales, atiende las necesidades más primordiales como han sido en salud para los pueblos indígenas en el contexto de ciudad. No se hacen promesas falsas ni se llena de expectativas a unas comunidades que vienen luchando por sus derechos y por tener una política pública a su favor; de esta manera se muestra que es importante en la ciudad ejercer desde una nueva forma de gobernar, con políticas diferenciales.

Conclusiones y recomendaciones

En los cinco capítulos hemos podido hacer el recorrido y hacer una contextualización, seguimiento y análisis del nuevo proceso que se está dando en la ciudad, específicamente en Bogotá, pero sin dejar de observar que de igual manera viene sucediendo en otros contextos de ciudad capitales de Latinoamérica, donde hay diversidad, hay culturas milenarias. Se señaló que se están llevando importantes procesos de participación, de diseño e implementación de políticas públicas diferenciales, desde gobiernos democráticos, alternativos que empiezan a comprender que en la globalización es necesario saber gobernar en la diferencia para la diferencia y de esta manera poder responder con políticas sociales más efectivas diseñadas desde las bases, especialmente en los problemas más sentidos por la comunidad, en el caso concreto para las comunidades indígenas en la situación de salud.

Para comprender todo este desarrollo de políticas participativas e incluyentes en la ciudad y acercar a un análisis desde el proceso de inicio, desarrollo y terminación de la formulación de política pública indígena hemos iniciado retomando los debates teóricos de la política pública como son los enfoques de Bottom-up, donde los autores plantean la necesidad de diseñar las nuevas políticas desde una amplia participación de las bases comunitarias. De igual forma otros autores plantean la necesidad de hacer desde las nuevas formas de gobernanza, la formulación de las políticas públicas a partir de una amplia participación, deliberación y argumentación, esto a partir de los relatos, meta – relato y los contra-relatos, esto con el fin de analizar desde el punto de vista argumentativo de unos conocimiento, historias y diálogos, ya sea para contradecir o, reafirmar una política social.

Podemos decir que durante el desarrollo de la investigación retomamos otros conceptos más amplios en términos de visualización de nuevas políticas, cambios y dinámicas en las estructuras sociales en los tiempos de la globalización, es así como tenemos en cuentas las miradas desde el multiculturalismo, de las nuevas relaciones, de las nuevas tendencias y perspectivas. Para eso es muy importante con estos conceptos regresar al contexto de ciudad en donde se hace el estudio, hacer comparaciones, hacer análisis y dar un giro interpretativo a la realidad del contexto de la ciudad y de la diversidad, de los

alcances de la política pública indígena en la ciudad, de responder a unas necesidades que se plantean desde las comunidades y el permanente diálogo de la institución.

De igual forma empezamos a comparar y analizar los avances que ya se están dando en los últimos años en el eje concreto de la política pública en salud para los pueblos indígenas en la ciudad. Esto se ha basado en los diálogos entre el saber tradicional y el saber científico y en la tensión entre la norma occidental dominante y la capacidad de gestión y empoderamiento de la organización indígena desde el gobierno propio. Hemos mostrado como se han posibilitado así las acciones concretas mediante la construcción afirmativas en salud y el diseño de modelos y programas de salud para los pueblos indígenas; esto ha incluido la asignación de equipo humano y presupuestos para que la política se vaya logrando.

También este proceso ha contado con el permanente acercamiento, acompañamiento y evaluación de la política en salud en la ciudad, que aunque apenas está en propuesta de construcción de lineamiento para la implementación de una política pública eficaz que beneficia a las comunidades indígenas, es considerado un avance en su valoración y reconocimiento.

De esta forma podemos concluir que en Bogotá en los últimos años se ha avanzado en la formulación e implementación de políticas públicas de inclusión, de gobernanza en la diversidad para la diversidad, brindando espacios de participación, de diálogo con las bases, de consulta y de pensar en una ciudad más humana, más equitativa, libre de segregaciones y sobre todo respetando los saberes ancestrales. Es por eso que en los últimos años ha venido en la incrementación en el reconocimiento de espacios de participación como la de los grupos étnicos, la mujer, el joven, la niñez, los LGBTI y demás grupos que anteriormente eran totalmente excluidos.

