



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

**ESTUDIO DE LOS PROCESOS DE MOVILIZACIÓN
SOCIAL EN SALUD ADELANTADOS POR LA
ASOCIACIÓN CAMPESINA DE INZÁ
TIERRADENTRO – ACIT, EN EL MUNICIPIO DE
INZÁ, CAUCA. 2002 A 2009.**

MÓNICA MARÍA PEÑA OSORIO

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Medicina, Instituto de Salud Pública
Bogotá D.C., Colombia
2012

**ESTUDIO DE LOS PROCESOS DE MOVILIZACIÓN
SOCIAL EN SALUD ADELANTADOS POR LA
ASOCIACIÓN CAMPESINA DE INZÁ
TIERRADENTRO EN EL MUNICIPIO DE INZÁ,
CAUCA. 2002 A 2009.**

MÓNICA MARÍA PEÑA OSORIO

Tesis presentada como requisito parcial para optar al título de:

Magister en Salud Pública

Directora:

OD, MSc Martha Esperanza Fonseca Chaparro

Codirector:

OD, Esp, MSc, Ph.D.(C) Edson Jair Ospina Lozano

Línea de Investigación:

Políticas Públicas en Salud

Grupo de Investigación:

Salud Colectiva

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Medicina, Instituto de Salud Pública
Bogotá D.C., Colombia

2012

*A mis queridos padres Benedicto y Mercedes,
por su apoyo, confianza, ejemplo de
constancia y amor infinito. A la luz que ha
iluminado mi camino desde que emprendí
esta etapa profesional.*

Mónica María Peña Osorio

Agradecimientos

Son muchas las personas a quienes debo agradecer por ayudarme en la realización de este sueño tan anhelado como es la culminación de mi posgrado, es poco el decir gracias, pero desde el fondo de mi corazón siempre les estaré agradecida. Sin embargo, quiero resaltar mi gratitud principalmente con:

- Dios por darme la oportunidad de vivir la experiencia de cursar este posgrado, en medio de grandes esfuerzos, no solo propios sino también de mi familia. Sin una guía espiritual se pierde fácilmente el rumbo de nuestra vida.
- Mis padres, Benedicto y Mercedes por su constante amor y apoyo.
- Mi querida maestra Martha Esperanza Fonseca Chaparro, sin su amistad, paciencia, asesoría, acompañamiento e incondicionalidad, este no sería un logro alcanzado. Para usted siempre mi afecto, respeto y admiración.
- Mi amigo Jair Ospina, por su constante apoyo, palabras de aliento y asesoría. Aún desde la distancia, tu gran amistad ha sido fundamental durante todo este proceso.
- La Asociación Campesina de Inzá Tierradentro, por su invaluable enseñanza de unión, organización comunitaria y sobre todo por pensar siempre en el colectivo y no en el beneficio meramente individual. Seguro son aprendizajes para toda mi vida.
- Mis amigos de Inzá - Cauca (Leidy Trujillo, Carlos Medina, Santiago, Gerardo Peña, Bárbara Guevara, Sonia Velazco, Alix Morales y las demás miembros del Comité de Mujeres) por hacerse partícipes de este sueño y brindarme su grandiosa colaboración.
- Jahel Martínez, por su gran aporte en los inicios de este trabajo.
- Manuel Augusto Socha Quintero, por su inmenso apoyo, comprensión y amor, también fuiste ese motor que me ayudó para que no dejara de luchar por esta meta.
- Los profesores del departamento de Salud Colectiva de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia y en especial al Grupo de Investigación de Salud Colectiva, excelentes maestros todos y todas, amigos y compañeros que con su fe en mí siempre impulsaron mi desarrollo personal y profesional.
- Mis compañeros de cohorte (Carlos Alberto G., Juan Manuel, Alejandra V., Alejandra M., Nancy, Evelsy, Carolina, Ingrid, Clara, Pilar, Sandra, Ivonne, Jenny, Johanna, Mireya) y nuestra diligente y afectuosa secretaria del Instituto de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, Sara Helena Carrillo, por su amistad, alegría y entusiasmo durante este proceso de la maestría. A todos y cada uno los conservo siempre en mi corazón.
- Mis demás familiares, profesores, compañeros de trabajo, amigos y todos aquellos que hicieron posible la construcción y desarrollo de este trabajo.

Resumen

Sectores de la sociedad han venido organizándose, para hacer frente a los problemas del sistema de salud colombiano, generando debates, planteando alternativas y promoviendo escenarios de participación social. La Asociación Campesina de Inzá Tierradentro –ACIT, es uno de estos sectores organizados alrededor de sus necesidades en salud, orientando su proceso de movilización social desde el derecho a la salud. Para la Salud Pública es importante conocer este proceso de lucha por el bienestar, evidenciando los inconvenientes del sistema sanitario y las opciones construidas localmente para darles solución. Como objetivo general se planteó identificar y analizar los procesos de movilización social en salud adelantados por la ACIT, entre los años 2002-2009. El enfoque elegido para realizar esta investigación fue el cualitativo, complementado con un análisis socio-histórico.

Palabras clave: Salud, Salud Colectiva, Salud Pública, Movilización Social, Municipio de Inzá, Asociación Campesina de Inzá Tierradentro – ACIT.

Abstract

Summary sections of the society have been organizing themselves, in order to deal with the problems of the Colombian health system, generating discussion, considering alternatives and promoting social participation scenarios. The Asociación Campesina de Inzá Tierradentro - ACIT, is one of these sectors organized around their health needs, orienting its process of social mobilization from the right to health. For public health, it is important to know this process of struggle for the well-being, the disadvantages of the health system and the options built locally to give solution. The general objective was raised to identify and analyze the processes of social mobilization in health developed by the ACIT, between the years 2002-2009. The approach chosen to conduct this research was qualitative, complemented by a socio-historical analysis.

Keywords: Health, Collective Health, Public Health, Social Mobilization, farmers.

Contenido

	Pág.
Agradecimientos	VI
Resumen	VII
Abstract	VII
Lista de tablas	XI
Lista de gráficos	XI
Lista de fotos	XII
Lista de figuras	XII
Lista de esquemas	XIII
Lista de cuadros	XIII
Abreviaturas	XIV
Introducción	1
1. Preliminares	3
1.1 Problema de investigación	3
1.2 Objetivos.....	5
1.3 Vivencias metodológicas	6
1.3.1 Fases metodológicas	6
1.3.2 Consideraciones éticas	8
2. Asociación Campesina de Inzá Tierradentro – ACIT	9
2.1 Proceso socio – histórico de la ACIT	9
2.1.1 Tierradentro: cuna de historia y cultura	10
2.1.2 Historia de la zona campesina de Inzá	13
2.1.3 Configuración y constitución de la ACIT	14
2.2 Principios.....	16
2.3 Ejes articuladores de la ACIT.....	18
2.4 Comités de la ACIT.....	19
2.4.1 Comité De Mujeres – “En Junta Por El Empoderamiento Femenino Y La Equidad De Género”.....	19
2.4.2 Comité De Jóvenes – “Construimos El Futuro Desde El Presente”	22
2.4.3 Comité De Comunicaciones – “Visibilización Para La Transformación”.....	24
2.4.4 Comité De Educación – “Por Una Educación Rural De Calidad, Pertinente Y Diversa”	26
2.4.5 Comité De Salud – “Porque La Salud Es Un Derecho Humano”	27
2.4.6 Comité De Cultura, Recreación Y Deporte – “Fortaleciendo La Cultura Y La Convivencia En El Territorio”	28

3.	Vivir y enfermar	31
3.1	Calidad de Vida: una mirada desde Max-Neef y Sen.....	31
3.2	Sistema de salud colombiano.....	32
3.2.1	Modelo Neoliberal y el Sistema de Salud Colombiano	34
3.2.2	Debilidades del SGSSS	36
3.2.3	La ACIT y el SGSSS.....	36
3.3	Perfil epidemiológico sociocultural.....	37
3.3.1	Estructura de la población	37
3.3.2	Morbilidad General	40
3.3.3	Mortalidad General	41
3.3.4	Aseguramiento.....	42
3.4	Proceso salud – enfermedad – atención (PSEA).....	44
3.5	Formas de atención a la salud en Inzá	45
3.5.1	Institucionales.....	45
3.5.2	Medicina Tradicional Indígena	51
3.5.3	Medicina popular	53
4.	La ACIT y sus procesos de movilización social en salud	55
4.1	Movilización social en salud	55
4.1.1	Movilizaciones en salud realizadas por la ACIT	56
4.1.2	Estrategias de organización y confrontación	65
4.1.3	Conflictos en salud	66
4.1.4	Demandas en salud.....	68
4.1.5	Actores sociopolíticos	75
4.2	La salud en los procesos de gestión de DDHH y el bienestar.....	78
4.3	Gestión inter y transectorial.....	78
4.4	El ejercicio de la participación comunitaria en salud	80
4.5	Marchando por la salud (alcances y aprendizajes)	82
5.	Conclusiones y recomendaciones	87
5.1	Conclusiones.....	87
5.2	Recomendaciones.....	91
5.2.1	Para la academia.....	91
5.2.2	Para la ACIT	92
5.2.3	Para los definidores de política pública en salud.....	92
A.	Anexo: Guía de entrevista semi-estructurada.....	95
B.	Anexo: Consentimiento Informado	99
C.	Anexo: Identificación de problemas relacionados con el aseguramiento de la población de Inzá, elaborada por aprendices del Técnico Profesional en Salud Pública – SENA. 2009	103
	Glosario	107
	Bibliografía	109

Lista de tablas

	Pág.
Tabla 1 Población campesina por zonas	37
Tabla 2 Composición poblacional por grupos de edad, sector campesino. Inzá, 2004	39
Tabla 3 Morbilidad general según grupo etario. Municipio de Inzá. 2008.....	41
Tabla 4 Mortalidad general según grupo etario. Municipio de Inzá. 2008	42
Tabla 5 Población según tipo de vinculación al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Municipio de Inzá. 2009.....	43
Tabla 6 Población afiliada al Régimen Subsidiado según EPS. Municipio de Inzá 2009 .	43
Tabla 7 Portafolio de Servicios del Punto de Atención Inzá. ESE Oriente. 2009.....	45
Tabla 8 Recurso humano Punto de Atención Inzá, según tipo de vinculación. 2009	45
Tabla 9 Capacidad Instalada. Punto de Atención Inzá. ESE Oriente	46

Lista de gráficos

Gráfico 1 Distribución de la población según procedencia. Inzá, 2008	37
Gráfico 2 Distribución de la población por sexo. Inzá, 2008.....	38
Gráfico 3 Población por genero sector campesino de Inzá	38
Gráfico 4 Pirámide Poblacional. Inzá, 2008	39
Gráfico 5 Población según tipo de afiliación al SGSSS. Municipio de Inzá. 2009	43
Gráfico 6 Población afiliada al Régimen Subsidiado según EPS. Municipio de Inzá. 2009	44
Gráfico 7 Actores Socio-Políticos involucrados en los procesos de movilización social de la ACIT	77
Gráfico 8 Incremento de la cobertura del régimen subsidiado, 2003 – 2007	83

Lista de fotos

	Pág.
Foto 1 Mujeres del Comité de mujeres de la ACIT	20
Foto 2 y Foto 3 Mujeres del Comité de mujeres de la ACIT	21
Foto 4 Integrantes del Comité de Jóvenes de la ACIT	23
Foto 5 Emisora campesina.....	24
Foto 6 Miembros del comité de comunicaciones de la ACIT	25
Foto 7 Jornada adelantada por el comité de educación	26
Foto 8 Capacitación liderada por el comité de salud de la ACIT	28
Foto 9 Evento cultural	29
Foto 10 y Foto 11 Grupo de niños de la IEPS – Guanacas. Danzas alusivas al cuidado de la salud oral y una adecuada nutrición respectivamente	47
Foto 12 y Foto 13 Niños(as) de la red de escuelas saludables	49
Foto 14 Gran movilización social 2007 por conformación de ESE Oriente	59
Foto 15 Brigada de rehabilitación física con el apoyo de CIREC. 2006	62
Foto 16, Foto 17 y Foto 18 Jornada de entrega de ayudas técnicas a personas con discapacidad física.....	62
Foto 19 y Foto 20 Jornada de promoción de la salud en Turminá.....	63
Foto 21 Jornada de promoción de la salud en Turminá, 2007	63
Foto 22 y Foto 23 Fotografías segunda feria escolar saludable.	62
Foto 24 y Foto 25.....	65
Foto 26 y Foto 27	65

Lista de figuras

	Pág.
Ilustración 1 “La ceja. Camino de Guanacas”. Ramón Torres Méndez (1809-1885).....	11

Lista de esquemas

	Pág.
Esquema 1 Momentos importantes de la ACIT 1997 – 2009	15
Esquema 2 Estructura organizativa de la ACIT	16
Esquema 4 Movilizaciones en salud adelantadas por la ACIT. 2002 - 2009	57
Esquema 3 Movilización Social	66
Esquema 5 Demandas en salud realizadas por la ACIT. 2002 - 2009	75
Esquema 6 Gestión intersectorial en salud.....	79
Esquema 7 Movilizaciones derivadas de la globalización y el modelo neoliberal.....	87

Lista de cuadros

Cuadro 1 Técnicas e instrumentos empleados	7
Cuadro 2 Poder Popular	16
Cuadro 3 Proyectos del Comité de cultura recreación y deporte	29
Cuadro 4 Puntos centrales que orientan el modelo neoliberal y el modelo garantista	35
Cuadro 5 Alcances y Aprendizajes de las movilizaciones realizadas por la ACIT. 2002 a 2009	84

Abreviaturas

Abreviatura	Término
ACIT	Asociación Campesina de Inzá Tierradentro.
ALAMES	Asociación Latinoamericana de Medicina Social.
CIREC	Centro Integral de Rehabilitación de Colombia.
DRP	Diagnóstico Rural Participativo.
EPS-C	Empresa Promotora de Salud – Régimen Contributivo.
EPS-S	Empresa Promotora de Salud – Régimen Subsidiado.
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura
FENSUAGRO	Federación Nacional Sindical Unitaria Agropecuaria.
FOSYGA	Fondo de Solidaridad y Garantías.
INCORA	Instituto Colombiano de la Reforma Agraria.
IEPS	Institución Educativa de Promoción Social.
IPS	Institución Prestadora de Servicios de Salud.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
OPS	Organización Panamericana de la Salud.
PAB	Plan de Atención Básica.
PIC	Plan de Intervenciones Colectivas.
PACS	Planes de Atención Complementaria en Salud.
PDC	Plan de Desarrollo Campesino.
POS	Plan Obligatorio de Salud.
PSEA	Proceso Salud - Enfermedad – Atención.
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud.
SISBEN	Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios para los programas sociales.
ZRC	Zonas de Reserva Campesina.

Introducción

“Mujer vive de modo tal que cuando tus hijos piensen en la justicia y la integridad, piensen en ti.” Grupo de Mujeres de Pedregal.

“El trabajo político comienza con la gestación.” Ruta de Mujeres del Pacífico.

Campaña Mujeres en Junta, Inzá - Cauca, 2007.

Frente a los problemas del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS en Colombia, se han venido generando procesos de cohesión social que evidencian la necesidad de fortalecer las redes para el debate y la construcción de propuestas más participativas en salud.

Es de interés para el campo sanitario, el estudio, sistematización y divulgación de este tipo de procesos en movilización social, esencialmente porque la historia del Cauca y el movimiento campesino forman parte de esta resistencia social y lucha por el bienestar [1]. Asimismo, las aproximaciones sobre movilización social desde la salud pública, orientan el análisis del concepto especialmente hacia el empoderamiento para motivar acciones, con el fin de facilitar la toma de decisiones favorables para la salud. En este sentido, los procesos de movilización social para el desarrollo de la participación legítima y del empoderamiento, tienen en cuenta que la población es sujeto y no sólo objeto del proceso. Según las circunstancias cada miembro de la comunidad puede tomar parte en la construcción y producción de la salud, en las que intervienen además del sector salud otros sectores y la población en forma individual u organizada. [2]

Del municipio de Inzá se puede mencionar que presenta dificultades socioeconómicas y políticas que a su vez generan de cierta manera incertidumbre sobre las posibilidades de bienestar para los habitantes del Municipio. *“Esto ha potencializado negativamente los factores de riesgo biológicos, psicológicos y sociales que comprometen el desarrollo integral de sus gentes.”* [3]

La movilización social en el Cauca e Inzá en particular, se muestra como una alternativa para la búsqueda de la respuesta a las demandas y reivindicaciones que en materia de salud suelen verse inalcanzables por los campesinos y sus organizaciones. Allí se han gestado procesos de organización por parte de la comunidad en torno a la salud, educación, política, entre otros, originando la formación de un sólido capital. [4] Teniendo en cuenta que el capital social no es un recurso que se encuentre naturalmente fortalecido en todas las comunidades, sino que es una construcción social que depende de múltiples factores, se propuso esta investigación con el fin de indagar acerca de los procesos de movilización social en salud adelantados por la Asociación Campesina de Inzá Tierradentro en el municipio de Inzá – Cauca, durante los años 2002 a 2009, con el

fin de recoger algunas reflexiones y aportes a los distintos enfoques de atención en salud y de respuesta social a las problemáticas de la comunidad. Igualmente, el presente trabajo de investigación nace como una continuación y aporte al desarrollo de la línea *Políticas Públicas en Salud*, que adelanta el Grupo de investigación en Salud Colectiva (avalado y clasificado A por Colciencias) de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia.

Este documento presenta un trabajo de investigación de corte cualitativo, fundamentado en un análisis socio-histórico, iniciando con un problema de investigación en el cual se plantea un panorama general de situación de salud y enfermedad de los habitantes del municipio de Inzá. La realización de esta investigación no solo aporta a la Asociación Campesina de Inzá Tierradentro – ACIT, sino que también permite articular las tareas misionales de la universidad: docencia, investigación e interacción social.

El propósito del proyecto fue entonces: identificar y analizar los procesos de movilización social adelantados por la Asociación Campesina de Inzá Tierradentro, relacionados con las demandas de salud durante los años 2002 a 2009, en el municipio de Inzá - Cauca.

En el capítulo 1 de este documento se describen los antecedentes metodológicos de la investigación, indicando algunas advertencias y alcances teóricos, así como la exposición de los motivos que justificaron la escogencia del problema.

El capítulo 2 comprende la descripción del proceso socio-histórico de la ACIT, así como sus tipos de relaciones económicas en materia de salud.

El capítulo 3 desarrolla el perfil epidemiológico del municipio de Inzá, el desarrollo del proceso salud - enfermedad – atención, revisando particularmente las diversas formas de atención a la salud desde lo institucional, tradicional y popular.

El capítulo 4 se centra en la presentación y análisis de los diversos procesos de movilización social en salud adelantados por la ACIT, identificando los principales conflictos en salud, las demandas ó solicitudes en el tema de salud, así mismo, la salud en los procesos de gestión de derechos humanos y el bienestar. De igual manera se abordan los alcances en la gestión intersectorial, participación comunitaria tanto en espacios institucionales como de orden popular. Finalmente se hace alusión a las enseñanzas más importantes que deja la experiencia de movilización social, tanto para la ACIT como otras organizaciones sociales, así como para la formulación de políticas públicas y el sistema de salud en el país, en particular para la población rural.

Por último, se relacionan las principales conclusiones y recomendaciones a las cuales se llegó en el desarrollo de la tesis.

1. Preliminares

“En la tierra hace falta personas que trabajen más y critiquen menos, que construyan más y destruyan menos, que prometan menos y resuelvan más, que esperen recibir menos y dar más, que digan mejor ahora, que mañana.”

Ernesto “Ché” Guevara.

En este primer capítulo, se abordan los pasos que conllevaron el desarrollo de la presente investigación, sus momentos, relevancia y pertinencia científica, así como el alcance de los resultados esperados.

1.1 Problema de investigación

En Colombia, se ha venido presentando un notable incremento de las movilizaciones sociales en las últimas décadas. La reivindicación en torno a la salud ha formado parte de un conjunto amplio de exigencias, notándose que las principales problemáticas en éste campo se han asociado a las precarias condiciones de infraestructura básica (hospitales, centros de salud y dotación tecnológica), a las barreras de acceso a los servicios, a la falta de medicamentos, a las difíciles condiciones de trabajo del talento humano, al poco reconocimiento del pluralismo cultural en materia de salud y al financiamiento del sistema.

En el departamento del Cauca, los campesinos junto con otros actores han sido participes de importantes concentraciones, marchas, paros cívicos, ocupación de hospitales y oficinas públicas, de la difusión de manifiestos y declaraciones alrededor del tema de la salud. Particularmente en los años 2007 y 2008 se reactivaron algunas movilizaciones regionales que reclamaban al gobierno departamental por la conformación arbitraria de Empresas Sociales del Estado, con la consecuencia de cierres indiscriminados de Centros de Salud, hospitales municipales y la concomitante reducción de cobertura y oferta de servicios en salud. A la par, en esta época se demanda al Gobierno Colombiano el cumplimiento de acuerdos, protección ante la violación sistemática de derechos humanos, mayor atención a los pueblos indígenas y la derogatoria de un conjunto de políticas e iniciativas asociadas al desarrollo nacional y rural (Estatuto de Desarrollo Rural, las Leyes de Aguas, Bosques y Páramos; e iniciativas de comercio mundial como el Tratado de Libre Comercio) [5].

El municipio de Inzá comprende un área de 72.300 hectáreas equivalente a 723 kilómetros cuadrados y al 2.6% del territorio del departamento del Cauca; 28.300 Ha (39.14%) corresponde a 6 resguardos indígenas, 29.900 Ha (41.35%) conforman la región campesina distribuida en 7 zonas campesinas, 2.200 Ha (3.04%) pertenecen a la cabecera urbana y las 11.090 Ha (16.47%) restantes hacen parte de territorios baldíos o zonas de amortización de páramos.[6] Según datos del SISBEN, cuenta con 29.840 habitantes, de los cuales 14.079 (47.1%) son indígenas y los 15.761 (52.9%) restantes son en su mayoría campesinos y personas que habitan en la zona urbana (considerados ellos mismos como mestizos o blancos). Al estar ubicada en la zona de Tierradentro, se constituye en una región pluriétnica y por consiguiente poseedora de una gran diversidad cultural. (Fuente: Información personal oficina SISBEN – Alcaldía municipal de Inzá).