De igual forma Bogotá ha sido el modelo de ciudad para actuar con hechos, obras y ejercicios de la participación, desde el diseño, construcción, implementación de políticas, programas concretos y en el ejercicio de la inversión con recursos a unas políticas para empezar a implementar todo lo planeado desde un programa de gobierno, esto acompañado desde un marco jurídico Constitucional, para dar peso, firmeza y no tener mayor dificultad en la medida que las políticas sociales avancen en el tiempo de la ejecución.

Finalmente en la ciudad se ha venido dando este proceso en la última década con la llegada de gobiernos alternativos, más democráticos, esto como justificación de que en los gobiernos anteriores de corte más tecnocráticos poco se tuvo en cuenta las

problemáticas desde la diversidad, y que hoy es una tendencia a nivel del continente, esto como señal de que es necesario empezar a mirar nuevos modelos desde las nuevas dinámicas y cambios en las estructuras de gobernabilidad, diseños de políticas, normas que de verdad lleven a responder unas necesidades concretas que la misma dinámica cambiante de la sociedad moderna lo está exigiendo. Esto con el fin de no continuar desgastando esfuerzos desde los modelos tradicionales que ya poco responden a las nuevas dinámicas sociales en el contexto latinoamericano cada vez más complejo.

Bibliografía

[1] AGUILAR VILLANUEVA., L.F. (comp). (1992). El estudio de las políticas públicas. México: Miguel Ángel Porrúa Editor.

[2] AGURTO, M. Andrés. (2004). Políticas públicas para los pueblos indígenas en Chile: los desafíos del desarrollo con identidad. Una mirada al Fondo de Desarrollo Indígena de CONADI”. Universidad de Chile Facultad de Ciencias Sociales Escuela de Antropología. Santiago de Chile.

[3] ANDRADA. Damián. (2010). La influencia de la moral andina precolombina en la filosofía político-social de Bolivia, Perú y Ecuador. Buenos Aires. Argentina.

[4] AYLWIN. José. (2004). Políticas públicas y pueblos indígenas: el caso de las tierras mapuche en Neuquen (Argentina) y la Araucanía (Chile). CLASPO (Universidad de Texas) Temuco, Chile.

[5] BAER, V, Baer, Igor, Oliva, 2008, “Análisis de la propuesta de política indígena re conocer”. Revista Serie informe político N° 105. Santiago de Chile.

[6] BARBERO, M. Jesús y OCHOA GAUTIER, A. María. (2005). Políticas de multiculturalidad y desubicaciones de lo popular. *En libro: Cultura, política y sociedad Perspectivas latinoamericanas*. Daniel Mato. CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. pp. 181-197.

[7] BORIOLI, Gloria, 2009. Escribir para compartir. El modelo bottom-up y el aprendizaje con los pares. Praxis Educativa. Argentina. Universidad Nacional de La Pampa.

[8] CANSINO, César, 2008. La muerte de la ciencia política. Premio ensayo, 2008. Editorial, Buenos Aires. Argentina.

[9] CANO, Luisa Fernanda. (2008). La participación ciudadana en las políticas públicas de lucha contra la corrupción: respondiendo a la lógica de gobernanza. Bogotá D.C. Colombia.

[10] CAOÍ. (2010). Buen vivir/Vivir bien. Filosofía, políticas, estrategias y experiencias regionales andinas. Lima Perú.

[11] CAPI, PNUD. (2009). Propuestas de Políticas Públicas para Pueblos Indígenas. Edición Naciones Unidas. Asunción. Paraguay.

[12] CAMACHO CELIS, M. (2011). El giro argumentativo en el análisis de políticas públicas. Una transición desde la tecnocracia a enfoques cualitativos. Aspectos generales sobre la política pública frente al desplazamiento forzado en Colombia. GIGAPP- IUIOG. Estudios Working Papers. Num 2010-01. ISSN: 2174-9515. Madrid, España.

[13] CASTELLS, Manuel. (1972). *La cuestión urbana*. Siglo Veintiuno de España Editores, S.A. Madrid. España.

[14] CEPAL-Naciones Unidas. (2009). Comunidades indígenas, políticas públicas, autonomía cultural y ciudadanía. Fundación Ford (FF) y Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Santiago de Chile.

[15] CIAPPINA. Carlos M. (2007). Principios formativos en el estado. Identidad cambio cultural para una gestión pública incluyente. Buenos Aires. EDULP.

[16] COLQUE, Gonzalo. (2010). Rediseño de gobiernos locales indígenas en Bolivia Director, Fundación Tierra. La Paz, Bolivia.

[17] DE SOUSA, S. Boaventura. (2010). Refundación del estado en América Latina. Perspectivas desde una epistemología del sur. AbyaYala. Quito. Ecuador.

[17] ELMORE, Richard. (1978). Organizational models of Social Programs Implementation. In PublicPolicy, vol. 26.

[18] FIGUEROA, Verónica L. (2010). *Capital Social y Desarrollo Indígena Urbano: una propuesta para una convivencia multicultural*. Los mapuches de Santiago de Chile. Centro ESADE – escuela superior de administración y dirección de empresas. Departamento Economía, Ciencias Sociales y Métodos. Chile.

[19] FIGUEROA, H. Verónica. (2009). “Políticas públicas: Una difícil relación para una convivencia multicultural”. *Revista Política Educativa*. Docencia N° 37. Santiago de Chile.

[20] FISCHER, Frank. (2003). *Reframing Public Policy*, Oxford University Press, Oxford.

[21] GARCÍA, MÁRQUEZ. Gabriel. (1996). *Por un país al alcance de los niños, Colombia: al filo de la oportunidad*. Informe de la Misión de Sabios. Misión ciencia, educación y desarrollo tomo 1 presidencia de la república consejería presidencial para el desarrollo institucional Colciencias tercer mundo editores Santafé de Bogotá, D.C.

[22] GONZÁLEZ, Angélica L. (2009). *Derecho a la salud de los grupos étnicos en Bogotá análisis de la política pública en salud distrital 2004-2007*. Colegio mayor de nuestra señora del Rosario. Bogotá.

[23] GONZÁLEZ, P. Nidia. (2006). *Resistencia Indígena, alternativa en medio del conflicto Colombiano*. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá.

[24] GIDDENS, A. (1995). *In defense of sociology*. *New Statesman and Society*, 7 April.

[25] HERRERA, M. Ángel. (2010). *Política discursiva y práctica deliberativa, un balance crítico de los aportes de Frank Fischer*. En Roth, D. André. *Enfoques para el análisis de políticas públicas*. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá.

[26] LALANDER, Rickard. (2010). *Retorno de los Runakuna Cotacahi y Otavalo*. Universidad Politécnica Salesiana. Editorial Abya Yala: Quito. Ecuador.

[27] LASSWELL H.D. (1992). *La orientación hacia las políticas públicas*, en Aguilar Villanueva L.F. (comp.). *El estudio de las políticas públicas*. México: Miguel Ángel Porrúa Editor, pp. 79 -103.

[28] LÓPEZ, Zahira. (2010). "Indígenas Urbanos en Medellín". Revista Asociación de entidades culturales en cultura. Medellín. Colombia.

[29] MARTÍNEZ, C. Regina. (2009). "Indígenas Urbanos ¿Tradición o modernidad?". Revista opinión. México.

[30] MEENTZEN, Ángela. (2007). Políticas públicas para los pueblos indígenas en América Latina. Los casos de México, Guatemala, Ecuador, Perú y Bolivia. Primera edición, agosto. Lima.

[31] MONTOYA, J. F. y Hernández, M. E. (2007). Equidad de Etnia en el Acceso a los Servicios de Salud en Bogotá, Universidad Nacional Colombia. Bogotá. D.C

[32] MOTTA, G. Nancy. (2007). Tejiendo la vida en la ciudad de Cali. Estrategias de adaptación e inclusión de seis cabildos urbanos. Santiago de Cali.

[33] PETTIT P. (2001). Deliberative Democracy and the Discursive Dilemma, En: Philosophical Issues (supplement to Nous). Australia. Editorial Nous, vol.11.

[34] RAIDAN. Ariel. (2009). "Nuevo rol del Estado, nuevo rol de los Municipios". La implementación de mecanismos de coordinación para la superar de los desafíos de la Gestión Pública. Facultad de Ciencias Sociales-UBAX Seminario de Red Muni: 13 y 14 de agosto. Buenos Aires. Argentina.