La movilización y participación social hacen parte de la historia del municipio y sus pobladores, dando origen a la formación de un sólido capital social que a través del tiempo les ha permitido realizar un válido ejercicio de derechos en búsqueda de suplir y hacer respetar sus dotaciones básicas y complejas. Es así como en Inzá se ha fortalecido la organización social, contando con dos importantes actores: la Asociación Campesina de Inzá – Tierradentro (ACIT) y la Asociación de Cabildos Indígenas Juan Tama.

La ACIT se configura como organización en el año 2002 y surge a partir de un trascurrir histórico, cultural, social y político especialmente por el inconformismo generalizado debido a las condiciones de pobreza y la falta de tierras del campesinado. La Asociación *“procuró inculcar entre sus asociados la iniciativa de lucha y resistencia ante las políticas que estuvieran en contra de sus intereses y es por esto que empezó a promover las vías de hecho en defensa de sus derechos”* como se señala en su cartilla *“Empoderando Futuro”*. [4]

La exigencia de salud ha estado muy presente en sus demandas, dado que la salud de los pobladores de Inzá está determinada por las difíciles condiciones económicas de sus gentes, además de otros factores como el geográfico (95% de población rural), el cultural (cosmovisión indígena y campesina), el social que tiene una base estructural en la política estatal (bajas coberturas del régimen subsidiado), y el laboral (bajo número de personas en el régimen contributivo) [3].

En el municipio no existen instituciones privadas, las acciones de salud las realiza la ESE Oriente (antes llamada: Hospital “Luis Adriano Pérez” hasta 2007) y el sistema médico tradicional. El primero brinda servicios de Nivel I de atención y el segundo, es una prolongación del conocimiento prehispánico con algunos ingredientes de lo popular, en el proceso salud – enfermedad – atención.

De otra parte, aunque las políticas de salud dentro del discurso de promoción promueven un enfoque de participación social en salud, *“se basa más en la lógica del mercado que en el fortalecimiento de la democracia, la ciudadanía y la equidad”* [7]. Es de anotar que los procesos y las dinámicas sociales que tienen los distintos actores, desbordan en muchas ocasiones, los modelos de participación predeterminados, como ha sido el caso de la ACIT frente al tema de salud.

Todo lo anteriormente anotado, motivó el interés por indagar sobre estos procesos de movilización social y a formular las siguientes preguntas:

- ¿Cuáles son los procesos de movilización social relacionados con la salud en los que ha estado comprometida la ACIT en el municipio de Inzá desde su creación?
- ¿Cuál es la concepción del derecho a la salud y del proceso salud - enfermedad - atención, que subyace a las movilizaciones adelantadas por la ACIT?
- ¿Qué motivó dichas movilizaciones?
- ¿Cuáles fueron las demandas y reivindicaciones alcanzadas?
- ¿Qué actores sociopolíticos estuvieron involucrados?
- ¿Cuáles fueron las estrategias y acciones organizativas y de confrontación adelantadas?

1.2 Objetivos

Objetivo general:

Identificar y analizar los procesos de movilización social adelantados por la Asociación Campesina de Inzá Tierradentro, relacionados con las demandas de salud durante los años 2002 a 2009, en el municipio de Inzá - Cauca.

Objetivos específicos:

- Analizar los procesos estructurales y sectoriales en salud que han motivado la movilización social por parte de la población campesina.
- Identificar las demandas y reivindicaciones de la Asociación en torno a la salud.
- Caracterizar las estrategias de organización y confrontación de estas movilizaciones.
- Caracterizar a la ACIT como actor sociopolítico, en términos de sus intereses y motivaciones acerca de la movilización social en salud y su papel en la misma.
- Determinar las enseñanzas que deja la experiencia de movilización social, para la ACIT y otras organizaciones sociales, así como para la formulación de políticas públicas y el sistema de salud en el país.

1.3 Vivencias metodológicas

Para el desarrollo de este proyecto, se abordó como una investigación de corte cualitativo, fundamentada en un análisis socio-histórico, que comprendió la caracterización, interpretación y análisis de los procesos de movilización social en salud adelantados por la ACIT, relacionándolos con su contexto económico, político, social y cultural.

En la unidad de análisis se incluyó a las personas pertenecientes a la Asociación Campesina de Inzá Tierradentro - ACIT, y como unidad de trabajo se abordaron actores relacionados con los procesos de movilización social en salud adelantados por la ACIT, prestadores de servicios de salud en Inzá, al igual que los definidores de política pública local.

1.3.1 Fases metodológicas

▪ Fase factual y comportamental

Esta fase incluyó una aproximación a la comunidad a estudiar y la revisión bibliográfica y documental. En ella se revisaron diversas fuentes primarias¹ y fuentes secundarias². Así mismo, se realizó una observación participante, que buscó un acercamiento inicial a la comunidad a estudiar, con el registro de diarios de campo. En esta fase se definieron las técnicas e instrumentos de investigación, optando por la realización de entrevistas semiestructuradas a actores clave como la Coordinadora del Plan de Atención Básica 2004-2007, ex-secretaria de gobierno municipal 2004-2007, ex-Alcalde del municipio de Inzá del periodo 2004-2007 (co-fundador de la ACIT) y 2 empleados del Hospital local.

▪ Fase narrativa

Comprendió la realización de una observación participante donde se incluyó la elaboración de diarios de campo (registros de las representaciones individuales y colectivas) y entrevistas semiestructuradas. Como primera actividad de esta fase, se elaboraron los instrumentos de recolección de información, como la guía de entrevista (Anexo A) y aspectos a tener en cuenta durante la observación participante. En un segundo momento se realizó el trabajo en campo, que consistió en una observación participante y prueba piloto de instrumentos; posteriormente se realizaron las entrevistas a profundidad a los actores identificados en la fase anterior. En el Cuadro 1 se relacionan los tipos de actores involucrados en el proceso de investigación, al igual que las técnicas e instrumentos empleados.

¹ Búsqueda de documentos producidos por entidades locales o departamentales y por la ACIT desde el año 2002 hasta 2009.

² Revisión de la bibliografía secundaria que en los últimos años se ha producido alrededor de los conceptos de movilización social (abordando los diversos aspectos de su devenir socio-histórico –económico, político y social), movilización social en salud, movilizaciones campesinas en Colombia desde 2002 a 2009, participación social en salud, actores socio-políticos, gestión social, movilización campesina, movimientos y organizaciones campesinas, proceso salud - enfermedad – atención y el derecho a la salud en Colombia.

Cuadro 1 Técnicas e instrumentos empleados

ACTORES	TÉCNICA	INSTRUMENTO
Mujer perteneciente al Comité Mujeres de la ACIT. Coordinadora PAB 2006 -2007.	Entrevista semiestructurada	Cuestionario de preguntas guía.
Auxiliar en salud miembro de la ACIT.	Entrevista semiestructurada	Cuestionario de preguntas guía.
Ex-Alcalde 2004 - 2007 (miembro y co-fundador de la ACIT).	Entrevista semiestructurada	Cuestionario de preguntas guía.
Coordinador PAB 2004.	Entrevista semiestructurada	Cuestionario de preguntas guía.
Médico Hospital Luis Adriano Pérez 2002 – 2006.	Entrevista semiestructurada	Cuestionario de preguntas guía.
Coordinador Programa Salud Pública del PAB 2006 – 2007. Coordinador Comité de Salud ACIT.	Entrevista semiestructurada	Cuestionario de preguntas guía.
Investigadora principal	Observación participante	Diarios de campo.

- **Fase interpretativa**

En esta fase, se construyeron las categorías de análisis que permitieron reconocer las tendencias y contradicciones a partir de las narraciones de los distintos actores sociales en torno a las preguntas de investigación. Estas categorías responden a los objetivos propuestos a partir del concepto de movilización social y de movilización social en salud en particular.

- **Sistematización y análisis**

A partir de las categorías elaboradas en la fase interpretativa, se realizó la codificación de entrevistas y diarios de campo, empleando como ayuda técnica el software de análisis cualitativo ATLAS.ti. Ulteriormente, se relacionaron todos los hallazgos con el contexto económico, político, social y cultural de la comunidad y se elaboró el documento final.

- **Socialización de resultados**

Uno de los compromisos con la comunidad de Inzá, en particular con la Asociación Campesina de Inzá – Tierradentro, fue la de socializar los resultados producto de la presente investigación previo a su divulgación, es por esto que se programó una reunión con representantes de la organización donde se socializaron los resultados y se discutieron, recogiendo aportes que permitieron el ajuste final de este documento.

1.3.2 Consideraciones éticas

Por ser un trabajo que involucró la participación de personas que fueron entrevistadas, para indagar acerca de sus concepciones, vivencias y sentires frente al proceso organizativo de la ACIT, se establecieron las siguientes consideraciones éticas:

- Se informó de manera amplia a los participantes acerca de los objetivos y justificación del proyecto, así como el uso y finalidad de los resultados, igualmente se resolvieron las preguntas que surgieron, guardando la confidencialidad de los mismos.
- Se elaboró, diligenció y firmó el formato de consentimiento informado (Anexo 1).
- Los resultados de esta investigación fueron entregados a la Asociación Campesina de Inzá Tierradentro.
- Se respetaron los derechos de autor de las diferentes fuentes de información consultadas.
- En la publicación de resultados de la investigación se respetan los derechos de autor para la Universidad Nacional de Colombia y los autores de la misma.

2. Asociación Campesina de Inzá Tierradentro – ACIT

“La mayoría de las iglesitas coloniales que levantan el pico de la torre, como perdices en un trigal, cuando las asustan los camiones que pasan roncando por la carretera, fueron construidas por convite, quiero decir, por acción comunal. Y los caminitos de herradura, empedrados de lajas, fueron hechos de la misma manera. Y por convite o por acción comunal, como ustedes prefieran, aunque esto sucedió todavía en tiempos del convite y no de la acción comunal, yo vi construir en Soatá, a lomo de tipacoques que cargaban los tubos, el acueducto del Santo Cristo.”

Eduardo Caballero C., 1974 [8]

2.1 Proceso socio – histórico de la ACIT

El proceso de configuración de la ACIT ha estado trazado por diversos momentos importantes, producto de un devenir histórico de lucha indígena y campesina en la región norte del Cauca. En el presente apartado se abordará con más detalle este desarrollo, sus actores principales, situaciones y lugares que marcaron el proceso organizativo de la ACIT.



Mapa 1 Ubicación de Inzá – Cauca³

³ Fuentes: 1) <http://popayan-cauca.gov.co/nuestromunicipio.shtml?apc=m-m1--&x=1364644> 2) <http://www.rtspecialties.com/tobar/cauca.html> 3) <http://inza-cauca.gov.co/nuestromunicipio.shtml?apc=mmxx1-&x=2891674>

2.1.1 Tierradentro: cuna de historia y cultura

Conocida como la provincia de Páez – Guanacas, también llamada Tierradentro, hace parte de la cuenca del río Magdalena y arqueológicamente emparentada con los importantes complejos de San Agustín y Agua Bonita. Antes de la llegada de los españoles y durante el proceso de invasión, fue lugar de asentamiento privilegiado para culturas de base agrícola centradas en el maíz, cuyos contornos están aún por ser trazados. [6, 9]

El río Páez ha sido el eje en que se ha construido la subregión y dentro de esta el sector sur demarcada por:

“el río Ullucos, que nace en la Laguna de Guanacas y es bordeado por un camino de origen pre hispánico dividía a las dos naciones aborígenes, la Páez en la margen izquierda y la Guanaca en la derecha. A comienzos del siglo XVII el camino antiguo se convirtió en el importante camino de guanacas y, merced a este camino, la parte sur de la provincia, dominio de los Guanacas, comenzó a ser frecuentada por los blancos; cuando se consolidó el afianzamiento de los blancos en la Provincia de Páez, en el presente siglo con la desaparición de los resguardos en el sur del territorio, el río Ullucos comenzó a dividir los dominios antagónicos: el de los blancos y el de los indios de resguardo”.[9]

Durante la colonia su importancia radicaba en el paso de la cordillera central en la comunicación entre Popayán y Santa Fe de Bogotá, que a la vez era la comunicación entre la Real Audiencia de Quito y el Virreinato de la Nueva Granada. Mucho antes de 1640 se había iniciado además la sujeción del pueblo Páez a la autoridad de los españoles mediante la encomienda⁴[10], la mita⁵[10] y la doctrina católica. El trabajo de los jesuitas comenzó por los dominios de los indígenas Guanacas, permitiéndose desde 1628 que el encomendero Andrés del Campo Salazar pudiera proponer al Rey la apertura del Camino. Esta vía significó rápidamente la conformación de minúsculos núcleos blancos cuyo centro principal era San Pedro de Guanacas. [6]

La conformación de los pueblos entendidos como asentamiento o conglomerado de habitantes, se sucede tras la organización de las encomiendas para la captación de tributo, control político y catequización de los indígenas en torno a la encomienda. Para inicios del siglo XVII había avanzado el adoctrinamiento, de tal suerte que se encontraban incluidos 13 de los 16 pueblos con que contaba la provincia al final del siglo XVII. Los 13 primeros pueblos organizados fueron San Fernando de Vitoncó, S. Bárbara de Lame; S. Rosa de Suyn; La Mesa de Páez o de San Vicente (Huila); S. Juan de Tálaga, S. Miguel de Avirama; S. Antonio de la Sal (Belalcázar), S. Rosa de la Cañada; S. Pedro de Toboyma, La Pura y Limpia de la Concepción de la Caldera, S. Andrés de

⁴ Institución por la que, durante la colonización española de América, se concedía a una persona el beneficio de los trabajos de un grupo de indígenas a cambio de adoctrinarlos en la fe cristiana y protegerlos.

⁵ Sistema de trabajo de explotación de plantaciones y especialmente de minas que se estableció en la América colonial española; consistía en la utilización de los indígenas como fuerza de trabajo, reclutándolos forzosamente y trasladándolos a vivir, junto con sus familias, al lugar de trabajo.

Pisimbalá, S. Pedro de Guanacas y San Francisco de Yaquivá. Los tres pueblos que se constituyen en el siglo XVIII fueron Bárbara de Astath (Tóez), S. Antonio de las Chinas e Inzá. La encomienda empezó a extinguirse a finales del siglo XVIII. Esta desaparición se sucede paralela a la organización de la mita como mecanismo de control económico y del resguardo como forma de control político. Por su parte el asentamiento inicial de los blancos estuvo signado por la construcción del camino como ya se ha dicho, teniendo como epicentro las actividades de la población de Inzá. [6, 9]



Ilustración 1 “La ceja. Camino de Guanacas”. Ramón Torres Méndez (1809-1885). Archivo Banco de la República

Inzá como población tiene su origen en la fundación de San Pedro de Guanacas efectuada en 1577 por Don Sancho García del Espinar, que fue designado como Gobernador de Popayán y quién para ocupar su cargo en la mencionada ciudad, se trasladó desde Timaná (Huila), en donde se encontraba, hasta la Capital del departamento del Cauca, por la vía de Guanacas, antiguo pueblo de indios. La población conformada en el sitio de Guanacas se reubicó en el lugar que hoy ocupa Inzá, a causa de una epidemia de viruela llamada “Guines” que atacó a muchas familias, por lo que se vieron obligados a abandonar todas sus propiedades y trasladarse al punto llamado Campamento, con el fin de no contagiarse. Pero la fundación de la actual población se le atribuye a Don Jerónimo de Inzá, descendiente del Conquistador del mismo nombre, y compañero de Don Gonzalo Jiménez de Quesada, quién estableció el caserío junto con otros acompañantes el 29 de junio de 1783, en la región de Tierradentro. [6, 9]

Adquiere a finales del siglo XIX la condición de centro principal en el orden económico y político y se convierte en la base de la expansión blanca en la región. La fortaleza del proceso migratorio se vio estimulada en el último cuarto del siglo XIX gracias al auge de la explotación de Quina y la explotación cafetera, fruto del impulso ejercido por Tomas Cipriano de Mosquera a las actividades de explotación económica. Hacia 1890 Inzá recibe un apoyo decisivo con la creación del municipio del mismo nombre y la organización administrativa consiguiente. [6, 9]

En 1905 los misioneros Lazaristas reciben la custodia del territorio, fortaleciendo la campaña misionera en la zona, superando las limitaciones impuestas por la ley 89 de 1890 a la presencia de blancos en territorios indígenas, pero a la vez, buscando superar

las limitaciones y carencias generadas por la escasez de tierras aptas para el cultivo del café que comenzaba su expansión, sumada a la tarea de evangelización y civilización mediante la propiedad privada a los indígenas paeces. Por iniciativa de los misioneros lazaristas en 1907 se constituyó el municipio de Páez sobre la base de un caserío conformado por negros traídos desde la colonia para la explotación de fuentes de agua salada, con capital Belalcázar, antiguo pueblo de la sal. [9] Los dos concejos municipales creados posteriormente empezaron la tarea de conformación de cabeceras municipales en la década del 20. [6]

“Entre 1926 y 1934 se delimitaron las tierras de los pueblos de Inzá, Yaquiva, Viborá, Topa, San Andrés, y Turminá, en el municipio de Inzá; y los de Belalcázar, Tóez, Huila, Mosoco, Guadualejo, Tálaga y Cuetando en el de Páez. Algunas de estas áreas de población nunca prosperaron como centros blancos. Otros se convirtieron en fuertes puntales de la penetración blanca en territorios de resguardo”. [9]

El otro mecanismo mediante el cual se aseguró el nuevo poblamiento de la zona se estableció a través de la extinción de los resguardos con la aceptación de algunos gobernadores indígenas, luego a comienzos del siglo XX y posteriormente entre 1945 y 1970, con la expedita ayuda del recién creado INCORA y su programa de titulación de baldíos (ver sección 2.1.2 del presente capítulo). De igual forma, se dio el arrendamiento de parcelas situadas dentro de los resguardos, cualificado con la constitución y reconocimiento de mejoras por parte del arrendatario. Estos procesos se fueron afianzando con la apertura de carreteras y la penetración cada vez mayor de colonos sin tierra, tan pobres la mayoría de las veces como los indios. [6, 9]

“Es importante anotar que la presencia de los blancos en Tierradentro obedece, en la generalidad de los casos, a urgencias de pobreza y necesidad que en ocasiones están cercanas a las de los mismos indios. Este fenómeno se ha observado particularmente en períodos posteriores a la violencia. Sería miope asignar la responsabilidad de la presión contra el resguardo a estos colonos pobres. Ellos son también víctimas de la pobreza y parte de ellos bien pueden considerarse como excluidos.” [9]

A finales de 1885 se constituyó toda la región de Tierradentro en municipio, cuya capital fue Inzá. Pero tan sólo hasta el 18 de Diciembre de 1907 el Presidente de la República de ese entonces, Señor Rafael Reyes, dictó el Decreto 1510, en virtud del cual, se crean dos (2) municipios en la región de Tierradentro como producto de la segregación del ya conocido para esa época como Municipio de Inzá; quedando el municipio de Inzá cuya cabecera municipal es el pueblo que lleva su mismo nombre y abarca toda la región de la cultura Guanacas y Topa, siendo su primer alcalde el Señor Luís Adriano Pérez; y, el municipio de Páez cuya capital es el pueblo de Belalcázar. Según datos del Programa Tierradentro, la sub región comprende los municipios de Páez e Inzá, (2 cascos urbanos, 23 resguardos indígenas y 4 corregimientos campesinos), con alrededor de 55.000 habitantes. Se incluyen también dentro de los pobladores a las comunidades afrocolombianas. [6]

2.1.2 Historia de la zona campesina de Inzá

Tierradentro ha sido un territorio históricamente visto desde fuera como un lugar habitado únicamente por pueblos indios nasas, que han resistido y enfrentado toda forma de colonización. En los comienzos de la colonia se encontraba habitado por pequeños cacicazgos de indios Páez y Guanacas, pueblos emparentados entre sí a través de lazos familiares.[9] Lo que se conoció como la nación Páez habitaba la zona norte del río Ullucos y el pueblo indígena de Guanacas hacia el sur de lo que es hoy el municipio de Inzá. [6]

Hacia el siglo XVII se inicia un proceso de penetración o colonización sobre este territorio como consecuencia de la apertura del camino que comunicaba a Silvia y Popayán, con la región del alto Magdalena pasando por Guanacas y continuando por la parte sur del río Ullucos, desde estas fechas, la región de Inzá ha pertenecido a la provincia de Silvia. La vía permitió el ingreso de grupos de población pobre, mestiza e indígena que escogieron como centro a San Pedro de Guanacas. Según los historiadores y comentado por Sevilla Casas los indios de Guanacas fueron desapareciendo como consecuencia de las enfermedades traídas desde fuera y que no pudieron controlar, pero también por las acciones de guerra y por el proceso de mestizaje.[6]

Guanacas y posteriormente Inzá hacia finales del Siglo XIX y comienzos del XX se convierte en el centro político y económico de Tierradentro y por lo tanto el centro de la expansión mestiza y religiosa católica, y para el año de 1885 se crea el municipio de Tierradentro con Inzá como su centro o cabecera municipal.[6]

El interés de los grupos mestizos estuvo centrado en las tierras de los resguardos indígenas buscando ampliar la frontera agrícola con cultivos de café, políticas que venían implementadas desde los grupos de poder regional (caucano) o nacional y para lo cual se utilizó la población colona, pero la Ley 89 de 1890 impedía el avance sobre los territorios indígenas, situación que favoreció a estos pueblos y retrasó las pretensiones de ampliación de la frontera agrícola. En el año de 1907 por decreto se crea el municipio de Páez separándolo del municipio de Inzá, creando así una nueva estrategia de ampliar las tierras en manos de mestizos.[6]

En 1920 se comienza un proceso de urbanismo al concentrarse población mestiza en Inzá y Belalcázar, dinámica que se extiende hasta el año 1934 en donde se delimitan las comunidades indígenas de Yaquivá, Topa, San Andrés y Turminá. La extinción de los resguardos hacia el año de 1945⁶ fue el resultado del proceso de mestizaje, pero con ella se establecerían nuevas formas económicas.

Con estos procedimientos y mecanismos se llega al año de 1945 en donde se afectan los resguardos de Turminá, Topa – La Laguna y Guanacas – Inzá. Según don Pedro Musse, campesino de la zona de Topa:

“hasta el año de 1945 por la influencia de Ricardo Quintero Nieto se extingue el resguardo de Topa y el resguardo de San José que cubría a Turminá, esto por

⁶ Entre 1945 y 1949, se extinguen los Resguardos de La Laguna, Guanacas y Turminá), y en 1960 el Resguardo de Calderas.

influencia del gobernador del departamento del Cauca mediante un Decreto que fue aprobado por el Senado. El objetivo era buscar que el municipio de Inzá pudiera captar más recursos, este proceso prácticamente duró hasta 1963 cuando la Reforma Agraria a través del INCORA entró a parcelar las tierras y que en esos momentos se conoció como los “parceleros” o “incorados” y terminando este proceso legal con la parcelación por el INCORA del resguardo de Araujo en el año de 1968”. [6]

Actualmente, la zona rural se compone de 7 zonas Campesinas, con una extensión aproximada de 298 Km²:

- 1) Zona Quebrada de Topa, con 7 veredas: San Vicente, San Antonio, San Isidro, Las Lajas, Topa, Puerto Valencia y Juntas Birmania.
- 2) Zona Pedregal, con 14 veredas: Belén, La Palmera, San Rafael, Palmichal, San José, Aguablanca, La Florida, La Venta, Pedregal Centro, La Floresta, Cauchito, La Manga, San Miguel y Alto de Topa.
- 3) Zona de Turminá, con 11 veredas: La palma, Fátima, Guetaco, El Socorro, Turminá Centro, El Llano, El Rincón, San Pedro, Santa Teresa, San Martín y Yarumal.
- 4) Zona Centro, con 10 veredas: Alto de la cruz, La Lagunita, Carmen de Viborá, San Francisco, La Pirámide, La Vega, Sinaí, El Caucho, La Cabaña y Río Negro.
- 5) Zona Occidente, con 9 veredas: El Escobal, Santa Lucía, Guanacas, Tierrasblancas, El Lago, Belencito, El Carmen, Córdoba y Río Sucio.
- 6) Zona de San Andrés, compuesta por un Área de Población ubicada dentro del Resguardo de San Andrés.
- 7) Zona de Segovia, compuesta por un Área de Población ubicada entre el Resguardo de Santa Rosa, el Resguardo de San Andrés, la Zona Centro y la Zona Pedregal.

2.1.3 Configuración y constitución de la ACIT

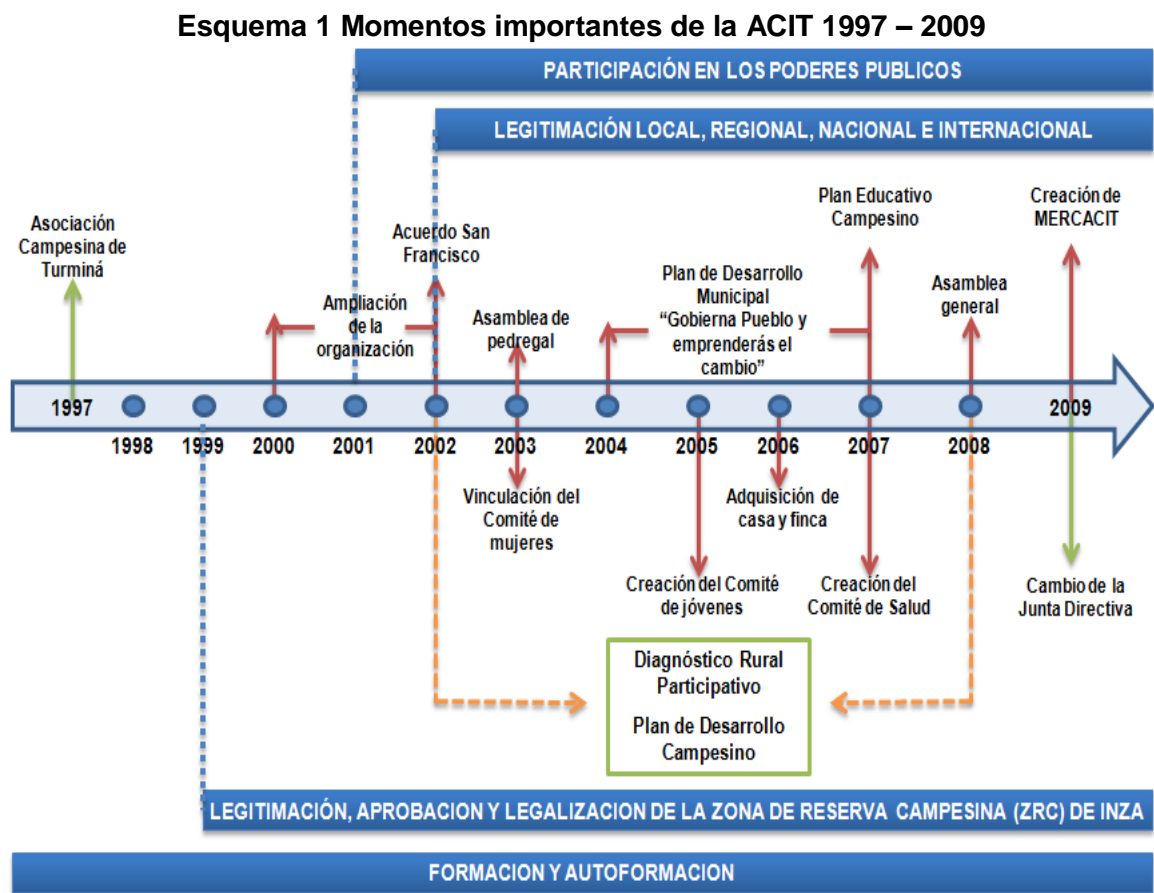
La ACIT inició en el año 1997 como la Asociación Campesina de Turminá, ya que en esa zona del municipio los conflictos entre campesinos e indígenas se habían acentuado, situación que motivó su creación. A partir de las gestiones desarrolladas por la Señora Aminta Salazar Castillo, concejala del municipio en esos momentos y del Señor Roberto Sánchez Guevara, líder de la comunidad, se presentó la propuesta ante la Asamblea de Juntas en el corregimiento de Turminá en el año de 1993. Dicha propuesta de organización estaba orientada a la delimitación de la zona campesina, la defensa de las pequeñas propiedades, debido a que en ese momento las organizaciones indígenas buscaban ampliar sus resguardos sin tener en cuenta que la falta de tierras para indígenas era de igual manera, un problema para campesinos, situación ésta que aún hoy continúa presentándose.[4]

Se reunieron campesinos y campesinas que se sentían afectados tanto por las organizaciones indígenas como por parte de las instituciones que las apoyaban, las cuales no habían hecho un diagnóstico que mostrara las reales condiciones de pobreza y la falta de tierras de los campesinos. En esa primera reunión de Turminá se nombraron los primeros representantes de la nueva organización. Estas personas fueron las encargadas de socializar la propuesta en las comunidades rurales, y de organizar a las bases campesinas. Contactaron líderes de las distintas zonas del municipio de Inzá y de

Tierradentro en general y se descubrió que había un gran inconformismo por la situación que vivían como: falta de tierras aptas para la agricultura, acompañada de la ausencia de recursos económicos y técnicos que permitieran mejorar los cultivos y en general mejorar las condiciones de vida de todos los campesinos, al igual que la falta de reconocimiento de las instituciones. Así encontraron eco de muchos campesinos y campesinas, pero también de otras organizaciones como FENSUAGRO, que con su apoyo empezaron a motivar a las comunidades para lograr el objetivo de expandir la propuesta organizativa en todas las veredas campesinas del municipio de Inzá.[4]

En el año 2002 se realiza la gran Asamblea de San Francisco, con la participación de cerca de 2000 personas y en esta se llega al Acuerdo de San Francisco con el cual nace la Asociación Campesina de Inzá Tierradentro – ACIT.

En el siguiente esquema (Esquema 1) se ilustran algunos momentos significativos dentro del proceso histórico de la ACIT, desde los inicios de la organización en el año 1997, hasta nuestro momento de estudio el año 2009.



La ACIT cuenta con una estructura organizativa basada en la junta directiva central y seis (6) subdirectivas zonales, elegidas en Asamblea General. Las zonas son las siguientes: Zona Occidente, Centro, Turminá, Pedregal, Quebrada de Topa y San Andrés. Además, tiene grupos encargados de operativizar las dinámicas de la organización como los comités de mujeres, jóvenes, político, comunicaciones, producción y medio ambiente, salud, deportes y cultura, y educación. (Ver Esquema 2)

Esquema 2 Estructura organizativa de la ACIT



Fuente: www.acit.org.co[11]

2.2 Principios

Es una organización comunitaria de base, sin ánimo de lucro, que promueve el desarrollo y el bienestar de todos sus afiliados, se fundamenta en el proceso de empoderamiento campesino, y en el mejoramiento de la calidad de vida de toda la población. Su accionar se basa en los siguientes principios éticos y políticos[12]:

1. *Poder Popular*: La soberanía popular es uno de los principios democráticos más importantes, y es uno de los fundamentos filosóficos de la era moderna. Significa que el poder reside en el pueblo, no en sus gobernantes, y que es el pueblo, dueño del poder, quien lo delega a través de mecanismos democráticos a sus representantes quienes ejercen un papel de representación de la voluntad superior del pueblo. Este principio hace parte de la Constitución Política y del Himno Nacional.[12]

Cuadro 2 Poder Popular

EL PODER POPULAR SE OPONE A:	EL PODER POPULAR SIGNIFICA:
El gran poder político y religioso que ha imperado históricamente en nuestro país en manos de unos pocos.	Despertar nuestra conciencia popular, nuestra conciencia de ser sujetos de derechos y dueños de la soberanía.
El Colonialismo representado en las grandes potencias del norte, cuyo poder se basa en su gran aparato militar, en el control del dinero y en el control de los medios de comunicación.	El pueblo es el soberano, Él delega el poder en sus representantes. Por lo tanto el pueblo no debe estar al servicio de sus representantes, sino al contrario.
El racismo, la discriminación, el machismo, la exclusión, la explotación y la opresión.	Poder popular está implícito en los principios de identidad y la defensa del territorio: empoderar a la comunidad para fundamentar políticamente su lucha.

Fuente: Documentos ACIT. [12]

2. Fortalecimiento Organizativo: Este principio se relaciona con la soberanía y la democracia real que tratan de construir. Significa empoderar y fortalecer las comunidades, los procesos colectivos basados en la equidad social, la identidad política, la autogestión, lo colectivo y lo comunitario. Cuando una organización se fortalece se vuelve crítica, propositiva autónoma e independiente, tiene iniciativa, capacidad de acción y de transformación, asume las decisiones que la afectan en sus manos.[12]
3. Soberanía Alimentaria: La soberanía alimentaria es un derecho humano que involucra a las personas, a las comunidades, a los pueblos y a los países e implica que ellos pueden definir sus políticas de producción de alimentos, a la agricultura, la pesca, la alimentación, el acceso y el uso de la tierra, el impacto ecológico de estas actividades, teniendo en cuenta su realidad económica, social, política y cultural.[12]

La propuesta de la Soberanía Alimentaria surge de la necesidad de garantizar el derecho humano a la alimentación y de la preocupación mundial por la escasez de alimentos. En la declaración del Foro Mundial sobre Soberanía Alimentaria realizado en el año 2001, se definió la soberanía alimentaria así:

"El derecho de los pueblos a definir sus propias políticas y estrategias sustentables de producción, distribución y consumo de alimentos que garanticen el derecho a la alimentación para toda la población, con base en la pequeña y mediana producción, respetando sus propias culturas y la diversidad de los modos campesinos, pesqueros e indígenas de producción agropecuaria, de comercialización y de gestión de los espacios rurales, en los cuales la mujer desempeña un papel fundamental".[13]

La Soberanía Alimentaria es un concepto político opuesto al concepto neoliberal aplicado a la agricultura y tiene cuatro pilares:

- a. El derecho a la alimentación.
- b. El acceso a los recursos productivos.
- c. La promoción de una producción agroecológica.
- d. La promoción y protección de los mercados locales y el cambio de las reglas del mercado internacional.

La soberanía alimentaria es la base del desarrollo material y económico, de preservación del territorio, y es fundamental en términos de la protección de los recursos naturales como patrimonio colectivo, en la medida en que este principio también se preocupa por el equilibrio ecológico y por minimizar el impacto de las actividades humanas sobre el medio ambiente. Este principio implica recuperar la alimentación sana basada en formas limpias de producción, sin químicos ni contaminantes, organizar la producción para optimizar la poca tierra con la que se cuenta y replantear los sistemas de monocultivo que se han impuesto en esta región y que están causando graves impactos sociales, culturales y ambientales.[12]

4. Autonomía: El principio de autonomía significa que cada persona, comunidad, pueblo o nación pueda auto determinarse, es decir, decidir sobre su forma de gobierno y organización política, sobre su modelo de desarrollo, sobre su lengua, religión, cultura, etc. La autonomía es la base de los demás principios, pues

gracias a ella pueden “sacudirse” de la dependencia y la subordinación histórica que los han mantenido discriminados y excluidos como colectivos del poder y de las decisiones.[12]

5. Identidad: La identidad tiene que ver con todos los elementos materiales e inmateriales sobre los que se construye y se sustenta cada cultura en determinado momento de la historia, elementos que marcan diferencias con otras sociedades o grupos sociales. La identidad se relaciona también con todos aquellos rasgos culturales como el vestido, la lengua, o las tradiciones, que crean cohesión y sentido de pertenencia entre las personas que hacen parte de un pueblo, y que a la vez las diferencia de otras. Por eso es un proceso en doble vía: hacia adentro de la comunidad acerca y crea pertenencia, y hacia afuera marca diferencias.

“Como miembros de la ACIT nos identificamos como campesinos y campesinas, como integrantes de un proceso rural, popular y de clase, al mismo tiempo que aceptamos que compartimos el territorio con otros procesos, organizaciones, colectivos y pueblos, por ello reconocemos la interculturalidad que existe en el territorio”.[12]

2.3 Ejes articuladores de la ACIT

Con base en la propuesta política de la ACIT, fundamentada en sus principios y filosofía organizativa y partiendo de los ejercicios de planeación participativa que se han realizado durante casi 10 años de historia, los(as) campesinos(as) de Inzá han priorizado los siguientes ejes articuladores:

Un primero es *la movilización social por la exigibilidad de derechos* políticos, económicos, sociales y culturales, la defensa integral del territorio y la articulación a procesos amplios a nivel regional y nacional de defensa del territorio, los derechos humanos, la soberanía alimentaria, entre otros.[12]

El segundo es el *fortalecimiento organizativo*, el cual se relaciona con la soberanía y la democracia real que los y las campesinas tratan de construir. Significa empoderar y fortalecer las comunidades, los procesos colectivos basados en la equidad social, la identidad política, la autogestión, lo colectivo y lo comunitario. Cuando una organización se fortalece se vuelve crítica, propositiva, autónoma e independiente; tiene iniciativa, capacidad de acción y de transformación y por supuesto, asume las decisiones que la afectan.

*“La opresión y la explotación que hemos sufrido históricamente como campesinado, hace necesario emprendamos la lucha colectiva por nuestros derechos y eso solo lo podemos hacer de manera organizada, y ahí radica la importancia del fortalecimiento organizativo. Debemos partir del hecho histórico de que todos los derechos que se han reconocido para los pueblos del mundo se han logrado a través **de la lucha y de la movilización social**. Y que a través de la lucha se amplían, o se defienden en el caso de que estos derechos como conquistas estén amenazados.”[12]*

El tercer eje se relaciona con la *participación social y control a la gestión pública*, y se desarrolla según las siguientes 3 líneas de acción: 1) Democracia participativa que involucre la formación de sujetos de derechos, autónomos, plenos, conscientes, críticos y propositivos. 2) Veedurías ciudadanas mediante la formación de líderes en los ámbitos del Gobierno Local y control social de la gestión pública. 3) Gobernabilidad democrática.

El cuarto es el *fortalecimiento de la red de derechos humanos*, mediante acciones sociales, jurídicas y políticas para hacer frente a las diversas situaciones que afectan a los(as) campesinos(as).

Un quinto y último eje es el *fortalecimiento productivo con énfasis en soberanía alimentaria*, para lo cual se propone la ejecución de algunos proyectos como el desarrollo de la caña panelera, apoyo al sector frutícola, especies menores y la generación de crédito local para fomentar iniciativas productivas de mujeres, jóvenes y grupos asociativos.

2.4 Comités de la ACIT

2.4.1 Comité De Mujeres – “En Junta Por El Empoderamiento Femenino Y La Equidad De Género”

En el año 2000, las mujeres de Inzá se organizaron, preocupadas por la falta de oportunidades de acceso para las mujeres a los espacios laborales, a los procesos educativos formales y no formales, a los escenarios de formación política y gobierno local; y al sistemático desconocimiento de sus derechos en todos los ámbitos. En el año 2003, decidieron conformar a través de la ACIT, un comité que velara específicamente por las mujeres. Sus principales motivaciones fueron el que algunas eran maltratadas, usadas, rechazadas y subvaloradas, pues sentían que sólo servían para cocinar, lavar la ropa y cuidar de sus hijos. Por eso, al sentirse cansadas de que no las valoraran decidieron unirse para trabajar en pro de su desarrollo como personas, como mujeres y como madres.

Desde el inicio plantearon como objetivos fundamentales, promover el reconocimiento de sus Derechos y su Empoderamiento, fortalecer la participación femenina en escenarios de poder local, propiciar reflexiones sobre la identidad y las discriminaciones de género y promover procesos de Soberanía Alimentaria.

▪ Líneas De Trabajo

En Inzá se vive de la producción agrícola en pequeñas parcelas y la población se enfrenta día a día a condiciones de pobreza, inequidad social y discriminación. En este contexto, las más de doscientas campesinas que trabajan en junta desde el comité de mujeres, construyen estrategias y alternativas que responden a sus necesidades y se direccionen hacia su reconocimiento como sujetas políticas y de derechos, a través de cinco líneas de trabajo que han definido así:

- Organización Política: inicia desde la sensibilización y la formación de las mujeres en cada una de las veredas; lo que conlleva a la formación de grupos en cada uno de estos espacios y constituye una red a nivel municipal. El número de grupos

organizados de mujeres conformados es de 18 para el 2010, teniendo entre 10 y 35 mujeres cada uno de éstos. De otro lado las “lideresas” del comité, buscan espacios de participación e intercambio de las experiencias con mujeres y organizaciones del nivel nacional e internacional que de forma concertada y solidaria se apoyan entre sí, ampliando así la red.

- Empoderamiento Femenino Con Enfoque De Derechos De Las Mujeres: El empoderamiento femenino empieza con el proceso político-organizativo de las mujeres y avanza de manera constante con escuelas de formación popular, donde se abordan temas de identidad, autoestima, roles de género, discriminación, derechos de las mujeres, derechos humanos y coyuntura nacional, entre otros. En las escuelas de formación se diagnostica la situación de las mujeres campesinas en el contexto y se hacen propuestas para buscar soluciones al sin número de inquietudes y problemas con los que se vive en la zona campesina del municipio de Inzá. Mediante esta línea de trabajo las mujeres han logrado mejorar sus conocimientos y reconocerse como sujetas de derechos, para hacer exigencias de estos a través de propuestas claras de trabajo.



Foto 1 Mujeres del Comité de mujeres de la ACIT

Fuente: www.acit.org.co

- Derechos Humanos: En esta línea de trabajo, las mujeres campesinas que confluyen en el Comité, empezaron por el conocimiento y el reconocimiento de los Derechos Humanos, continuando con la difusión de éstos por medio de campañas publicitarias en medios audiovisuales, que han buscado sensibilizar a la opinión pública en temas como Derechos Sexuales y Reproductivos, Derecho a una vida libre de violencias, a la no discriminación, a la alimentación sana, a la tierra y al territorio. También participan y generan espacios de intercambio a nivel regional y nacional con organizaciones que trabajan por la promoción y defensa de los Derechos Humanos, el empoderamiento de las mujeres, la equidad de género y las que promueven una salida política negociada al conflicto armado, social y cultural que atraviesa el país.
- Soberanía Alimentaria: Es una estrategia de resistencia que busca la pervivencia en el territorio. Esta propuesta está basada en la producción agroecológica, partiendo del respeto por el medio ambiente y los recursos naturales, mediante el

sostenimiento de huertas caseras y colectivas, la recuperación de productos, semillas nativas y especies menores, con miras a producir para alimentarse sana y saludablemente. Desde la Soberanía Alimentaria, las mujeres han logrado incidir políticamente en sus hogares, en la comunidad y en el municipio, logrando mejorar la calidad de vida desde el aporte económico que se hace con estas prácticas, que además se desarrollan teniendo en cuenta las costumbres tradicionales de siembra y transformación de los productos, donde los adultos y adultas mayores entregan sus conocimientos como herencia vital a las nuevas generaciones. De otro lado la estrategia de Soberanía Alimentaria disminuye el impacto causado por el monocultivo de café, disminuyendo la dependencia del mercado externo.

- Propuestas Productivas: Transversal a estas cuatro estrategias y en Pro del fortalecimiento de la autonomía, solidaridad e independencia económica de las mujeres campesinas, desde el comité se adelantaron iniciativas de economía solidaria con fondos rotatorios de microcrédito y proyectos productivos como panaderías, tiendas comunitarias, huertas individuales y cultivos transitorios colectivos entre mujeres.



Foto 2 y Foto 3 Mujeres del Comité de mujeres de la ACIT
Fuente: www.acit.org.co

A lo largo de estos diez años, las mujeres han avanzado en abrir espacios de participación política y representación mediante diferentes estrategias: posicionamiento de sus demandas y propuestas en actos públicos masivos, han llevado representantes al Concejo Municipal mediante procesos de elección popular y participación en la construcción de lineamientos de políticas públicas para mujeres en el municipio, basadas en sus propios diagnósticos y conocimientos sobre su realidad. Actualmente lideran a nivel municipal, la construcción de una red intersectorial de prevención de la violencia contra las mujeres y de violencia intrafamiliar.

Es importante mencionar que este trabajo no ha sido fácil pues han tenido que enfrentarse a estigmatizaciones, acusaciones y persecuciones políticas por buscar:

“una sociedad más equitativa, además de sacar siempre adelante la mayoría de iniciativas con escasos recursos económicos a partir de la autogestión y el apoyo de otras organizaciones solidarias. Pero que son esas razones precisamente, las que nos han dado el lugar y el respeto que tenemos hoy dentro de nuestra organización”[11].