[35] REVUELTA, V. Benjamin. (2007). La implementación de las políticas públicas. Dikaion, noviembre, año/vol. 21, número, 016 Universidad de la Sabana Chía Colombia. Pp 135-156.

[36] RODRÍGUEZ, Gloria Amparo. (2005). Artículo "La consulta previa a pueblos indígenas". En Comunidades étnicas en Colombia. Cultura y jurisprudencia. Universidad del Rosario.

[37] ROE, Emery. (1994). *Narrative Policy Analysis*, Duke University Press, Durham and London

[38] ROTH. Deubel. A. N. (2010). *Enfoques para análisis de políticas públicas*. Universidad Nacional de Colombia. IEPRI. Bogotá. Colombia.

[39] SABATIER, Paul. (1986). "Top-Down and Bottom-Up Models of Policy Implementation: A Critical Analysis and Suggested Synthesis," *Journal of Public Policy* 6 (January):21-48.

[40] STIGLITZ, E, Joseph. (2002). *El malestar en la globalización*. Taurus. Bogotá

[41] TERAN, Malo. (1995). *Políticas de salud y pueblos indios*. Ediciones Abya – Yala. Quito

[42] TOURAINE, Alain. (1997). *¿Podremos vivir juntos?. La discusión pendiente: El destino del hombre en la aldea global*. Fondo de cultura económica. Buenos Aires. Argentina.

[43] WABGOU, Maguemati. (2010). *Identidades y emancipación*. En Roth D. André, *Las políticas públicas de las diversidades*. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá.

Normas jurídicas

[44] Alcaldía Mayor de Bogotá, 2008. *Plan de Desarrollo Económico, Social y de Obras Públicas para Bogotá D.C. 2004-2008*. Bogotá Sin Indiferencia Un compromiso social contra la pobreza y la exclusión. Acuerdo 119 de 2004 (Junio 3). Bogotá.

[45] ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ, 2008. *Plan de Desarrollo. Económico, Social y de Obras Públicas Bogotá, D. C., 2008 – 2012*. "Bogotá Positiva: Para vivir mejor". Acuerdo 308 DE 2008(Junio 9). Bogotá.

[46] CONCEJO DE BOGOTÁ, 2009. Acuerdo 359 de 2009 (Enero 05) "Por el cual se establecen los lineamientos de política pública para los indígenas en Bogotá, D.C. y se dictan otras disposiciones". Bogotá.

[47] AUTO N° 004 de 2009. República de Colombia Corte Constitucional. Sala Segunda de Revisión Referencia: Protección de los derechos fundamentales de las personas y los pueblos indígenas desplazados por el conflicto armado o en riesgo de desplazamiento forzado, en el marco de la superación del estado de cosas inconstitucional declarado en la sentencia T-025de 2004. Bogotá. Colombia.

[48] AUTO 382/10. Corte Constitucional-Seguimiento sentencia T-025/04 y auto A004/09. Desplazamiento Forzado-Ausencia de atención diferencial a grupos indígenas. Bogotá. Colombia.

[49] CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA DE 1991, (Artículo7). Presidencia de la República. Bogotá. Colombia

[50] CONCEJO DE BOGOTÁ, 2009. Acuerdo 359 DE 2009 "Por el cual se establecen los lineamientos de política pública para los indígenas en Bogotá, D.C.

[51] DECRETO 1811 de 1990. República de Colombia ministerio de salud. por el cual se reglamenta parcialmente la ley 10 de 1990 en lo referente a la prestación de servicios de salud para las comunidades indígenas. Bogotá. Colombia.

[52] DECRETO 4127 de 2005. Por el cual se define el número mínimo de afiliados que deban acreditar las ARS o EPS Indígenas. Bogotá. Colombia.

[53] DECRETO 1088 de 1993. (Junio 10), por el cual se regula la creación de las asociaciones de Cabildos y/o Autoridades Tradicionales Indígenas. Presidencia de la república. Bogotá Colombia.

[54] DECRETO No 543 de 2011. "Por el cual se adopta la Política Pública para los Pueblos Indígenas en Bogotá, D.C.". Colombia. La Alcaldesa mayor de Bogotá, D.C., Designada.

[55] DECRETO 1320 de 1998. Ministerio del Interior. Por el cual se reglamenta la consulta previa con las comunidades indígenas y negras para la explotación de los recursos naturales dentro de su territorio. Bogotá. Colombia.