2.4.2 Comité De Jóvenes – “Construimos El Futuro Desde El Presente”

Este comité se compone de jóvenes de distintas veredas del municipio de Inzá, jóvenes con muchas ilusiones, esperanzas y con todo por aportar en su proceso organizativo en el que decidieron:

«caminar juntos(as) por un camino que se está construyendo con manos activas, tiernas, suaves y también toscas, esas que guardan las marcas del trabajo y de la vida diaria; manos solidarias, grandes y pequeñas, con ideas que buscan convertirse en acción, traducirse en canción y quizá en un grito que anuncie que estamos siendo actores de nuestra propia realidad»[11].

«Somos individuos pensándose en grupo, compartiendo un café, una sonrisa, muchas palabras, momentos de esparcimiento y por supuesto lo que sabemos y también nuestras dudas. Nos proponemos construir y avanzar en éste proceso; sacar iniciativas adelante, fortalecernos como jóvenes, ocupar el tiempo libre en actividades de carácter formativo, recreativo, reflexivo y productivo. En lo que podríamos llamar un intento por reencontrarnos con nuestra “identidad”». [11]

Hacia el año 2005, se inicia este comité con el apoyo de la ACIT, con el propósito firme de visibilizar a los(as) jóvenes como sujetos políticos capaces de hacer propuestas de desarrollo y ser actores importantes del mismo; de construir y fortalecer espacios autónomos de participación, reflexión y decisión en temas que los afectan directamente. Todo esto con las iniciativas de crear, fortalecer y promocionar la cultura campesina dentro del mismo territorio. Y precisamente como iniciativa de todos los procesos juveniles de distintas veredas, se fueron uniendo paulatinamente dando lugar a la construcción del Comité de Jóvenes como escenario de acción y participación.

▪ Actividades De Los Jóvenes

El hecho de tener espacios “juveniles” y de empezar a crear y construir sus propias políticas, les ha permitido ser actores decisorios y proponentes dentro de sus comunidades y dentro del proceso campesino de la ACIT, planteando una nueva mirada de y desde lo juvenil que conlleva a motivar y animar a más jóvenes a participar de esta iniciativa. Con esta visión han trabajado en actividades de carácter productivo, artístico y formativo.

Actualmente le apuestan a tres enfoques importantes: 1) CINECLUB, donde se reúnen algunos(as) jóvenes y comunidad en general; 2) Formación de “Semilleros De Liderazgo Juvenil” y 3) Realización de Campamentos, visto como el espacio amplio a nivel municipal de evaluación y planificación de actividades.

En lo artístico, realizan talleres de teatro y de técnicas de estampado en papel y en tela. Ésta última actividad les ha dado la posibilidad de participar en diversos eventos a nivel local y mediante la cual consideran han tenido la oportunidad de expresar lo que sienten, piensan y quieren.



Foto 4 Integrantes del Comité de Jóvenes de la ACIT

Su proceso formativo lo entienden como el conocimiento espontáneo y libre, nacido desde su propia condición, costumbres, tradiciones y posibilidades y construido sobre la base de la participación efectiva y crítica que propicie una reflexión continua sobre lo que les afecta y en la que se hagan visibles sus ideas; y en este sentido realizan talleres de Escuela popular juvenil, que se han convertido en un espacio de enseñanza-aprendizaje y también de humanización. El proceso de “Escuela Campesina Popular” es una apuesta del comité de jóvenes campesinos, por ganar espacios de discusión y reconocimiento político y organizativo.

Estos espacios los ha llevado a realizarse diversos interrogantes acerca de sus condiciones de vida y posibilidades para el futuro tanto a nivel individual como colectivo, identificando necesidades económicas, sociales, culturales, formativas y políticas que han sido puestas en discusión para luego formular propuestas de solución, siendo esto un gran estímulo para tomar conciencia del papel que deben empezar a jugar los(as) jóvenes como sujetos sociales y políticos capaces de tomar decisiones autónomas y pensar su futuro desde ahora, acorde con su realidad, deseos y aspiraciones.

2.4.3 Comité De Comunicaciones – “Visibilización Para La Transformación”

Después de la Asamblea General de la ACIT en San Francisco en el 2003, y tras haberse planteado ya de manera interna entre la Directiva Central y algunos miembros(as) de la Asociación, la necesidad de visibilizar de manera consolidada el proceso que adelantaba la organización; fueron encargados algunos líderes interesados en el tema de la comunicación alternativa, para empezar a realizar tareas logísticas en este sentido, tales como grabar reuniones y asambleas y participar de la organización de las mismas, entre otras actividades varias.

Para procurar la consolidación de un Comité de Comunicaciones como tal, el naciente grupo y con el aval de la ACIT realizó una convocatoria general en el municipio para abarcar más colaboradores y así surgió un equipo más amplio de interesados quienes participaron en la primera actividad de muchas que desde entonces se han venido desarrollando para cualificar el equipo, directamente enfocada hacia los medios de comunicación como por ejemplo, un taller de audiovisuales realizado en la vereda San José.



Foto 5 Emisora campesina

Así entonces, en 2004 y con el impulso de la organización y de la administración municipal (en cabeza del Alcalde que desde la asociación se logró hacer elegir para ese período) y con la claridad de lo importante del componente comunicacional dentro del proceso organizativo, se estableció de manera “formal” el Comité de Comunicaciones.

La primera propuesta que se presentó desde este comité fue la de montar un centro de producción radial con miras a tener una Emisora Comunitaria; iniciativa que en 2005 y con el apoyo de la Alcaldía Municipal (dadas las condiciones de canalización del recurso que se exigían desde la cooperación internacional para aquella época) se gestionó, ante el Principado de Asturias. Cuando se materializó esta idea, se decidió participar en la convocatoria del Ministerio de Comunicaciones para obtener la Licencia de la Emisora, pero tal vez por lo incipiente del proceso comunicativo, faltaron detalles y no se obtuvo la viabilidad del proyecto radial. Pero, en 2009 cuando por segunda ocasión se presentó la oportunidad de participar en la convocatoria, fue exitoso el proceso y entonces la Licencia de Radio Comunitaria fue otorgada a la ACIT.

Hoy en día, el Comité de Comunicaciones está dedicado principalmente al fortalecimiento del proyecto radiofónico, pero también integra otras herramientas con el fin de ver de manera integral la comunicación, tales como la WEB, la producción audiovisual y la participación más allá de lo logístico, dentro de la organización de diversos eventos de la ACIT. Además, se encuentra ejecutando la segunda parte de un proyecto para el montaje del Centro de Producción Radial, que ahora se enfoca en fortalecer la Radio Comunitaria como tal y la conformación de redes estratégicas entre medios de comunicación alternativos del departamento.

▪ **Objetivos del comité de comunicaciones**

General: *“Fortalecer el proceso político de la ACIT, propiciando espacios alternativos de comunicación popular que permitan el intercambio de experiencias, el debate y el diálogo de saberes y donde puedan divulgarse y validarse nuestras ideas, pensamientos y propuestas organizativas.”*[11]

Específicos:

- *Ampliar el equipo que conforma el Comité de Comunicaciones y progresivamente sus funciones que son inseparablemente técnicas y políticas, bajo la orientación de la Directiva Central.*
- *Establecer estrategias de Comunicación Alternativa, Autónoma, Participativa e Incluyente, que promuevan el desarrollo organizativo, local y regional y que responda a las necesidades y dinámicas propias de la región.*
- *Proponer – Asumir la agenda popular (pueblos, procesos y organizaciones que se juntan para construir la alternativa comunicacional).*
- *Construir una propuesta comunicativa que no es contestataria ni reaccionaria. Es campesina y Alternativa.*
- *Contribuir en la dinamización de los procesos comunicativos y organizativos que se vienen desarrollando al interior de la comunidad, en procura de la conservación de la identidad y Territorio Campesino.”*[11]



Foto 6 Miembros del comité de comunicaciones de la ACIT

2.4.4 Comité De Educación – “Por Una Educación Rural De Calidad, Pertinente Y Diversa”

El Comité de Educación surge de la necesidad de proponer procesos educativos y pedagógicos formales y no formales, pertinentes para la ruralidad, de largo plazo y con pedagogías populares, integrando a los distintos actores y sectores del territorio en función de intereses legítimamente colectivos. Por eso en el año 2005, cuando se empezó a trabajar en la idea del proyecto educativo, se hizo teniendo en cuenta a los líderes y “lideresas” de distintas zonas del municipio, docentes y estudiantes. En todo ese tiempo se indagó por la educación, descubriendo escenarios donde al campesino se le vulneran sus derechos: *“Por ello, pensar la educación desde la ruralidad es un reto por hacernos y sentirnos también pueblo con derechos diferenciales”*. [6]



Foto 7 Jornada adelantada por el comité de educación

Para ello se venía trabajando en el *Proyecto Educativo Rural e Intercultural PERI*, con el cual se buscaba reivindicar el derecho a ser tratados diferencialmente como sector, que comparte un mismo territorio con pueblos originarios y con poblaciones que tienen otras formas de relacionarse con la tierra y el mundo, pero que necesitan y requieren estrategias donde puedan relacionarse entre ellas y en donde nadie sienta amenazada la existencia de su cultura o cosmovisión, sino por el contrario, sean un complemento entre ellas; de manera tal que las distintas formas de ver y relacionarse con el mundo puedan estar presentes en el espacio escolar.

▪ **Objetivos**

- *“Construir procesos educativos y pedagógicos en los espacios formales y no formales, pertinentes, de calidad y que respeten la diversidad cultural presente en nuestro territorio.*
- *Promover la exigibilidad social del Derecho a la educación, recuperando su carácter público, y recuperando la participación social, ciudadana y comunitaria en la definición de las políticas, planes y proyectos educativos, y en la implementación de los mismos en el territorio.*

- *Acompañar a las comunidades educativas en la definición de políticas educativas y en la construcción de proyectos educativos acordes con la realidad y las necesidades de la ruralidad.*
- *Fortalecer los entes de representación, participación y control social en las Instituciones Educativas del municipio de Inzá; y servir de interlocutores entre las comunidades campesinas y las autoridades locales y departamentales en materia de Educación.”[11]*

2.4.5 Comité De Salud – “Porque La Salud Es Un Derecho Humano”

El Comité de Salud nace con ocasión de la construcción y puesta en funcionamiento de la Política de Salud Pública del municipio de Inzá, durante la administración 2004 – 2007, denominada “El deber de cuidar el cuerpo”. Dicho plan construido de manera participativa, tenía el objetivo de mejorar las condiciones de salud de la comunidad inzaña mediante la implementación de un modelo descentralizado, participativo y solidario, que promoviera hábitos de vida saludable, estableciera condiciones ambientales saludables en todos los espacios y que promoviera la participación intersectorial en las áreas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, vigilancia en salud pública y control de factores de riesgo.

Esta política tuvo como pilar fundamental, la participación, a través de redes sociales organizadas por grupos de edad y por necesidades específicas en salud, que fueron las que lideraron en forma permanente este proceso.

▪ Los Objetivos Que Se Plantean En Este Comité Son:

- *“Consolidar una Política Pública en Salud para el territorio de Inzá a través del diseño de estrategias que conduzcan de manera gradual a la protección de la población, con especial atención de los grupos excepcionales.*
- *Compaginar las prácticas tradicionales de salud entre la población campesina, indígena y las instituciones gubernamentales a partir de la formulación de planes conjuntos.*
- *Fortalecer lineamientos, dinámicas y prácticas individuales y colectivas de saneamiento ambiental asociadas a la salud.*
- *Promover procesos de formación basados en la sensibilización de las personas sobre su carácter de sujetos de derechos y en el empoderamiento frente al derecho a la salud y la seguridad social. Al mismo tiempo generar e impulsar procesos de movilización social alrededor de la exigibilidad del derecho a la salud.”*

Este comité actualmente participa con un programa radial en la emisora local campesina, en el cual socializan continuamente las actualizaciones en el sistema de salud, entre otros temas relacionados con el derecho a la salud. Este espacio radial se llama: Salud y vida digna.



Foto 8 Capacitación liderada por el comité de salud de la ACIT

2.4.6 Comité De Cultura, Recreación Y Deporte – “Fortaleciendo La Cultura Y La Convivencia En El Territorio”

Éste, es uno de los comités más jóvenes de la ACIT, nació y se ha ido fortaleciendo con la muy activa participación del campesinado, que empieza a ver satisfechas sus necesidades y por lo mismo fortalece los temas en cuestión, reconociendo la importancia que tienen desde la vida cotidiana y alrededor del trabajo político sus derechos sociales.

Los pilares que fundamentan el Comité de Cultura, Recreación y Deporte son: educación, incidencia política, bienestar, identidad y economía.

▪ **Objetivos**

General: *“Desarrollar procesos alternativos, participativos y solidarios para el fomento de los derechos, valores y cualidades de las comunidades campesinas de Inzá Tierradentro, a través de la cultura, la recreación y el deporte.”*

Específicos:

- *“Construir y apoyar a los subcomités por zonas campesinas.*
- *Establecer un banco de proyectos.*
- *Incidir políticamente en las área de interés del comité desde lo local, departamental y nacional.*
- *Incentivar en la población campesina la cualificación y participación académica en torno a la cultura, la recreación y el deporte.*
- *Retomar actividades artísticas y deportivas exitosas.*
- *Generar alianzas estratégicas de cooperación con Universidades, ONG's, entre otros.”*



Foto 9 Evento cultural

Fuente: ACIT.

- **Proyectos**

Cuadro 3 Proyectos del Comité de cultura recreación y deporte

Proyectos desarrollados	Proyectos por ejecutar
Copa Cramer	Juegos Tradicionales Campesinos. (Investigación)
Campeonatos Deportivos Campesinos	Escuelas de Formación Deportiva y Artística.
Encuentros de expresiones artísticas Campesinas (Grupos de Teatro, Danza)	Becas Académicas Deportivas.
Campamentos Juveniles	Programas Radiales.
Recuperación de los grupos musicales campesinos	Pasantes Universitarios.
Escuela de Árbitros	Selección de Fútbol Juvenil ACIT.
	Proyecto de modificación de Ley 181 de 1995 (incluya al campesinado); federación deportiva campesina.

3. Vivir y enfermar

(...) “Como yo le preguntara qué les había pasado, por donde andaban, qué era de su vida, don Contas me contestó: -Toditos estamos en el hospital. Yo me alarmé, pensé que habían traído del Norte Dios sabe qué fiebre maligna y ya estarían a punto de morirse todos. Don Contas me miró entre comprensivo y malicioso: -No sumercé, – me dijo-. Lo que pasa es que como la vieja sigue en el hospital porque la vaina que tiene no es fácil, yo me coloqué ahí mismo de portero, las dos niñas de enfermeras y el chino de mandadero.”

Eduardo Caballero C., 1974 [8]

3.1 Calidad de Vida: una mirada desde Max-Neef y Sen

Desde la posición de Manfred Max-Neef, existen tres postulados que se dirigen a determinar lo que condiciona o no un proceso de desarrollo humano y por consiguiente de calidad de vida individual o colectiva. Éstos son desarrollados por el economista chileno a partir de las siguientes preguntas: [14]

-“¿Cómo puede establecerse si un determinado proceso de desarrollo es mejor que otro?” A esto Max-Neef responde que el mejor proceso de desarrollo será aquel que permita elevar más la calidad de vida de las personas.

Surge entonces un nuevo interrogante:

-“¿Qué determina la calidad de vida de las personas?” Va a depender de las posibilidades de las mismas para satisfacer adecuadamente sus necesidades humanas fundamentales.

- Pero, “¿cuáles son esas necesidades fundamentales? y/o ¿Quién decide cuáles son?”

Esta pregunta, requiere de un análisis más profundo, en el que podamos determinar o encontrar factores condicionantes de la calidad de vida, sin descartar a la persona como un ser con necesidades múltiples e interdependientes, las cuales a su vez constituyen un sistema donde interrelacionan e interactúan (comunidad – sociedad).

Para Max-Neef hay unas necesidades existenciales y otras axiológicas, entre las primeras están: ser, tener, hacer y estar; y entre las segundas: las de permanencia, protección, afecto, entendimiento, participación, ocio, creación, identidad y libertad, las cuales para su análisis son integradas y combinadas en una matriz propuesta por el mismo autor.

En el presente trabajo de investigación, se han complementado los referentes en torno al tema con la propuesta de Amartya Sen. En su libro Desarrollo y Libertad[15], Sen resalta

que para lograr el desarrollo se requiere la *“libertad individual, asumida como un compromiso social”*. Sin olvidar la libertad como un don recibido, con el que podemos actuar, tomar decisiones, pero a su vez limitada por nuestra propia responsabilidad individual, pues todo lo que hagamos tendrá una connotación social. Así como Sen lo anota, la libertad según indicadores del desarrollo ha sido de gran influencia en el crecimiento económico por el *“aumento de la variedad de alternativas efectivas entre las que pueden elegir los individuos”*. Esto nos permite aprovechar las oportunidades ofrecidas por la libertad para contribuir en el concepto global de los procesos del desarrollo humano.[15]

La libertad individual facilita conjuntamente explorar las capacidades humanas que de una u otra manera dependen de nuestros modos de vida, educación y formación para relacionarlo con las capacidades productivas e integrarlas ya a nivel social en el mismo capital humano con el fin de superar las condiciones actuales. Es la propia capacidad de agencia lo que permite la participación social y la búsqueda del cambio.[15]

Asimismo, según Sen la exigencia de la igualdad de logros sería muy injusta si no se consideran los aspectos agregativos, ya que todas las personas verían limitadas sus realizaciones por los individuos con menor potencial. Sen parte de que los individuos gozan de una dotación de habilidades diferente, cuestión que debería tenerse en cuenta. A partir de esto, el criterio de justicia incorpora la necesidad de que las personas con menores ventajas deben tener un trato preferencial de forma que puedan acercarse a su máximo potencial, sin con esto anclar las posibilidades de los individuos con mayores ventajas.[15]

Aun así, dice Sen, si se quiere movilizar a la gente, la visión de la sociedad perfecta es importante. Libertad, igualdad y fraternidad, por ejemplo, es buen eslogan de la Revolución Francesa. La retórica es importante y hay que hacerla bien, pero también hay que decir que cualquier cosa puede convertirse en víctima de la retórica. Eso es algo que debe tomarse muy en serio, porque los resultados pueden ser contraproducentes y apartarnos de lo que realmente tratamos de hacer. La retórica del mundo perfecto puede convertirse en una barrera al progreso, e incluso un instrumento que se vuelve contra el cambio.[15]

3.2 Sistema de salud colombiano

El sistema de salud en Colombia se encuentra regulado por el gobierno nacional siendo responsable directo el Ministerio de Salud y Protección Social por mandato constitucional, la Comisión De Regulación En Salud (CRES) y la Superintendencia Nacional De Salud que vigila y controla a los actores del sistema. El sistema vigente en Colombia está reglamentado por la Ley 100 de 1993, la cual entre otras disposiciones reglamentó el Sistema General De Seguridad Social en Salud - SGSSS integral basado en seis principios: eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación. En un comienzo, el diseño de este sistema buscó evitar el monopolio del estado sobre la salud y permitir el derecho de la competencia con la incorporación de empresas prestadoras de servicios de salud, así mismo, la creación de subsidios al sector salud para cubrir a la población con menos ingresos. Considera además, que los proveedores de salud deben tener autonomía administrativa y que los usuarios del servicio tengan el derecho a escoger libremente el proveedor de salud que desean.

El SGSSS colombiano está dividido en tres regímenes: 1. El Régimen Contributivo, que vincula a los trabajadores formales, los trabajadores independientes, los pensionados y sus familias y, se financia con contribuciones de los empleadores y empleados. 2. El Régimen Subsidiado, que vincula a la población pobre y vulnerable que ha sido previamente identificada por el Estado y se financia con parte de los aportes recaudados en el régimen contributivo y otras fuentes de ley. [16] 3. El Régimen de Excepción que incluye: Fuerzas Militares y Policía, afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, servidores públicos de Ecopetrol así como los servidores públicos de universidades públicas, estos solo participan en el sistema general mediante aportes de recursos a la subcuenta de solidaridad del FOSYGA. De otra parte, existe una porción de la población pobre no asegurada, la cual figura dentro del sistema como Vinculada, son aquellas personas a quienes se les ha realizado la encuesta SISBEN pero que aún no han accedido al Régimen Subsidiado y tienen prelación para ser atendidos en la red pública de servicios de salud.

De acuerdo con el Artículo 157 de la Ley 100 de 1993, a partir del año 2000 el SGSSS debería dar cobertura al 100% de la población colombiana a través de los regímenes ya señalados. Sin embargo, a la fecha, no se ha alcanzó la cobertura universal, lo cual se puede explicar, de una parte, por la insuficiencia de recursos para cobijar a la población vulnerable a través del Régimen Subsidiado, y de otra, por la falta de dinamismo en la creación de empleo en el sector formal la cual determina el aumento de la población beneficiaria del Régimen Contributivo. Lo anterior plantea una doble dificultad para ampliar las coberturas de salud a través de los regímenes existentes debido a que su financiación depende esencialmente de la generación de empleo formal. [16]

Las aseguradoras son entidades públicas o privadas que afilian a la población, actúan como intermediarios y administradores de los recursos que provee el estado en forma de prima anual denominada Unidad De Pago Por Capitación – UPC, y los prestadores de los servicios de salud. Estas aseguradoras son las Entidades Promotoras De Salud – EPS (EPS-Subsidiado y EPS-Contributivo), las administradoras de fondos de pensiones – AFP, y las Aseguradoras De Riesgos Profesionales – ARP. Las Instituciones Prestadoras De Salud – IPS son los hospitales, clínicas, laboratorios, las mismas EPS, etc., que prestan directamente el servicio a los usuarios y aportan todos los recursos necesarios para la recuperación de la salud y la prevención de la enfermedad.