[56] Decreto 2716 DE 2004. Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 691 de 2001. El Presidente de la República de Colombia, en ejercicio de sus facultades constitucionales, en especial las conferidas por el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política y el artículo 154 de la Ley 100 de 1993. Bogotá. Colombia.

[57] LEY 100 de 1993. Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS. Presidencia de la República. Ministerio de Salud. Bogotá. Colombia.

[58] LEY 10 de 1990. (Enero 10 de 1990). Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones. Ministerio de Salud. Bogotá. Colombia.

[59] LEY 60 de 1993. (Agosto 12), por la cual se dictan normas orgánicas sobre la distribución de competencias de conformidad con los artículos 151 y 288 de la Constitución Política y se distribuyen recursos según los artículos 356 y 357 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones. El Congreso de Colombia. Bogotá.

[60] LEY 691 de 2001. (Septiembre 18). Diario Oficial No. 44.558, de 21 de septiembre de 2001. Mediante la cual se reglamenta la participación de los Grupos Étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia. el Congreso de Colombia. Bogotá.

ONU, 1989. Convenio OIT No. 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes 1989. la Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo: Convocada en Ginebra por el Consejo de Administración de la Oficina Internacional del Trabajo, y congrega en dicha ciudad el 7 de junio de 1989, en su septuagésima sexta reunión; Observando las normas internacionales enunciadas en el Convenio y en la Recomendación sobre poblaciones indígenas y tribales, 1957.

[61] OMS - OPS, 1993. Resolución V —Salud de los Pueblos Indígenas. Reunión de Trabajo sobre Pueblos Indígenas y Salud, realizada en la ciudad de Winnipeg, Manitoba, Canadá.

[62] SENTENCIA T-1105/08. Comunidad Indígena-Enfoque diferencial a la situación de desplazamiento forzado que padecen. República de Colombia Corte Constitucional. Sala Segunda de Revisión Referencia. Bogotá Colombia.

[62] SENTENCIA N° T-025 de 2004. Enero veintidós (22) de dos mil cuatro (2004).La Sala Tercera de Revisión de la Corte Constitucional. Bogotá, DC. Colombia.

Actas, documentos y cartas institucionales

[63] ACIN. 2001. Plan de Vida. Asociación de Cabildos Indígenas del Norte del Cauca. Santander. Cauca. Colombia.

[64] CARTA DE LA MESA AUTÓNOMA DE LAS AUTORIDADES INDÍGENAS, marzo 11 de 2010, al Doctor Samuel Moreno Rojas Alcalde Mayor de Bogotá. Asunto: posición de las organizaciones indígenas nacionales y distritales legalmente reconocidas y las autoridades indígenas legítimamente reconocidas. Bogotá D.C.

[65] CRIC, 2007. Plan de Vida de las comunidades indígenas del Cauca: Programa de salud. Popayán. Cauca.

[66] CRIC. 2005. Plan de Vida. Consejo Regional Indígena del Cauca. Popayán. Cauca. Colombia.

[67] GRUPO DE TRABAJO INDÍGENAS URBANOS, 2008, Informe de la comisión verdad histórica y nuevo trato con los pueblos indígenas 2001 - 2003. Editado por el Comisionado Presidencial para Asuntos Indígenas. Santiago de Chile.

[68] HUMAN RIGHTS EVERYWHERE, ONIC 2008. Hidrocarburos Mega-proyectos. Bogotá Colombia.

[69] IDPAC, 2010. Formulación participativa de la política pública indígena encuentros interlocales. Alcaldía Mayor de Bogotá.

[70] IDPAC, 2011, formulación participativa de la política pública distrital para el reconocimiento, garantía, protección y restablecimiento de derechos de la población indígena en Bogotá. Documento de trabajo, febrero 2011. Bogotá D.C.

[71] INSTITUTO DISTRITAL DE PATRIMONIO CULTURAL, 2011. Grupos étnicos. Bogotá. Colombia.

[72] LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD OPS, 2007, Pueblos Indígenas. Incorporación del Enfoque Intercultural de la Salud en la Estrategia AIEPI iniciativa de salud de los pueblos indígenas. Washington D. C.

[73] MINISTERIO DEL INTERIOR Y DE JUSTICIA, 2011. Mesa nacional de concertación. Presidencia de la república. Bogotá.

[74] Naciones unidas, 2006, "Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas Informe sobre el quinto período de sesiones (15 a 26 de mayo de 2006) Consejo Económico y Social". Documentos Oficiales. Suplemento No. 23. Nueva York.

[75] ONIC, 2011. Subcomisión nacional de salud propia e intercultural de la mesa permanente de concertación. (snspi-mpc/dto: 1397/96). Líneas de trabajo y prioridades de la consejería de medicina tradicional y salud occidental de la ONIC, en busca de alternativas para el buen vivir. Bogotá. Colombia.

[76] ONIC, 2002, Relación del conflicto armado en Colombia con el desplazamiento y la resistencia indígena. Bogotá.

[77] PNUD, 2011. Colombia rural. Razones para la esperanza. Informe Nacional de Desarrollo Humano. Bogotá

[78] PROYECTO DE ACUERDO No. 078 de 2010. "Por el cual se efectúan unas modificaciones en el Presupuesto Anual de Rentas e Ingresos y de Gastos e Inversiones

de Bogotá, Distrito Capital, para la vigencia fiscal comprendida entre el 1º de enero y el 31 de diciembre de 2010 y se autorizan unas Vigencias Futuras". Bogotá. Colombia.

[79] SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD, 2005. Perfil epidemiológico para poblaciones indígenas. Alcaldía Mayor de Bogotá.

[80] Secretaría Distrital de Salud, 2012. Plan Territorial de Salud Bogotá Distrito Capital 2012 - 2016. Bogotá D.C., Marzo 15 de 2012. Alcaldía Mayor de Bogotá.

[81] SECRETARIA DISTRITAL DE HACIENDA, 2012. Atención a la Población en Situación de Desplazamiento. Proyecto Presupuesto 2012 Bogotá, Distrito Capital Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Dirección Distrital de Presupuesto.

[82] SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD, 2011. Dirección de salud pública área de análisis y políticas de salud lineamientos de política pública distrital de salud para la población indígena residente en Bogotá D.C. Documento preliminar Bogotá D.C. abril 2011.

[83] UNICEF, 2003, "Los pueblos indígenas en Colombia. Derechos, políticas y desafíos oficina de área para Colombia y Venezuela". Gente nueva. Bogotá, D.C.

[84] UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA, 2006, Estado del arte del conocimiento sobre la salud de los pueblos indígenas de América: salud mental de los pueblos indígena. Facultad nacional de salud pública área de comportamiento humano y salud grupo de investigación en salud mental Organización Indígena de Antioquia. Medellín, Colombia.

Citas web

[85] CASSÚ, ENRIC, 2009, "Cambio Cultural y Urbanización en Amazonía". Leticia, Amazonas. Colombia. <http://indigenasurbanos.info/?p=3>.

[86] CONADI, 2008, "Presentan propuestas de política pública indígena urbana al comité de Bio, Bio". www.lanalhuenoticias.cl. Santiago de Chile.

[87] EL NUEVO SIGLO.CO. 2012. En Bogotá residen 87 pueblos indígenas: www.elnuevo.siglo.com.co. Septiembre de 2012. Bogotá.

[88] GONZALEZ, P. Nidia, 2006, *Resistencia Indígena, alternativa en medio del conflicto Colombiano*. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá.<http://www.articuloz.com/sociedad-articulos/movimientos-indigenas-latinoamericanos-un-desafio-876193.html>.

[89] GRUPO DE TRABAJO INDÍGENAS URBANOS, 2008, *Informe de la comisión verdad histórica y nuevo trato con los pueblos indígenas 2001 - 2003*. Editado por el Comisionado Presidencial para Asuntos Indígenas. Santiago de Chile.

[90] UKHAMAWA NOTICIAS, 2007, “Definen política indígena urbana. Ukhamawa.blogspot.com/.../definen-politica-indigena-urbana.html. Arica. Chile.

[91] VALENZUELA, L. Nicolás, 2006, “Indígenas en la Ciudad: Chile, Ciudades, Gobierno, Latinoamerica, Participación Ciudadana, Patrimonio de Chile”. <http://www.plataformaurbana.cl/archive/2006/12/26/consulta-sobre-politica-indigena-urbana/>. Santiago.