Para la financiación del sistema el Estado destina los recursos en salud los cuales son manejados por el Fondo De Solidaridad Y Garantía – FOSYGA, mediante las siguientes subcuentas: 1) Subcuenta de Eventos Catastróficos Y Accidentes De Tránsito – ECAT: esta subcuenta subsana el costo de las atenciones de las víctimas de accidentes de tránsito a través del SOAT y las víctimas de eventos catastróficos y terroristas. 2) Subcuenta de compensación: recauda el valor de la compensación en el Régimen Contributivo, es decir, el descuento de las cotizaciones recaudadas en salud y pensión que se realizan a los empleados y empleadores. 3) Subcuenta de solidaridad: recauda los recursos aportados por todos los actores del sistema con destino al Régimen Subsidiado (una parte es aportada por las personas afiliadas al régimen contributivo que tengan un ingreso mayor a 4 salarios mínimos). 4) Subcuenta de promoción: financia las actividades de educación, información y fomento de la salud y de prevención de la enfermedad, las cuales se encuentran en el Plan de Intervenciones Colectivas – PIC (antes llamado Plan de Atención Básica – PAB).

3.2.1 Modelo Neoliberal y el Sistema de Salud Colombiano

Muchas de las políticas nacionales obedecen a modelos internacionales y globalizadores y en el caso de la salud esto no es ajeno, dado que la adopción de la propuesta neoliberal, trazó los parámetros para la definición del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el marco del mercado competitivo y con injerencia del sector privado.

Mauricio Torres Tovar, en su escrito “Entre la oscuridad y la esperanza”[17], realiza un análisis comparativo entre los efectos que este modelo tiene directamente en el sistema de salud colombiano, el cual se presenta a continuación:

- *“La propuesta neoliberal ha hecho que la salud se comprenda como un bien privado de consumo, que opera con las lógicas del mercado, lo que produce exclusiones e inequidades propias del mercado, y en este sentido hay una salud para ricos (medicina privada), una salud para sectores asalariados (aseguramiento) y una salud para pobres (redes públicas de salud).*
- *En este aspecto, el modelo de gestión del riesgo ligado al aseguramiento juega un papel clave en la configuración de las actuales reformas en salud. Se puede decir que efectivamente se han incrementado las tasas de cobertura del aseguramiento, pero se han reducido las de acceso real a los servicios. Acá se hace necesario diferenciar entre aseguramiento y acceso real a los servicios. La lógica de mercado produce una serie de barreras administrativas, económicas, geográficas y culturales para el acceso a los servicios, como mecanismos para el aumento de las utilidades del actor de mercado más beneficiado: las aseguradoras privadas.*
- *Los campos de la salud pública y la promoción de la salud han sido marginados y disminuidos en su potencial transformador de la situación de salud de los pueblos latinoamericanos. Esto obedece a la lógica de mercado que los sitúa en el campo de las externalidades y los asigna como responsabilidad central de un Estado que se debilita paulatinamente. En la lógica de mercado, promocionar y prevenir la salud no es rentable; el negocio está en la venta de servicios individuales de atención a la enfermedad.*
- *Este modelo es homogeneizante, y no reconoce diferencias en términos de territorio, clase, etnia, género y diversidad sexual. Por ejemplo, son marginales los problemas básicos relacionados con la salud de las mujeres en el ámbito de la salud sexual y la salud reproductiva.*
- *Por último, es evidente que las políticas neoliberales de acuerdos comerciales refuerzan la onda privatizadora en el sector salud. Los TLC que se han suscritos por parte de México y Chile con Estados Unidos evidencian sus negativos efectos sanitarios, especialmente en relación con el tema de medicamentos por vía de los derechos de propiedad intelectual. De seguirse firmando los TLC y de concretarse el Alca, la disminución en acceso a medicamentos esenciales por parte de la población latinoamericana empeorará su situación de salud.” [17]*

Aún así, Torres sugiere que existen otras alternativas de modelos de salud (ver Cuadro 4) que arrojan mejores resultados en cuanto al impacto en el mejoramiento de las condiciones de salud, y las cuales no deben desconocerse:

“Desde la orilla de las políticas de salud garantistas se desarrolla la estrategia de Atención Primaria en Salud, apuesta mundial hecha en 1978 en Alma Ata (Kazajstán), como forma central para lograr salud para todos y todas, a través de la cual se acercan los servicios de salud a las comunidades y se rompe con barreras de acceso, al constituirse en la puerta de entrada de la población al sistema de salud.

Estas experiencias muestran cosas muy positivas:

- 1) Reconocimiento de la salud como derecho social y como bien público establecido constitucionalmente;*
- 2) Sistema de salud público, solidario, que cubre a toda la población;*
- 3) Resistencia a la privatización de los servicios de salud;*
- 4) Logros con la expansión de las APS, con alta capacidad resolutive y a menores costos;*
- 5) Resultados positivos de salud.”*

Cuadro 4 Puntos centrales que orientan el modelo neoliberal y el modelo garantista

ELEMENTOS QUE DESTACAN	MODELO NEOLIBERAL	MODELO GARANTISTA
Principios sobre los que se desarrolla	<ul style="list-style-type: none"> • Salud entendida como bien privado • El mercado regula y genera eficiencia y calidad en salud • Operan los principios de competitividad, productividad, eficiencia financiera y libre elección 	<ul style="list-style-type: none"> • Salud entendida como derecho humano • El Estado es el garante de tal derecho • Opera los principios de solidaridad, universalidad, equidad, gratuidad y eficiencia social
Elementos centrales de su desarrollo	<ul style="list-style-type: none"> • Reducción del papel del Estado en la prestación de los servicios de salud y asignación de labores de vigilancia y control del mercado de servicios • Cambio en los subsidios, de los de oferta a los de demanda • Destinación de subsidios desde una política de focalización • Se estructura a través de un modelo de aseguramiento, separando las funciones de administración de las de prestación, incorporando con esto un actor cuyo papel principalmente es el de intermediario • La financiación principal es por vía de las cotizaciones de los ciudadanos • Se ofrece un paquete básico de prestaciones • El ciudadano debe demostrar capacidad de pago para el acceso a los servicios de salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Importante papel del Estado en la prestación de los servicios de salud y en su rectoría • Se mantiene el subsidio a la oferta • No requiere subsidios y es universal • Se estructura a través de una red de prestación de servicios, que tienen como base la Atención Primaria en Salud • La financiación es por vía de impuestos generales y las cotizaciones de los ciudadanos, que van a un fondo común para luego ser redistribuido • Se ofrece un paquete de prestaciones amplio • Cada individuo accede a los servicios de salud por su simple condición de ciudadano, no tiene que demostrar capacidad de pago

Fuente: [17]

3.2.2 Debilidades del SGSSS

La intermediación y gestión por parte de las EPS es motivo de críticas y denuncias permanentes, que las califican de costosas, ineficientes y de constituir barreras de acceso entre el usuario y los médicos o las instituciones prestadoras de servicios de salud. Algunas EPS han presentado insuficiencias e ineficiencias en la red de operaciones y servicio, entre las que se incluyen casos de corrupción y el rechazo de algunos pacientes por no cumplir requisitos financieros o administrativos básicos, obligándolos a acudir a otros centros de atención y a veces a sufrir sucesivos rechazos que pueden culminar con el fallecimiento de la persona sin recibir la atención necesaria, lo que se le llama popularmente en Colombia como el "paseo de la muerte".

El plan de beneficios, sobre todo el definido hasta el 2009, era confuso, impreciso y con limitaciones que han causado que los usuarios tengan que acudir ante los estrados judiciales con el fin de interponer tutelas para la garantía de su derecho a la salud y de acceso a los servicios de salud, lo cual ha causado congestión en estas instancias obligando a la Corte Constitucional a expedir un fallo (Sentencia T-760 de julio de 2008) conminando al gobierno a solucionar los problemas del sistema.

Después de casi 20 años de la creación del SGSSS, se observa además, que aún parte de la población carece de seguridad social; los planes de beneficios en el régimen contributivo y en el subsidiado aún difieren; hay deficiencias en la calidad de la atención y no todos los hospitales públicos se han modernizado; se necesita fortalecer la función de supervisión por parte de las entidades pertinentes y la sostenibilidad financiera del sistema está constantemente en riesgo.

3.2.3 La ACIT y el SGSSS

En el proceso organizativo de la ACIT, se acompañó la consolidación del área de la salud, mediante la conformación del Comité de Salud. Esto implicó el aporte de elementos para el entendimiento del sistema de salud colombiano y su escenario socioeconómico, así como el proceso de potenciación de redes de atención a problemas prioritarios como la red contra la mortalidad materna y perinatal, red de nutrición, red del adulto mayor, red del buen trato, red de discapacitados y red de jóvenes.

Como lo comentó Jair Ospina, coordinador del Plan de Atención Básica del municipio de Inzá en el año 2004, en entrevista realizada para la elaboración de este estudio:

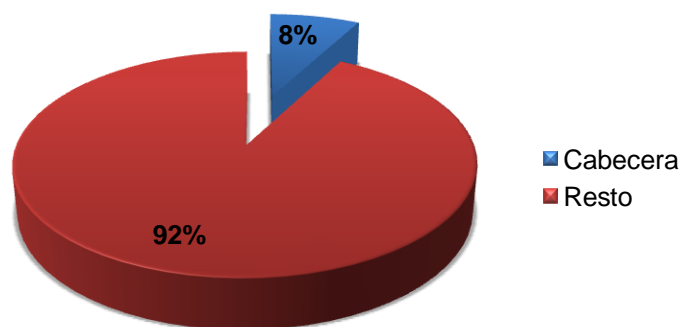
“en lo primero se intentó que las directivas de la ACIT conocieran los fundamentos y estructura del sistema de salud del país, al igual que sus limitaciones. Del mismo modo, las limitaciones legales para el manejo de los recursos sanitarios en el escenario local. En lo segundo se intentó posicionar a las redes en el PAB, permitiendo que el acumulado de experiencias en cada una de éstas tuviera un asidero económico para desarrollar una parte de sus planes”.

3.3 Perfil epidemiológico sociocultural

3.3.1 Estructura de la población

El municipio de Inzá se caracteriza por ser eminentemente rural contrastando con la tendencia nacional que apunta hacia la concentración de la población en los grandes centros urbanos, situación que se refleja en la siguiente gráfica:[18]

Gráfico 1 Distribución de la población según procedencia. Inzá, 2008



Fuente: Proyecciones DANE 2008

- **Población Campesina**

Tierradentro como territorio ha sido construido por instituciones e investigadores como un territorio mayoritariamente indígena nasa, dentro de esta construcción se ha incluido a Inzá como municipio de Tierradentro. Al examinar los datos poblacionales manejados por el Plan de Desarrollo del Municipio, como también por el Esquema de Ordenamiento Territorial de Inzá, las cifras que se manejan son distintas. Según los censos y las proyecciones manejadas por el DANE con relación a los datos poblacionales la mayoría de población es mestiza y campesina.[18]

Las mayores concentraciones poblacionales se encuentran ubicadas en los corregimientos y en la cabecera municipal. Teniendo en cuenta la distribución político-administrativa del municipio, en la Tabla 1 se observa la distribución en los corregimientos en donde se encuentra la población campesina.[18] *“Los datos poblacionales son los correspondientes a la población identificada como campesina y reportadas en el SISBEN, la población indígena no se tiene en cuenta en los procesos de sisbenización”*. [18]

Tabla 1 Población campesina por zonas

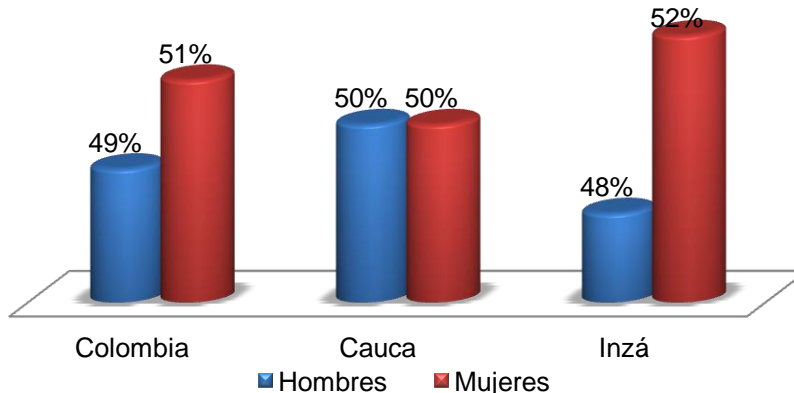
Zona	N° habitantes	Porcentaje
Pedregal	3949	31,6
Turminá	3408	27,3
Topa	2164	17,3
Centro	1554	12,4
Occidente	787	6,3
San Andrés-Segovia	638	5,1

Fuente: Diagnóstico Rural Participativo -ACIT 2004[6]

▪ Población por sexo

La proporción que tanto los hombres como las mujeres representan del total de la población del municipio es muy similar a la que se presenta a nivel nacional y departamental.

Gráfico 2 Distribución de la población por sexo. Inzá, 2008

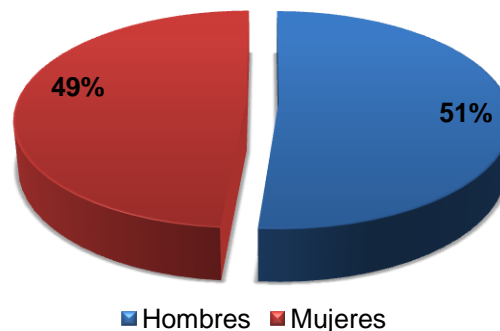


Fuente: Proyecciones DANE 2008.

▪ Población Por sexo Sector Campesino De Inzá

Con respecto al género masculino y femenino la población campesina está distribuida en un 51.3% hombres y 48.7% mujeres. La mujer campesina inzaeña se caracteriza por ser uno de los pilares fundamentales del proceso político - organizativo de la asociación, en la medida que en cada una de las actividades programadas por la misma cuenta con la participación activa de ellas. Los hombres campesinos por su parte se caracterizan por su capacidad de trabajo y organización tal y como lo demuestra el nivel organizativo en el que se encuentra la ACIT. Ellas y ellos van juntos en la búsqueda de mejorar las condiciones y niveles de vida de su generación y de las que están por venir.[6]

Gráfico 3 Población por genero sector campesino de Inzá



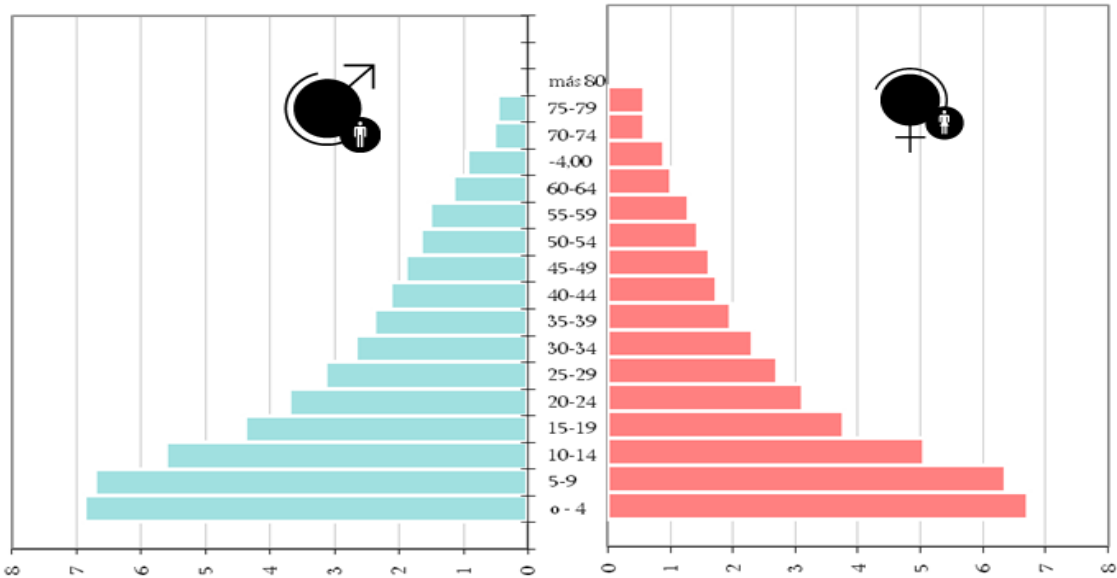
Fuente: Diagnóstico Rural Participativo -ACIT 2004.

▪ Población general por grupo de edad y sexo

Inzá presenta una pirámide poblacional entre expansiva y constrictiva donde la mayoría de sus habitantes son menores de 25 años. Esto hace que tenga un índice de

dependencia de vejez del 15%; es decir que por cada 100 personas menores de 15 años hay 15 mayores de 65 años y de dependencia global del 84%; es decir por cada 100 personas en edad productiva hay 84 que depende de estos.

Gráfico 4 Pirámide Poblacional. Inzá, 2008



Fuente: Proyecciones DANE 2008.

▪ **Población Campesina Según Grupos De Edad**

La información poblacional manejada por rangos de edad son datos tomados de los listados de afiliados del SISBEN y confrontados con la información recolectada con la aplicación de encuestas por la ACIT. La mayoría de la población campesina se encuentra comprendida especialmente entre los 12 y 48 años, edades que además dentro del contexto campesino son consideradas aptas para hacer parte del medio laboral, tomando en cuenta además que los niños campesinos desde muy temprana edad participan de las actividades propias del medio para sembrar la tierra, haciendo parte de la dinámica de enseñar a partir de la propia vivencia.[6]

Tabla 2 Composición poblacional por grupos de edad, sector campesino. Inzá, 2004

Rangos de edad	No. personas	%
< 1 año	325	2,60
1 a 5	1445	11,56
6 a 16	2930	23,44
17 a 26	2300	18,40
27 a 37	1372	10,97
38 a 48	1081	8,64
49 a 59	850	6,80
60 a 69	599	4,79
70 a 79	344	2,75
> 80	99	0,79

Fuente: Diagnóstico Rural Participativo -ACIT 2004[6]

3.3.2 Morbilidad General

Las 10 primeras causas identificadas por consulta externa en el año 2008 fueron las siguientes (ver Tabla 3):[18]

- **Caries dental:** ocupa el primer lugar en morbilidad general afectando principalmente al grupo etario de 15 a 44 años seguido por el grupo etario de 5 a 14 años. La baja calidad de los servicios de salud oral en el municipio; el bajo nivel socioeconómico de la población que dificulta la adquisición de elementos para la higiene oral y una cultura más curativa que preventiva, comprometen significativamente la salud oral de la población inzaeña.
- **Rinofaringitis aguda o resfriado común:** segunda causa de morbilidad general, la población más afectada está entre 1 y 4 años; los cambios bruscos de temperatura que se presentan en esta región; el hacinamiento, la desnutrición y el desconocimiento de los signos de alarma de las infecciones respiratorias agudas pueden llevar a desarrollar complicaciones y la presencia de cuadros recurrentes de las mismas.
- **Parasitosis intestinal, diarrea y gastroenteritis:** el 74% de los casos registrados comprometieron a la población menor de 14 años en donde este cuadro cobra mayor gravedad por el riesgo de deshidratación y desnutrición; en un contexto en donde se utiliza agua no apta para el consumo humano, hay prácticas higiénicas inadecuadas, el nivel académico de las madres es bajo, se sabe de la importancia del uso del suero oral pero se desconoce su fórmula para la preparación del suero casero o no se cuenta con los recursos para comprarlo y se encuentra con frecuencia que las creencias populares asocian a la diarrea con traumas físicos (caídas) o emocionales (susto) por lo que para su manejo se busca la respuesta en la medicina tradicional.
- **Hipertensión esencial primaria:** la población más afectada supera los 45 años y se encuentra asociada a hábitos alimenticios inadecuados como el sedentarismo, alcoholismo y obesidad; los cuales se ven agravados por prácticas culturales alimenticias basadas en el alto consumo de grasas y carbohidratos; el “chichismo” (consumo de chicha) y tabaquismo y las prácticas deportivas casi siempre acompañadas del consumo de alcohol.
- **Infecciones de vías urinarias y vaginitis aguda:** la población más afectada se encuentra entre el rango de 15 a 59 años de edad en el municipio de Inzá; una de las causas se debe al inicio de relaciones sexuales a muy temprana edad asociada al no uso de métodos de protección para prevenir infecciones de transmisión sexual, e incluso la mala técnica de lavado de genitales, la higiene en general y la inadecuada infraestructura de batería sanitaria ayudan a que se incrementen estos casos.
- **Cefalea:** el dolor de cabeza fue una causa muy común de consulta en la población de Inzá entre los 15 y 44 años.
- **Lumbago:** se presentó con mayor frecuencia en el grupo de edad de 15 a 44 años y podría estar relacionada con unas inadecuadas prácticas posturales durante el desarrollo de las labores agrícolas y ganaderas que realiza a diario la población económicamente activa, también se asocia al mal uso de la técnica de levantamiento de objetos pesados, a la postura inadecuada al sentarse y a movimientos repetitivos durante el desarrollo de las labores agrícolas. Las acciones educativas en salud ocupacional podrían contribuir a disminuir esta causa de consulta.

Tabla 3 Morbilidad general según grupo etario. Municipio de Inzá. 2008

Causa No.	Diagnóstico	< 1 año	1 a 4 años	5 a 14 años	15 a 44 años	45 a 59 años	60 y más	Total casos
1	Caries de la dentina		369	1181	1437	127	43	3157
2	Rinofaringitis aguda	325	535	281	144	66	45	1396
3	Parasitosis intestinal	15	376	607	250	65	30	1343
4	Diarrea y gastroenteritis	111	569	205	173	71	49	1178
5	Hipertensión esencial (primaria)				35	285	821	1141
6	Infecciones de vías urinarias	22	101	135	548	182	138	1126
7	Vaginitis aguda	1	8	32	907	130	23	1101
8	Cefalea		11	89	264	91	66	521
9	Lumbago no especificado		1	10	198	119	74	407
10	Dolor localizado en partes inferiores del abdomen	5	30	67	179	49	41	371

Fuente: ESE Oriente Punto de Atención Inzá.[18]

3.3.3 Mortalidad General

Llama la atención, que la principal causa de muerte identificada para el año 2008, por la ESE Oriente, haya sido síntomas y signos mal definidos, lo cual invita a pensar qué está pasando con el ejercicio de los profesionales en los servicios de salud y con la formación que se está recibiendo. Una segunda causa fue insuficiencia cardiaca relacionada con algunos procesos crónicos.

A continuación se describen algunas de las principales causas de muerte en el municipio de Inzá (ver Tabla 4).

- Insuficiencia cardiaca: es la causa más común de muerte en la población mayor de 60 años y resulta como una complicación derivada de las enfermedades cardiovasculares. Por otra parte la falta de un diagnóstico oportuno y un inadecuado manejo de la enfermedad hipertensiva agudizan esta problemática.
- Cáncer: la información suministrada no permite establecer el o los tipos de cáncer por los cuales murieron 7 personas en el municipio durante el año 2008.
- Sufrimiento fetal: Estos casos pueden deberse a la baja demanda del parto institucional o la búsqueda de este cuando ya se encuentran complicaciones manifiestas; la baja calidad en la prestación de los servicios de salud y/o la carencia o alta rotación del personal de salud. A pesar de los esfuerzos del hospital local por proveer el traslado asistencial básico para la atención del parto institucional, las gestantes y sus familias siguen optando por la atención del parto en casa.
- Intoxicaciones por órgano-fosforados: no fue posible establecer si este caso se debió a una intoxicación accidental o intencional; *“sin embargo durante la realización de las mesas de trabajo comunitarias fue muy reiterativa la preocupación de las comunidades respecto a los intentos de suicidio, lo que evidencia una crisis de la salud mental de la población”*[18]. Por otra parte durante este mismo ejercicio se estableció que la mayoría de los trabajadores agrícolas no utilizan ningún tipo de mecanismo de protección durante la utilización de agro-tóxicos lo que incrementa el riesgo de intoxicaciones por esta causa.

Tabla 4 Mortalidad general según grupo etario. Municipio de Inzá. 2008

Causa no.	Diagnóstico	<1 año	1 a 4 años	5 a 14 años	15 a 44 años	45 a 59 años	60 y mas	Total casos
1	Síntomas y signos mal definidos.		1		3	2	18	24
2	Insuficiencia cardiaca.	2	1		3		15	21
3	Cáncer.					1	6	7
4	Falla hepática fulminante.				1		5	6
5	Síndrome convulsivo.		1			1	2	4
6	Sufrimiento fetal.	3						3
7	Hidrocefalia.					1	2	3
8	Shock hipovolémico.						2	2
9	Trombosis cerebral.						1	1
10	Intoxicaciones por órgano - fosforados.				1			1
Total		5	3	0	8	5	51	72

Fuente: ESE Oriente Punto de Atención Inzá.[18]

3.3.4 Aseguramiento

En el año 2009, aprendices del Técnico Profesional en Salud Pública del SENA, realizaron un diagnóstico en salud apoyado en entrevistas dirigidas a actores tanto institucionales como comunitarios, identificando problemas relacionados con cada una de las “áreas subprogramáticas” del eje de aseguramiento las cuales se encuentran en el Anexo C de este documento. Se organizaron diversas mesas de trabajo comunitario en los corregimientos del municipio de Inzá, donde se desarrolló una guía de 11 preguntas en las que la comunidad afiliada al Régimen Subsidiado manifiesta que su principal inconveniente en lo relacionado con el eje de aseguramiento radica en el desconocimiento de los derechos y deberes como afiliados al régimen subsidiado, Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POS-S), red de prestación de servicios y participación comunitaria.

Inzá tiene 29.069 habitantes según el SISBEN y listados censales de los cabildos, de los cuales 19.464 son beneficiarios del régimen subsidiado representando un 66.9% del total de la población. Estos beneficiarios están distribuidos en cinco (5) Empresas Promotoras de Salud Subsidiada (EPS-S), que funcionan en el municipio, entre ellas se encuentra la Asociación Indígena del Cauca EPS Indígena, Asociación Mutual la Esperanza “ASMET SALUD”, Caja de Previsión Social de las Comunicaciones “CAPRECOM”, Asociación Mutual Empresa Solidaria de Salud “EMSSANAR” y SALUD VIDA S.A, cada una de estas empresas con su respectivo representante o coordinador.

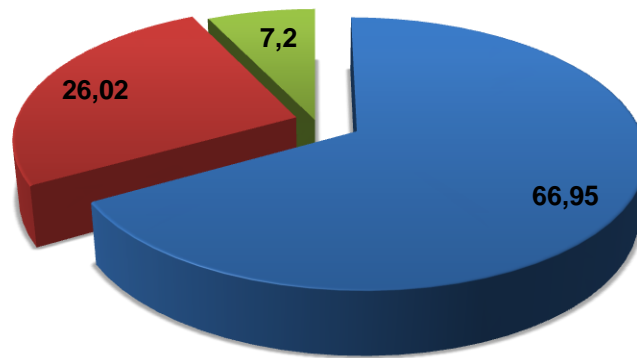
La población total con capacidad de pago o régimen contributivo representa el 6.28%, la población vinculada o también denominada población pobre no afiliada, representa un total del 26.02% (ver Tabla 5).

Tabla 5 Población según tipo de vinculación al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Municipio de Inzá. 2009

SGSS	No AFILIADOS	%
Régimen Subsidiado	19464	66.95
Régimen Contributivo	1826	6.28
Población con capacidad de pago	214	0.74
Población pobre no afiliada al SGSSS (vinculados)	7565	26.02
Total	29.069	100%

Fuente: Coordinación Régimen Subsidiado.

Gráfico 5 Población según tipo de afiliación al SGSSS. Municipio de Inzá. 2009



■ R. Subsidiado ■ Vinculados ■ R. Contributivo

Fuente: Coordinación SISBEN – Inzá, Cauca.

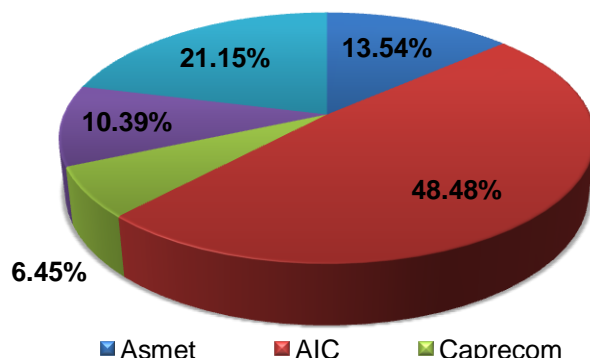
Las cinco (5) Empresas Promotoras de Salud existentes en el municipio cuentan con una oficina de atención al público y es atendida por un (1) coordinador de la EPS respectiva. Los mecanismos de participación comunitaria conformados y que operan en cada entidad son las Ligas o Alianzas de usuarios. En la Asociación Indígena del Cauca EPS indígena otro mecanismo de participación son también las reuniones de los gobernadores de los resguardos.

Tabla 6 Población afiliada al Régimen Subsidiado según EPS. Municipio de Inzá 2009

EPS DEL MUNICIPIO	No. AFILIADOS	%
AIC - EPS	9.436	48.48
EMSSANAR	4.116	21.15
ASMET-SALUD	2.635	13.54
SALUD VIDA	2.022	10.39
CAPRECOM	1.255	6.45
TOTAL	19.464	100

Fuente: Coordinación Régimen Subsidiado

Gráfico 6 Población afiliada al Régimen Subsidiado según EPS. Municipio de Inzá. 2009



Fuente: Coordinación del SISBEN.

3.4 Proceso salud – enfermedad – atención (PSEA)

Es posible comprender los saberes y las prácticas en salud que poseen y promueven los grupos sociales, a partir de una integración de los elementos simbólicos y estructurales que se dan en el proceso salud – enfermedad – atención (PSEA). Lo simbólico corresponde a los sentidos y los significados que le dan las personas a la vida, a la muerte, al bienestar, a la salud, a la enfermedad y a su atención. Lo estructural concierne a las condiciones sociales y económicas en las que esto sucede. Se entiende entonces el PSEA como una construcción individual y social a través de la cual los sujetos comprenden sus padecimientos, condicionando el/los tipos de atención a buscar para solucionarlos.[19, 20]

Existen diversas maneras de atender a la salud, ajustada cada una a formas específicas de comprender el PSEA. Las diferentes modalidades de atención a la salud, como respuesta social organizada, son hechos sociales cotidianos y constituyen una estructura necesaria para la producción y reproducción de cualquier sociedad, por lo tanto cada grupo social, —en particular aquellos cuyos rasgos y características divergen de la sociedad capitalista hegemónica— poseen saberes y prácticas en salud que además de cumplir con sus funciones específicas, los identifican.

Estos saberes en salud se pueden entender a partir de las representaciones sociales que tienen los colectivos sobre la salud/enfermedad, es decir, los discursos que tiene cada sociedad sobre la salud, la enfermedad y el cuerpo, que corresponde a la coherencia emanada de su visión del mundo y de su organización social. Las nociones en el PSEA son entonces revelaciones sobre la realidad social de los grupos en contextos determinados.[21] Estas representaciones se relacionan estrechamente con el sistema de prácticas, en tanto las moldean y orientan, y simultáneamente pueden ser producidas y transformadas a partir de la experiencia y el aprendizaje.[20]

Las prácticas en salud, como hechos sociales, son conductas pautadas culturalmente que adquieren diferentes niveles de complejidad de acuerdo al nivel de exigencia y necesidad, expresando la acción de los sujetos en la realidad mediante la asunciones de responsabilidades, funciones e interacciones con el mundo social.[20]

3.5 Formas de atención a la salud en Inzá

3.5.1 Institucionales

▪ E.S.E Oriente - Centro de Salud “Luis Adriano Pérez”

Como ya se ha mencionado, las acciones de salud las brinda básicamente la E.S.E Oriente en su Centro de salud “Luis Adriano Pérez”, el cual ofrece un portafolio de servicios que corresponden al primer nivel de atención y con los cuales se pretende hacer frente a la demanda y a las necesidades de la población. Entre los servicios prestados por esta institución se encuentran:

Tabla 7 Portafolio de Servicios del Punto de Atención Inzá. ESE Oriente. 2009

SERVICIOS ASISTENCIALES DE BAJA COMPLEJIDAD	INZA
1. Servicios ambulatorios intra y extramurales (consultas, procedimientos médicos y salud oral)	X
2. Servicio de urgencias	X
4. Atención de partos	X
5. Laboratorio baja complejidad	X
6. Ecografía obstétrica	X
7. Servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad	X
8. Fisioterapia	X
9. Transporte asistencial básico	X

Fuente: [18]

Recurso humano en salud: Para el desarrollo de sus actividades intra y extramurales el Punto de Atención Inzá, cuenta con la siguiente planta de personal:

Tabla 8 Recurso humano Punto de Atención Inzá, según tipo de vinculación. 2009

Cargo	Cantidad	Tipo de Vinculación		Total
		Contrato	Planta	
Coordinador	1	x		1
Medico urgencias	1	x		1
Medico SSO	3	x		3
Enfermera SSO	2	x		2
Odontólogo SSO	2	x		2
Bacteriólogo	2	x		2
Conductor ambulancia	4	x		4
Auxiliar de enfermería	10	x (9)	1	10
Auxiliar de enfermería (equipo extramural)	10	x		10
Higienista oral	2	x		2
Aux. Odontología	2	x		2
Auxiliar administrativo	5	x		5
Auxiliar de laboratorio	1	x		1
Auxiliar de farmacia	1	x		1
TOTAL				46

Fuente: [18]

Infraestructura: Para la prestación de servicios de salud se cuenta con la siguiente capacidad instalada.

Tabla 9 Capacidad Instalada. Punto de Atención Inzá. ESE Oriente

CAPACIDAD INSTALADA	PUNTO DE ATENCION
	INZA
Centro de salud	3 centros de salud en las zonas rurales, Calderas, Tumbichucue, Santa Teresa.
Puesto de salud (Salida Móvil Extra mural)	3 en las zonas rurales Pedregal, Turminá y San Andrés.
Camas de hospitalización	9
Camas de observación	9
Consultorios de consulta externa	3
Consultorios de promoción y prevención (enfermería)	2
Consultorios en el servicio de urgencias	1
Mesas de partos	1
Laboratorio clínico	1
Número de unidades de odontología	2
Farmacia	1
Oficina de atención al usuario	1

Fuente: [18]

▪ **Plan de Atención Básica - PAB**

El PAB durante la vigencia 2004 – 2007, estructuró de forma participativa algunos proyectos que buscaban atender las situaciones que en salud pública se hacían prioritarias. A nivel municipal se desarrollaron los siguientes:

- 1) Infancia sana para la construcción de una vida digna: Estrategia de Escuelas Saludables.
- 2) Sexualidad y responsabilidad familiar
- 3) Tiempo libre para edificar identidad
- 4) Discapacidad, organización y autonomía
- 5) Inzá sin tuberculosis
- 6) La vejez, sabiduría y orgullo
- 7) Vigilancia en salud pública para un municipio en progreso
- 8) El S.G.S.S.S de importancia para todos

Proyecto Escuelas Promotoras de Salud: Mediante la estrategia de Escuela Saludable, se llevaron los servicios del Hospital Luis Adriano Pérez de Inzá a cada institución educativa, atendiendo a la población en etapa escolar. Anualmente el PAB asignaba recursos para cada institución educativa de acuerdo a la organización de la estrategia. Esta alternativa surge dentro de un macro proyecto del PAB municipal enfocado a la población infantil, llamado: “Infancia Sana Para La Construcción De Una Vida Digna”. El desarrollo de esta estrategia permitió la conformación de la Red Municipal de Escuelas Saludables, la elaboración e implementación de la “Cartilla Para La Implementación De La Estrategia Escuela Saludable” y la inclusión de la estrategia de escuela saludable en el Plan de Desarrollo Educativo Municipal como eje fundamental.

La Institución Educativa Promoción Social Guanacas - IEPS, fue escogida para poner en marcha la estrategia de escuela saludable, porque cumplía con los criterios de selección que fueron la buena receptividad por parte de la institución, el énfasis en salud de la institución educativa y el adecuado destino de los recursos PAB Municipal 2002. Se plantearon los beneficios que la escuela saludable otorga a la institución, como el que reconoce la importancia de un entorno saludable en su dimensión física, ecológica, social

y psicológica e intenta además fomentar en los escolares su sentido de responsabilidad en el auto cuidado de la salud y un papel activo en la oferta de servicios de salud. Se partió de una información y sensibilización a la comunidad educativa, para que se apropiara del programa, un diagnóstico por área de necesidades y/o problemas.

Ejes y proyectos: Se empezó a trabajar con los parámetros establecidos por la ley general de escuelas saludables que contempla los siguientes ejes:

- Medio Ambiente Escolar Saludable: donde se reconoce que la institución no es solo instalaciones y estructura, sino también calidad, comunicación e interacción entre sus miembros y considerar que hay una dimensión física, social y emocional (conceptual, procedimental y actitudinal).
- Acciones de I.E.C. en Salud: busca facilitar que los niños descubran y refuercen todas sus potencialidades y capacidades. Cobra vida en todas las actividades escolares. Requiere de un programa de enseñanza con sus contenidos, refuerzo del currículo, planificación consecutiva progresiva, basada en: conocimiento, habilidad y práctica.
- Políticas Saludables En El Ámbito Escolar: La política se refiere a las directrices que deben regir la actuación en un campo determinado. Es necesario realizar ajustes del PEI (teleológico, pedagógico, administrativo). Fomentar compromisos en salud, bienestar y desarrollo integral, la convivencia pacífica mediante un manual de convivencia, y facilitar los medios para niños con discapacidad.
- La Participación Social y Comunitaria: Propende por el fortalecimiento de las acciones comunitarias, estimular el pensamiento crítico y el análisis reflexivo, la participación de la comunidad educativa en la toma de decisiones, fomentar el conocimiento y acciones de los derechos: vida, salud y bienestar y los servicios de seguridad social en salud para los escolares.

Con base en los datos recogidos en el acercamiento inicial, se procedió a la elaboración de los siguientes proyectos prioritarios:

- Niños nutridos, niños felices.
- Manitas limpias.
- Colitas sanas.
- Por una carita feliz.



Foto 10 y Foto 11 Grupo de niños de la IEPS – Guanacas. Danzas alusivas al cuidado de la salud oral y una adecuada nutrición respectivamente

La Línea de Investigación Salud Familiar y Comunitaria de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia, en el año 2005 visitó el municipio de Inzá con el interés de conocer el contexto de la zona, sus necesidades y prioridades y a partir de esto generar posibles convenios de cooperación mutua que permitieran el acercamiento

de la academia a las realidades de la población y encontrar así nuevas alternativas de solución a algunas de sus problemáticas. Es así como el personal del PAB municipal 2004-2007, planteó la necesidad de realizar un programa con la comunidad escolar de la Institución Educativa de Promoción Social (IEPS) Guanacas – ciclo primaria, que contribuyera al progreso de la estrategia Escuela Saludable, de allí surgió la idea de desarrollar una propuesta por etapas dentro de las cuales se han desarrollado dos proyectos: 1. La Construcción participativa del componente de salud bucal en el programa de escuela saludable en la Institución Educativa de Promoción Social (IEPS) Guanacas – ciclo primaria, municipio de Inzá – Cauca. 2. El Proyecto de construcción de la escuela como centro promotor de calidad de vida y salud en la Institución Educativa de Promoción Social (IEPS) de Guanacas, ciclo primaria en el municipio de Inzá – Cauca.

El primer proyecto se desarrolló por parte de las estudiantes de pregrado Yesenia Perdomo Pacheco y Mónica María Peña Osorio, a modo de tesis de investigación para optar al título de odontólogas, bajo la dirección de la profesora Martha Esperanza Fonseca Chaparro. A partir de las representaciones sociales del concepto salud y enfermedad y su relación con la boca, se diseñaron juegos de apoyo didáctico para la promoción de la salud y derechos de los niños (tales como el juego de la boca y su cuidado, ruleta en la cual están algunas prácticas de cuidado de la salud oral y las partes del diente), asimismo, la cartilla “La Boca... para, hablar, reír, comer, besar...” que contiene temáticas como: desarrollo de la dentición; diagnóstico temprano sobre la boca, los dientes y sus enfermedades más comunes; derechos de los niño(as); talleres para niños(as); talleres para padres, madres y profesores(as). Otro aporte fue la propuesta de desarrollar un programa de formación de niños y niñas guardias de la salud.



Cartilla: La Boca... para, hablar, reír, comer,



Juegos de apoyo didáctico para el aprendizaje de los derechos de los

A partir del análisis de la información compilada en la primera investigación, se logró estructurar un segundo proyecto que se denominó: Construcción de la escuela como centro promotor de calidad de vida y salud en la Institución Educativa de Promoción Social (IEPS) de Guanacas, ciclo primaria en el municipio de Inzá – Cauca. Entre los

referentes teóricos que fundamentaron la propuesta se encuentran el concepto de salud y enfermedad como una noción compleja, vida digna y calidad de vida, derecho a la salud, el territorio y los ámbitos de vida cotidiana. Como metodología de realización de este trabajo, se plantearon para su desarrollo cuatro fases: la primera consistió en el reconocimiento del microterritorio y de los determinantes y necesidades sociales de salud a través del ejercicio de la cartografía social, así como en la caracterización en salud de las familias de los(as) niños(as) de la institución; la segunda fase comprendió el establecimiento de un plan casero basado en la información de las dos fases anteriores y finalmente se acordó el monitoreo de este plan y de las prácticas protectoras de la salud. El plan casero se denominó: “Mejoremos Nuestro Hogar, IEPS-Guanacas” (nombre concertado con la comunidad de la institución educativa) y buscó garantizar el derecho a la salud mediante un enfoque promocional de calidad de vida y salud desde la escuela, pero fortalecido en el hogar. Se incluyó la propuesta de diseño y elaboración de huertas caseras en los hogares con mayores dificultades económicas.

En el desarrollo de estas investigaciones se evidenciaron grandes barreras de acceso a los servicios de salud, debido a problemas que ocurren en el hospital, como “falta de fichas” o más bien escaso número de profesionales en salud, el tener que desplazarse a solicitar la cita con muchas horas de anticipación con el agravante que la mayoría de las personas viven lejos de la cabecera municipal; en el caso de la población indígena que no domina el castellano, se han presentado situaciones de maltrato por parte de los prestadores de los servicios de salud o simplemente los ignoran y no atienden oportunamente.

Por otra parte, en el municipio el impacto que tuvo la estrategia escuela saludable se basó no solo en la realización de diagnósticos clínicos y sociales, sino en la real identificación y priorización de necesidades y problemas de las escuelas, que se convierten en prácticas saludables y en políticas escolares como por ejemplo: la tienda escolar saludable que enfatiza en la venta de productos propios que contribuyen a una adecuada nutrición, el fortalecimiento de prácticas de higiene personal, el mejoramiento de las condiciones ambientales de la escuela, a través de la injerencia directa en el presupuesto participativo para la inversión de los recursos correspondientes a infraestructura en educación, en especial estableciendo como meta mejorar las condiciones de saneamiento básico de las escuelas, el aumento de recursos para alimentación escolar y otros programas que tienden a mejorar la calidad de vida de los niños(as) inzaños(as).



Foto 12 y Foto 13 Niños(as) de la red de escuelas saludables

Tercera edad “Vejez, sabiduría y orgullo”: Este proyecto implicó la puesta en marcha de diferentes componentes: educativo, vivencial, lúdico, recreativo, productivo y ocupacional desde la identificación y desarrollo de habilidades y destrezas que mejoran las condiciones físicas y mentales para que las personas de la tercera edad del municipio cuenten con condiciones óptimas de salud que les permita un buen funcionamiento a partir de las condiciones propias, con base en la instauración de políticas de alimentación sana a través de la implementación de huertas individuales y comunitarias, fortalecimiento de la actividad física como fuente de prevención de las enfermedades prevalentes en el adulto mayor, el intercambio grupal como mecanismo que contribuye a la salud mental. Los anteriores componentes conjugados en las diferentes prácticas, han mejorado significativamente las condiciones de vida de los adultos mayores Inzaños(as). Durante los 4 años de implementación de la política se conformaron 12 grupos, cada uno de los cuales cuentan con un equipo de coordinación.

De la ejecución de este proyecto quedó instalada en el municipio una red de personas pertenecientes a la tercera edad, que coordina las acciones y eventos de interés para esta población. Son más de doce grupos activos que cuentan con sus propios coordinadores que funcionan en forma de red. Entre otras actividades, la red participó de manera activa, a través de sus representantes, en el proceso de construcción del Plan de Desarrollo Municipal 2004 - 2007, el Plan Territorial de Salud 2004 -2007, y los planes de acción desarrollados en el municipio durante ese mismo periodo.

Discapacidad, organización y autonomía: Este proyecto logró impactos importantes en tres ejes: en primer lugar se realizaron avances significativos en el censo para la identificación de las características socio – demográficas de los discapacitados y para determinar a qué grupo de necesidad pertenece cada uno de ellos.

Hay que tener en cuenta que el Censo DANE 2005 arrojó algunos datos sobre discapacidad, que no constituyen una fuente de información confiable, debido a que las encuestas no profundizaron sobre esta condición, el personal además no estaba entrenado en el reconocimiento de los diferentes tipos de discapacidad, por tal razón se terminaron reportando datos sin diagnósticos certeros. Por ejemplo, en él se consideran patologías transitorias como discapacidad, sin remitirse a antecedentes que permitan identificar si la supuesta discapacidad es congénita, adquirida, permanente o transitoria. El censo construido por el PAB en el año 2004, aportó elementos más profundos y objetivos, y constituyó un punto de partida importante para la definición de acciones con esta población.

Un segundo eje buscaba crear espacios de sociabilización entre los discapacitados, sus familias y la comunidad. De esta manera se lideraron desde el PAB Municipal 2004 - 2007 una serie de actividades de sensibilización para las personas con discapacidad, para las familias y para la comunidad en general, sobre el reconocimiento de los derechos de las personas con discapacidad. También se realizó anualmente la celebración del día de la discapacidad.

En tercer lugar se creó y fortaleció la Red Municipal de atención a las personas con discapacidad. Esta red estableció una alianza con el Centro Integral de Rehabilitación de Colombia, CIREC, con cuyo apoyo se creó el Grupo Semillas de Esperanza, fomentado además desde la administración municipal e integrado por personas con discapacidad y

líderes interesados en el tema. Esto permitió la conformación de la Asociación de Personas con Discapacidad del Municipio de Inzá – ASODINZA, que cuenta con personería jurídica la cual lideró y continúa liderando todas las actividades y proyectos que tienen que ver con su objeto.

La Red de Discapacidad y ASODINZA son organizaciones legítimas y representativas del sector de discapacidad, y en este momento son interlocutores con la administración municipal en el proceso de construcción del Plan Territorial de Salud, y dentro de él, de los planes de acción que tienen que ver con el tema de discapacidad. ASODINZA ha gestionado la firma de convenios con la Secretaría Departamental de Salud del Cauca con el objeto es avanzar en el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación física y fortalecimiento organizativo de las personas con discapacidad.

3.5.2 Medicina Tradicional Indígena

En el municipio de Inzá se encuentran las etnias Nasa, Coconuco y Guambiana (esta última en menor número), organizadas en la Asociación de Cabildos Indígenas Juan Tama. Esta se compone de seis resguardos: Calderas, Tumbichuque, Santa Rosa, San Andrés, Yaquivá y la Gaitana, y tres cabildos: San Miguel, Turminá y Tum Dxi.

Su objetivo a través del tiempo ha sido el de reconstruir y fortalecer un plan de vida que recoja toda su historia, su pensamiento, sus luchas, su forma de organización y finalmente que plantee las proyecciones que se están realizando para responder a las condiciones actuales de la vida. Es por eso, que su cultura se ha caracterizado por mantener una historia de reflexión, lucha y resistencia frente a las intervenciones que han hecho en sus territorios.

▪ **Proceso salud - enfermedad – atención entre la población indígena**

Desde hace más o menos 20 años viene trabajando la Asociación Indígena del Cauca (AIC EPS-s) como sistema de salud indígena, con vigías de salud. Romper paradigmas y hacerse respetar por lo que son, no fue tarea fácil como lo mencionó Porfiria Rivera, auxiliar de enfermería y coordinadora zonal de salud indígena: *“al indígena lo tenían como el que no sabe, el que no puede”*, pero aún así ellos se organizaron al ver que no había unas políticas claras de salud por parte del estado. Con la Constitución Política de 1991 se abre un espacio a las comunidades indígenas para conformar su propio programa de salud.

Exigieron los derechos como indígenas en el año 1997, logrando su reconocimiento en la Ley 100 y conformaron la AIC (Asociación Indígena del Cauca) ARS (hoy EPS), de la cual todos son socios. En el Cauca existen 7 IPS indígenas que se encuentran en proceso de habilitación, en el cual han tenido algunas dificultades porque se aceptan los vigías de salud. Aunque estas personas se capacitan en el Hospital, buscan que una escuela de salud se acerque y los capacite como auxiliares y promotores.

Ejes que consolidan la IPS indígena

- a) Promoción y Prevención (PyP): “Armonía y Equilibrio”, resalta la relación hombre - naturaleza, porque de ahí parte la salud.
- b) Embarazo: “Mujer Generadora De Vida”.

- c) Niños menores de 12 años: “Despertar De La Semilla” (se emplean tablas de crecimiento adecuadas para la comunidad indígena).
- d) Autonomía alimentaria: Este programa se compone básicamente de la huerta y recuperación de semillas como la Quinua, clases de maní, papa, coca, caña de azúcar. Además, de la elaboración y procesamiento de alimentos nutritivos para la venta y el consumo propio.
- e) Coordinación institucional.
- f) Medicina Tradicional como principal forma de atención: La medicina tradicional se proporciona a la comunidad por medio de recursos propios, rituales y sitios sagrados (lagunas, cerros, montañas).

Personal que brinda la atención

La IPS como institución cuenta con profesionales y técnicos que ofrecen servicios de medicina occidental como enfermeras superiores, auxiliares de enfermería, promotoras y vigías de salud, al igual que médicos tradicionales, parteras, sobanderos y pulseadores.

- **Médicos tradicionales:** Los Médicos tradicionales ó Th'e Wala surgen como respuesta a las necesidades sociológicas y fisiológicas de las comunidades indígenas. Para llegar a desempeñarse en su comunidad, requieren una preparación de muchos años conociendo y manejando las hierbas especialmente las de “tierra fría”. Se considera que este conocimiento se logra por “iluminación divina”, así como lo mencionó Don José Santos, médico tradicional del resguardo de Calderas: *“El médico solo es un instrumento y Dios actúa dando la sanación a través de las hierbas”*.

La significancia de las hierbas es muy grande, por eso el respeto que profesan por la tierra y por lo que ella emana, todo exige el mayor respeto y por esto es que son muy celosos en lo que saben y practican, especialmente con el hombre occidental, pues consideran que este solo busca conocer sus saberes y aprovecharse pero no que se le dé el adecuado manejo. Cada patología, cada persona, cada situación tienen un tratamiento diferente, nunca es igual para todo el mundo a no ser que sea un ritual colectivo como el de refrescamiento pues este lo que busca es alejar malas energías o malos espíritus y retornar a la paz espiritual llevando el cuerpo a experimentar en ciertos momentos una sensación de “teletransportación”.

El médico cuenta casos de personas que han llegado a sanarse y de otras que no han podido requiriendo ser remitidos al hospital. Además, como él mismo lo manifiesta: *“no todos los Th'e Wala saben manejar sus conocimientos para el bien sino que los utilizan por el contrario, para causarle daño a otras personas, empleando los conocidos maleficios o mala voluntad”*.

- **Parteras:** Son las encargadas de la reproducción biológica y social del grupo; dentro de sus funciones primordiales se encuentra el defender el papel de la mujer cuyo único fin puede ser prolongar la existencia de su comunidad. Ellas llegan a practicar el parterismo por predestinación cultural que es anunciada por “sueños” o “visiones” que marcan su destino ya que según las especialistas estas no están determinadas por lo que ellas quieren. [22] Su labor es reconocida no solo por la comunidad; pues el hospital local mantiene un trabajo con ellas compartiendo conocimiento e intercambiando experiencias, e involucrándolas en las labores propias del hospital, permitiendo que ellas tengan una

labor de atención en lo inmediato y facilitando que “remitan” al hospital los partos complicados.

- **Sobanderos:** Su función principal es asistir a las personas que han sufrido accidentes como dislocaciones en sus articulaciones y fracturas en sus huesos, utilizando como técnica la sobada y el uso de la entablillada. Estos especialistas también utilizan plantas para los dolores y la hinchazón en tejidos blandos. [22]

- **Pulseadores:** El pulsero es el encargado de tratar los casos en los cuales existe descontrol del pulso de las personas por diferentes causas (susto, antojos, etc.), su técnica consiste en sentir los pulsos en la muñeca de la mano y con base en esto puede obtener una interpretación o un diagnóstico y por lo tanto formular una terapéutica que generalmente consiste en alimentos, plantas, consejos y también rituales para controlar el pulso.[22]

3.5.3 Medicina popular

En relación con las diversas formas de atención popular, Virginia Gutiérrez de Pineda [23], menciona que:

“El sector popular es el más estudiado, el más amplio, y abarca varios niveles: individuo, familia, redes sociales, creencias y actividades de la comunidad. No es profesional, ni especialista, constituye el campo de la cultura popular en el cual la enfermedad se define primero, y se inician las actividades de la atención de la salud, del cual sale el enfermo, a sus instancias, para ser curado y después de lograrlo, retomar a él para evaluar y decidir que se hará luego. (...) Desempeña un papel trascendente, pues aunque es creencia común que el profesional organiza el cuidado de la salud del enfermo, en la realidad es este sector el que la activa diciendo cuándo y a quién consulta, si se queja o no, qué tratamiento decide entre varias opciones, cuándo la atención ha sido efectiva o está satisfecho de su calidad En este sentido, sus funciones constituyen la fuente fundamental y determinante más inmediata de la atención.”

Se considera que el individuo recurre siempre como primera medida a alguno de los sistemas médicos tradicional (u oriental) ó al occidental. Pero se olvida que el *“tratamiento efectuado por la familia y el individuo en el hogar, es la primera intervención terapéutica a la que se recurre en un amplio número de culturas”*. [23]

En este sentido, se entiende también que las formas populares de atención en salud hacen parte de constructos sociales que se desarrollan a nivel familiar y social y que así mismo se heredan.

Ejemplo de las formas más comunes de este tipo de atención es el uso de hierbas y remedios caseros, el acudir a “teguas” o médicos y dentistas empíricos, parteras, e incluso creer en la santería como los milagros que puede realizar San Gregorio.

4. La ACIT y sus procesos de movilización social en salud

“Los movimientos sociales contemporáneos son profetas del presente. Lo que ellos poseen no es la fuerza del aparato, sino el poder de la palabra. Anuncian los cambios posibles, no en el futuro distante sino en el presente de nuestras vidas; obligan a los poderes a mostrarse y les dan una forma y un rostro; utilizan un lenguaje que parece exclusivo de ellos, pero dicen algo que los trasciende y hablan por todos nosotros.”

Alberto Melucci [24]

Con el propósito de dar respuesta a las preguntas que orientan el estudio, se pretende dar claridad acerca de la perspectiva desde la cual se abordó la investigación; presentando una aproximación al concepto de movilización social, movilización social en salud y actores sociopolíticos, pero relacionados estos conceptos con los procesos adelantados en el municipio de Inzá por parte de la ACIT.

4.1 Movilización social en salud

La movilización social per sé, no tiene una definición clara y delimitada, pero para el desarrollo del presente estudio, su abordaje se realizó desde el concepto de procesos organizativos complejos e interconectados que construyen diversos actores sociales, mediante múltiples mecanismos en torno a unas necesidades y unos objetivos comunes y plurales. [25]

Muchas de las causas asociadas a su expresión son el limitado y sobre-explotador espacio del modelo de crecimiento productivo e intervención pública - social, los efectos perversos de su imposición, la estrechez del espacio político y la ineficiencia de las mediaciones político – institucionales, la reacción a políticas, programas o proyectos del estado, la búsqueda de solución a sus apremiantes problemas y otras causas que surgen de acuerdo al contexto social, político o económico. [26]

En consecuencia y de acuerdo a caracterizaciones previas de diversas movilizaciones, los principales motivos y demandas que se buscan reivindicar están asociadas a necesidades y espacios vitales, servicios públicos (ya sea por ausencia, deficiencia, mejoramiento y tarifas), infraestructura básica (hospitales, vías, puentes, escuelas),

salud, educación, abusos de las autoridades, demandas de autonomía territorial y reconocimiento étnico, entre otras. [26]

En el campo de la salud, se asumen los procesos de movilización social para el desarrollo de la participación genuina y del empoderamiento⁷, como otra de las estrategias relevantes de la participación social, bajo el argumento de que tienen en cuenta que la población es sujeto y no sólo objeto del proceso. Según las circunstancias cada miembro de la comunidad puede tomar parte en la construcción y producción de la salud, en las que intervienen además del sector salud otros sectores y la población en forma individual u organizada. [2]

4.1.1 Movilizaciones en salud realizadas por la ACIT

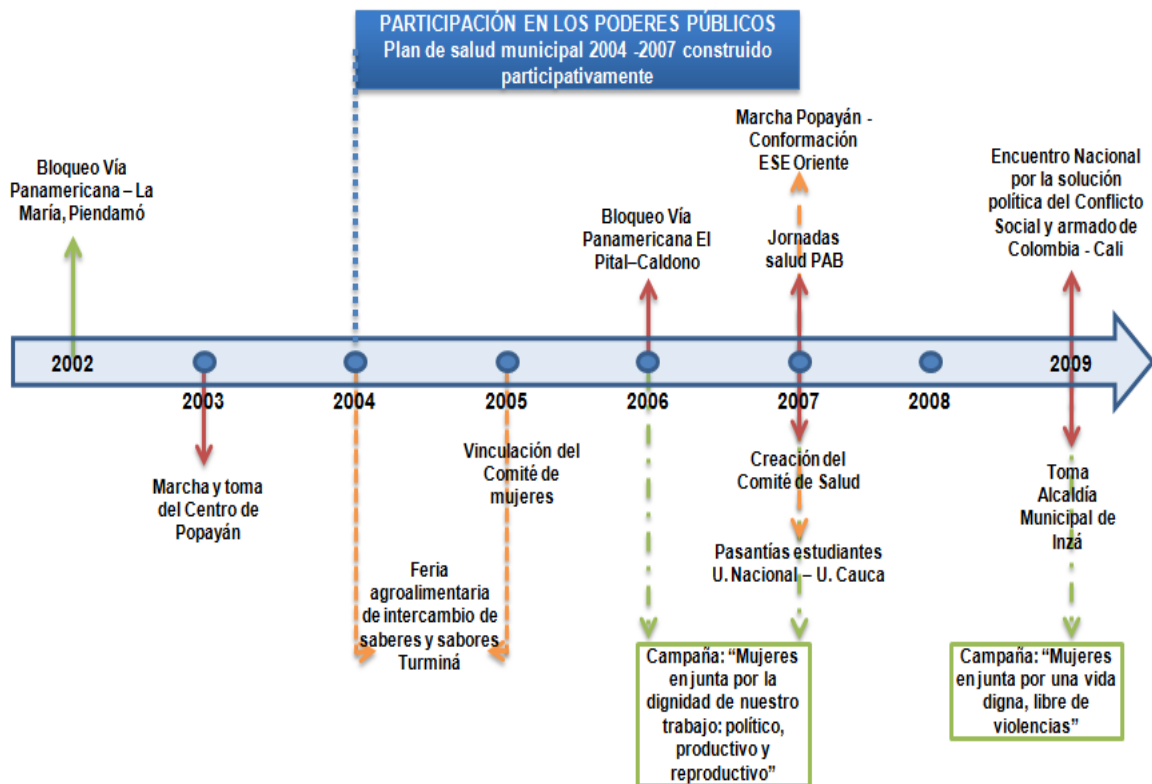
Aunque muchas de las movilizaciones adelantadas por la ACIT han sido motivadas principalmente por problemas de tierras, educación y reconocimiento como población campesina, entre otros temas, la salud ha estado presente en todas ellas por ser uno de los derechos más vulnerados en la población rural.

A partir de las estrategias y formas de movilización descritas en el apartado anterior, se puede mencionar que algunas de las que han sido empleadas por los miembros de la ACIT, son: el uso intensivo del espacio público, multitudinarias concentraciones, marchas, mítines, cabildos abiertos, ocupación de oficinas públicas, mingas, campañas, manifiestos y comunicados, actos culturales públicos, brigadas y jornadas de salud.

A continuación se describen las principales movilizaciones realizadas por los campesinos en el municipio de Inzá por tipo y de manera cronológica, durante los años 2002 a 2009 (ver Esquema 3):

⁷ El empoderamiento se entiende como un proceso mediante el cual los individuos y la población colectivamente se fortalecen, se apoderan de conocimientos y destrezas que los habilitan para tomar decisiones informadas. Se requiere para lograrlo de una socialización del conocimiento técnico científico, dando lugar a la adquisición de habilidades que permitan la toma de decisiones en favor de la salud y de resistir las presiones del medio para lo cual resulta fundamental la acción de los procesos educativos formales e informales así como del uso de los sistemas de comunicación social. En la medicina el éxito en la prevención primaria y manejo de un número grande de enfermedades dependen finalmente de la transformación de estilos de vida y de decisiones individuales cuya adopción están fuertemente condicionadas al empoderamiento de los individuos y grupos; es bien conocido el aforismo en el control de la diabetes cuando se dice que “la educación no es sólo parte del manejo de la diabetes, sino que es su tratamiento”. Igualmente vale la pena recordar la posible procedencia de la palabra “doctor” de la voz latina “docere”, enseñar, educar; sin embargo, es necesario asegurarse que se educa para empoderar y no tan sólo para informar.

Esquema 3 Movilizaciones en salud adelantadas por la ACIT. 2002 - 2009



1) Marchas, bloqueos, mítines y tomas cívicas:

a) Bloqueo Vía Panamericana – La María, Piendamó – Marcha y toma del centro de Popayán: La María es un resguardo indígena⁸ ubicado en el municipio de Piendamó, Cauca, en el suroccidente colombiano. Desde el año 1999, los indígenas lideran bloqueos a la vía Panamericana a la altura del resguardo La María, en búsqueda del diseño de una política que comprendiera aspectos como la territorialidad, medio ambiente, derechos humanos, economía y seguridad alimentaria; la evaluación y seguimiento de los acuerdos suscritos con el gobierno nacional; la búsqueda de financiamiento de estas propuestas; el establecimiento de convenios interinstitucionales para su ejecución; la elaboración de recomendaciones para la formulación e implementación de políticas sociales de salud y educación.[27]

En los años siguientes (2000 - 2004), se presentan nuevos bloqueos a esta vía e incluso toma cívica a la ciudad de Popayán, con el objetivo de protestar por el incumplimiento de promesas por parte del gobierno, pero con la unión de las diversas organizaciones campesinas del Macizo Colombiano. Este proceso trascendió las reivindicaciones campesinas y congregaría la participación de sectores sindicales, universitarios y, principalmente, del movimiento indígena.[27]

⁸ El resguardo es un territorio delimitado, de propiedad comunitaria, donde viven una o varias comunidades indígenas bajo una forma de organización y autoridad propia. Jurídicamente se definen como una institución legal y sociopolítica de carácter especial.

Son características de la protesta la expresión y la demanda por inclusión de reivindicaciones sociales. La protesta, además de dirigirse a transformar un orden de cosas existente, también se manifiesta en la alteración temporal de ese mismo orden. Una acción como el bloqueo de carreteras o cortes de ruta pretende incidir sobre el orden socioeconómico, es decir, sobre el proceso de producción, distribución e intercambio de productos y sobre la circulación de personas. Esta intención se caracteriza por ser puntual y específica, sin embargo, compromete mucho más que una simple manifestación de descontento, en tanto que la protesta busca incluir dentro de las agendas políticas de los Estados nacionales y locales, la respuesta a demandas sociales de un grupo en particular. El bloqueo de carreteras se constituye como una modalidad de acción pero también se configura como una forma de participación política sectorial.[27]

Se busca deslegitimar los procesos de movilización con expresiones como las del exministro de Protección Social Diego Palacio, quien proclamaba *“que los paros y las protestas, especialmente la registrada en el Cauca por los indígenas, no son coincidencias en el tiempo sino que existe un interés que busca desestabilizar, confrontar y hacer oposición política al Gobierno Nacional”*. Y se vulnera el derecho a la manifestación por parte del Estado así como claramente lo dijo el expresidente Álvaro Uribe Vélez en el año 2002 frente a este bloqueo: *“Eso no se permite. Le dije a la Fuerza Pública, les dije a los comandantes: más se demora un intento de bloqueo que la Fuerza Pública llegue a ese sitio”*. [5]

b) Gran movilización por conformación de la ESE Oriente: Simultáneo a la ejecución de la Política Pública en el PAB 2004-2007, se vivió la reestructuración del sistema departamental de Salud, proceso que generó gran movilización social e intensos debates que involucró la unión de las distintas organizaciones sociales (indígenas, campesinos, afrodescendientes, mujeres, etc.) y en los que la ACIT fue un actor clave. La experiencia de construir y liderar las políticas del plan de salud pública a nivel local, y de administrar los recursos del régimen subsidiado en el municipio aportaron un gran conocimiento sobre el manejo de la política pública y sobre las necesidades prioritarias en este sector.

Esta experiencia impuso la necesidad de conformar un equipo desde la organización que desarrollara ejercicios de formación con el objetivo de empoderar a la comunidad frente al derecho a la salud y la seguridad social y que generara e impulsara procesos de movilización social alrededor de la exigibilidad del derecho a la salud; y así se conformó un equipo que viene realizando gestiones con entes públicos y privados y ha logrado realizar en el municipio de Inzá programas asistenciales, para subsanar algunas demandas básicas relacionadas con la atención en salud.

Luego de este proceso de reorganización de servicios, los campesinos consideran que siguen en la misma situación, es decir que continúan con las mismas problemáticas en salud y sienten que de algún modo el acceso a los servicios se ha ido privatizando al ser entregada su administración a empresas ajenas al Estado.

En este sentido, uno de los miembros de la ACIT y que ha estado vinculado desde sus inicios, comentó lo siguiente:

“Pero desgraciadamente, las leyes son leyes, y las hacen cumplir. Entonces, el que viene a pagar los platos rotos, es la comunidad y la gente campesina,

indígena, los menos favorecidos, siendo nosotros los que entramos a sufrir. Porque, de todas maneras recuerdo tanto, que cuando decíamos que no, nosotros no queremos la privatización de la ESE por parte de la Dirección Departamental de Salud, que no queríamos que se crearan ESE's en el departamento del Cauca, pues lastimosamente se dio eso y tocó aceptarlo. Pero yo creo que a nivel de las comunidades y con la ayuda de las capacitaciones, las reuniones, el empoderamiento, se logra nuevamente evitar que se le vulneren los derechos a la comunidad. Entonces, yo pienso que así como vamos y si la población sigue unida y se logran hacer más manifestaciones, estaríamos dispuestos a hacerlas, pero, el hecho es que nos garanticen como tal, los derechos que tenemos como campesinos y como indígenas.”



Foto 14 Gran movilización social 2007 por conformación de ESE Oriente

c) Movilización social en reclamación por deficiencias en la atención por parte de la IPS pública - 2009: Dos años después de iniciado el proceso de conformación de la ESE ORIENTE que opera en Tierradentro, la comunidad evidenció “*un virtual colapso en los servicios de salud los cuales no ofrecían una cobertura adecuada, una comprobada ineficiencia por parte de la institución, el énfasis mercantilista que pone en entredicho el derecho a la salud, y una enorme incapacidad de respuesta frente a las necesidades comunitarias y frente a amenazas como una eventual erupción del Volcán Nevado del Huila*”. [28]

Además, advirtieron retrocesos importantes en términos de cobertura de programas de vacunación, programas especiales y en aspectos tan sensibles como el control epidemiológico y la vigilancia del índice de mortalidad materna y perinatal. Mencionan que para ese año, estas acciones se encontraban a la deriva con imprevisibles consecuencias en el mediano plazo.

Ante esta situación, organizaciones sociales de Inzá como la ACIT, JUAN TAMA y el Comité Municipal de Maestros, deciden iniciar un proceso de movilización social con el fin de buscar soluciones de fondo a esta problemática.

Manifiestan además, que se movilizan por lo siguiente:

- ❖ Por que los servicios de Salud en Tierradentro se encuentran colapsados: la atención que se está brindando en la ESE ORIENTE no cumple con los parámetros de calidad, eficiencia, oportunidad y diversidad cultural. La situación de los servicios en la institución es deficiente, debido a la falta de personal asistencial y administrativo. Por ejemplo, hay catorce (14) médicos aproximadamente para atender sesenta y dos mil (62000) habitantes en Tierradentro. Existe una percepción generalizada en la población de colapso en los servicios de salud.
- ❖ Porque la provisión de medicamentos e insumos hospitalarios en general es deficitario, situación que ya se hace permanente y sistemática.
- ❖ Porque las salidas planteadas por el Sr. Gerente de la ESE ORIENTE ante la crisis de los servicios han sido reactivas y coyunturales y no han logrado transformar las causas estructurales de la problemática. Al mismo tiempo, han sido reiteradas sus evasivas a los espacios públicos, comunitarios e institucionales, de debate y de rendición de cuentas sobre la situación financiera de la ESE.
- ❖ Por que la ESE se encuentra sin dirección, no hay una mínima coordinación entre su personal, sus programas, puntos de atención y puestos de salud, y esto no representa una garantía hacia la comunidad para una adecuada prestación de los servicios. Igualmente no se conoce un plan de gestión que involucre a las comunidades por lo que no vemos directrices claras para el funcionamiento de la empresa.
- ❖ Por que la ESE ORIENTE, no cuenta con un plan de contingencia frente a una eventual erupción del Volcán Nevado del Huila. La institución denota una absoluta incapacidad de respuesta reflejada en la falta de personal, insumos, equipos, medicamentos, vehículos y presencia real y efectiva en las zonas de riesgo, y su Gerente ha demostrado un total desinterés frente al particular, lo cual aumenta el riesgo y la situación de vulnerabilidad de las comunidades de la zona de influencia del volcán.
- ❖ Porque la Junta Directiva y la Gerencia de la ESE ORIENTE han hecho caso omiso de los reiterados llamados de la comunidad a los espacios de rendición de cuentas y por sus respuestas evasivas a la comunidad sobre el estado financiero de la institución.
- ❖ Porque la elección de los representantes a los diferentes estamentos de la Junta Directiva de la ESE ORIENTE se hizo de manera impositiva y amañada por parte de la gobernación del departamento y de la secretaría departamental de salud, desconociendo los procesos organizativos y las dinámicas propias de las comunidades llamadas por derecho propio a participar en la dirección de unas Empresas que se suponen públicas.
- ❖ Por que los servicios de salud en la ESE ORIENTE no cumplen con los criterios de adaptación cultural definidos en la legislación sobre la materia, desconociendo los derechos adquiridos por los pueblos indígenas.

Fuente: Comunicado organizaciones sociales [28]

Frente a estas problemáticas, las comunidades de Tierradentro sentencian las siguientes exigencias:

1. La renuncia inmediata a la Gerencia de la ESE ORIENTE del Sr. JOSÉ LUÍS MORALES, y la implementación de los procedimientos pertinentes para designar su reemplazo con criterios de imparcialidad y transparencia en concertación con las comunidades y las organizaciones sociales.
2. Que se revisen los procedimientos de designación de los representantes a la actual Junta Directiva de la ESE ORIENTE, y que se designen a dicha instancia miembros que representen realmente las comunidades de Tierradentro, de manera que se garantice de efectivamente la participación de las comunidades y las organizaciones en la Junta Directiva.
3. Que se realice de inmediato un proceso de auditoría externa a la ESE ORIENTE para que las comunidades conozcamos la situación financiera de la institución.
4. Que se retome el proceso de modificación del Decreto 0275 de 2007, que se venía realizando entre las organizaciones indígenas y campesinas, la gobernación del departamento, y la secretaría departamental de salud y se de cumplimiento al acta de acuerdo del 24 de abril, firmada entre el gobierno departamental y el sector campesino, urbano e indígena del Cauca.
5. Que se analice la situación de la contratación de personal de la ESE ORIENTE, tendiente a un mejoramiento de las condiciones salariales y de estabilidad.
6. Que con recursos de la ESE ORIENTE se inicie de manera inmediata y con garantías a la participación ciudadana y comunitaria la construcción de un Plan Local de Salud, donde se defina el perfil de los servicios, se identifiquen necesidades, se prioricen acciones, se optimicen recursos y se fortalezca la salud pública en nuestro territorio.

Fuente: Comunicado organizaciones sociales [28]

2) Brigadas y jornadas de salud:

a) Primera brigada de la Patrulla Aérea Civil Colombiana: En diciembre de 2004, se invitó a la patrulla aérea colombiana para que realizara procedimientos de salud de segundo y tercer nivel durante tres días. Durante esta jornada se efectuaron cirugías para niños y niñas con labio y paladar hendido.

b) Feria escolar saludable 2005: En el desarrollo de la estrategia de escuela saludable, fue fundamental el compromiso decidido de los docentes que conformaron la Red de Escuelas saludables y habilidades para la vida, y gracias a su decidido interés posteriormente se convirtieron en dinamizadores del proceso y entre otras cosas lograron la aprobación de un proyecto de acuerdo por el Concejo Municipal de Inzá, que respaldó la red durante el periodo 2004 - 2007 y con el cual realizaron la primera y segunda feria escolar saludable, además de representar al municipio y al departamento en los encuentros departamentales y nacionales como municipio demostrativo en la implementación de la estrategia.



Foto 15 y Foto 16 Fotografías segunda feria escolar saludable.

c) Brigada de rehabilitación física con el apoyo de la Fundación Centro Integral de Rehabilitación de Colombia "CIREC": Esta brigada se realizó en conjunto con el grupo Semillas De Esperanza y la Alcaldía 2004-2007, beneficiando a más de 72 personas con ayudas técnicas como sillas de ruedas, bastones canadienses, muletas y valoración especializada totalmente gratuita. La más importante se desarrolló en el año 2006.



Foto 17 y Foto 18 Brigada de rehabilitación física con el apoyo de CIREC. 2006



Foto 19 y Foto 20 Jornada de entrega de ayudas técnicas a personas con discapacidad física.

d) Gira de promoción de la salud: En el año 2007, se evidenció la necesidad de acercar los programas de promoción y prevención a las comunidades rurales, priorizando los grupos de adultos mayores y niños(as).

En este sentido, se desarrollaron los talleres:

- Conociendo mi cuerpo (Autocuidado).
- Descubriendo mi boca (Salud bucal).
- Cambiando la rutina (Recreación y actividad física).
- Alimentación, salud y larga vida (Nutrición).
- Conozco y defiendo mi salud (Derecho a la salud y SGSSS).
- Libero mi mente para asumir mis actos (Salud Mental)

Así mismo, se realizaron algunas ferias escolares saludables con los grados 3º y 4º de las diferentes instituciones educativas, facilitando recursos como el transporte hacia la cabecera municipal, lugar donde se realizaron dichas actividades. Algo de resaltar en esta actividad es la vinculación de los adultos mayores con un stand donde realizaron muestras de algunas recetas con productos comunes en el municipio.

Las siguientes son algunas fotografías de los espacios de encuentro y formación liderados por la administración 2004 – 2007.



Foto 21 y Foto 22 Jornada de promoción de la salud en Turminá.



Foto 23 Jornada de promoción de la salud en Turminá, 2007

e) Brigada con la Patrulla aérea civil colombiana y la Fundación Andrés Gómez: En el mes de octubre de 2008, el comité de salud de la Asociación campesina logró el apoyo de la fundación Andrés Gómez para realizar en Inzá 58 cirugías de pterigion y cataratas completamente gratis y más de 1500 valoraciones especializadas por optometría a niños y niñas de escuelas ubicadas cada una en territorio indígena, campesino y zona urbana. Además de realizar 70 ecografías obstétricas, entre otros procedimientos. Es un logro histórico porque la ACIT logra como organización social avanzar en su propuesta de mejorar no solo para sus socios sino para la población en general la accesibilidad a los servicios de salud, como es el caso de las cirugías de pterigion que no las cubre el POS subsidiado en el país.

3) Movilizaciones adelantadas por el comité de mujeres de la ACIT:

Son las mujeres de Inzá y en particular las campesinas, los actores sociales más activos en los procesos de movilización y de gestión intersectorial en pro del bienestar colectivo. Por tal razón, han realizado diversas manifestaciones públicas como campañas, ferias, marchas, participación en la política pública, encuentros, pautas publicitarias, entre otras.

En el año 2000 deciden buscar representación femenina ante el concejo municipal y por tal razón adelantan una campaña electoral con una de sus líderes.

Hacia el año 2003, realizan el evento de integración de las mujeres campesinas e indígenas en San Andrés de Pisimbalá generando espacios de encuentro intercultural con el fin de proponer proyectos productivos que permitieran desarrollar las potencialidades de las mujeres.

Durante los años 2004 y 2005, llevan a cabo lo que denominan “trabajo político - organizativo alrededor de la soberanía alimentaria” y en este sentido, realizan una feria agroalimentaria de intercambio de saberes y sabores en el corregimiento de Turminá el 26 de abril de 2005.

A partir del año 2006 y hasta el año 2007, realizan diversos talleres y encuentros en las distintas veredas, en el marco de la campaña: “Mujeres en Junta por la dignidad de nuestro trabajo. Por el reconocimiento del trabajo político, productivo y reproductivo de las mujeres”. El cierre de esta campaña se celebró con una multitudinaria participación de mujeres de Inzá y de otros municipios del norte del Cauca, con la junta política de mujeres el 16 de abril del 2007. A este evento asistieron como invitadas especiales las mujeres de la Ruta Pacífica de las Mujeres.

Finalmente, en el año 2009 las mujeres efectúan una nueva campaña, motivadas por las múltiples quejas y reportes de violencia intrafamiliar en los municipios de Inzá y Silvia en el Cauca y de La Argentina y Monserrate en el Huila. Este tipo de violencia es asociado en gran medida al machismo que impera en la región. Esta campaña se llamó: “Mujeres en junta por una vida digna, libre de violencias”, para disminuir los índices de maltrato.

Fotos Campaña Mujeres en Junta por la Dignidad de Nuestro Trabajo



Foto 24 y Foto 25



Foto 26 y Foto 27

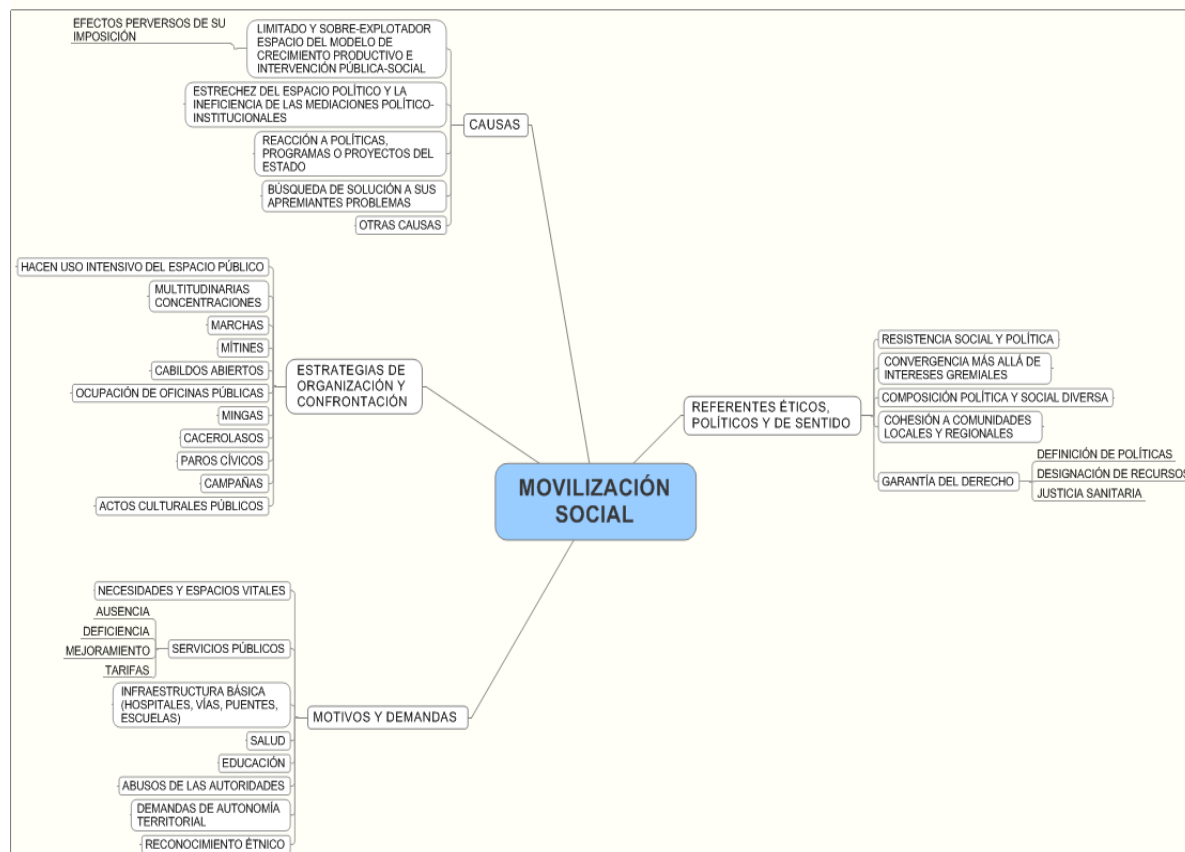
4.1.2 Estrategias de organización y confrontación

En el estudio de las movilizaciones sociales se hace necesario distinguir entre una irrupción violenta de la masa en un espacio público, actuando reactivamente frente a una amenaza o un ataque, a la irrupción, que puede o no ser también violenta, de un movimiento social convertido en sujeto social en la búsqueda racional de una meta, o en el despliegue mismo de su poder.

Entre las diversas formas de organización se encuentran: el uso intensivo del espacio público, multitudinarias concentraciones, marchas, mítines, cabildos abiertos, ocupación de oficinas públicas, mingas, cacerolazos, paros cívicos, campañas y actos culturales públicos, entre otros.[26]

A partir de los referentes conceptuales y la bibliografía consultada, se ilustran mediante el siguiente mapa conceptual (Esquema 4) las principales estrategias de organización y confrontación, así como las principales motivaciones que surgen como un común denominador en muchas de las movilizaciones sociales.

Esquema 4 Movilización Social



Fuente: Realización propia con base en [26].

4.1.3 Conflictos en salud

Como ya pudo mostrarse, son diversas las motivaciones que han llevado a que los campesinos de Inzá tuviesen que recurrir a procesos de movilización para poder evidenciar sus necesidades, hacer sentir su voz como actores sociopolíticos, pero sobretodo buscar de manera incansable la reivindicación de sus derechos. En este apartado se realizará un análisis a esas principales causas y motivaciones.

▪ Causas

1) *Efectos Del Modelo De Crecimiento Productivo E Intervención Pública-Social:*

Con relación a este primer aspecto, se observó una existente **segregación y conflicto social**, asociado a la discriminación social de los “ricos” hacia los “pobres” manifestado en las inequidades de acceso al territorio. Es así, que hoy por hoy, un mayor número de personas (campesinas e indígenas), tienen que adaptarse a condiciones de territorio más agrestes y de menor extensión, quedando las tierras fértiles, llanas y amplias en manos de unos pocos (latifundistas). Esto ha conllevado además, a la dificultad de acceso a los servicios básicos de vivienda, salud, educación, recreación, etc., y a la evidencia de **vulnerabilidad** marcada en la población rural.

Debido a los cambios de administración municipal (y así mismo de los intereses para la inversión de recursos), se presentó una **fractura en las redes de apoyo**, dado que se perdieron los apoyos tanto institucionales (recursos humanos y económicos) como sociales con los que se contaba.

2) Espacio Político Y Mediaciones Político – Institucionales:

Es clara la necesidad de los(as) campesinos(as), de hacerse escuchar, pues sienten que el Estado y la misma sociedad los ha llevado a una **invisibilidad social**. Esto se debe en gran parte a que históricamente se ha identificado el norte del Cauca como una zona eminentemente indígena, desconociendo totalmente los demás grupos sociales (y en mayor número quizás) que habitan la región.

En la entrevista realizada a uno de los asociados de la ACIT, él manifestó lo siguiente:

“Hicimos un taponamiento de vías, para con eso tratar de presionar al gobierno, y darle a conocer que nosotros los campesinos, pues, existimos dentro del municipio de Inzá, porque según el gobierno nacional creen que dentro del municipio de Inzá hay únicamente indígenas, por el hecho de ser de Tierradentro. Entonces, se cree que hay únicamente indígenas, pero no, así como hay indígenas, hay campesinos que también vivimos en medio de ellos, pero también con una cultura diferente. Y creo que aunque con miles de dificultades hemos llegado muy lejos, y yo creo que las metas que nos hemos propuesto, pues hasta el momento se van desarrollando bien.”

Otro factor que se suma a esta causa es la **falta de políticas públicas diseñadas para los(as) campesinos(as)**, que den cuenta de sus necesidades, representaciones sociales, estructura social y tipo de vida. Desde un concepto de determinación social de la salud se hablaría entonces de sus modos, condiciones y estilos de vida.

En este orden de ideas, los campesinos sienten que existe una **mayor atención a población indígena**, a la que se prioriza con planes y proyectos financiados directamente y de los cuales la población campesina no es beneficiaria.

3) Reacción A Políticas, Programas O Proyectos Del Estado:

Frente a la **estructura del SGSSS, en particular las formas de aseguramiento y la cobertura de servicios**, el campesinado de Inzá siente que se han establecido brechas que impiden el acceso a los servicios de salud y que además estos no son de calidad. Manifiestan que es inconcebible que a los afiliados del régimen subsidiado y vinculados, no se les cubran tratamientos que sí incluye el POS del régimen contributivo, generando así una estratificación de la salud y de la misma enfermedad. Esto indica, desde el punto de vista bioético una discriminación para quienes tienen menos recursos y un sistema que a la hora de responder resulta **inequitativo e injusto**.

Con relación a la forma como se administran los servicios de salud, declaran que:

“mientras no se eliminen las ARS y las EPS seguiremos en la misma tónica, seguiremos con el mismo problema. Sí algún día, algún gobierno nacional se pone “la mano en el corazón” y se da cuenta que los recursos que nos pertenecen como campesinos e indígenas, deben llegar directamente a donde deben llegar, se mejoraría el asunto, de lo contrario seguiremos en lo mismo.” (Miembro de la ACIT).

Los(as) campesinos(as) consideran que las movilizaciones ante estos problemas, son válidas como una forma de ser escuchados y luchar por sus derechos:

“A medida que se hacen las movilizaciones, uno se da cuenta de que si son importantes, que si es necesario hacerlas, para dar a conocer tanto al gobierno nacional, departamental y a nivel internacional que son vulnerados los derechos de la comunidad y por eso es que realizan las protestas, porque si uno no hace ninguna movilización, y si uno no toma vías de hecho, pues prácticamente el gobierno no hace nada. Es una presión a la que uno como campesino se ve obligado a hacer, y desgraciadamente a uno le toca así, le toca salir a “boliar garrote”, a chupar gases, o lo que sea. Inclusive hasta muertos, por ejemplo ya nos tocó poner uno para que el gobierno nacional nos atendiera.” (Miembro de la ACIT).

Es claro que la **conformación de la ESE**, trazó un momento importante para las diferentes organizaciones sociales, pues fue una situación ante la cual tuvieron que generar alianzas y estrategias que impidieran el cierre absoluto de los servicios de salud que anteriormente prestaba el hospital Luis Adriano Pérez. Para ser interlocutor ante el gobierno departamental, se creó un comité representante del municipio, integrado por una persona de la ACIT, otra de la Asociación de Cabildos Indígenas Juan Tama y una tercera de la administración municipal.

Como principales desacuerdos ante la reorganización de la IPS, los voceros de las comunidades expresaron que la propuesta de la gobernación generaría:

1. Una violación y vulnerabilidad al derecho a la salud, ante la desaparición de los promotores y promotoras de salud, con la excusa de que este servicio no es rentable pues no “factura”, la población pobre no sería cubierta por el régimen subsidiado, aumentando solo el número de vinculados, se evidencia un enfoque clientelista y monetario (salud = negocio), se reduciría el número de profesionales de la salud con la consecuente disminución de la oferta de servicios, no habría servicios completos y acceso a medicamentos esenciales dado que era poco lo que contenía el POS subsidiado.
2. Una marginación del derecho a la participación de los directamente afectados (población inzaeña) y de manera intransigente se tomó la decisión de reducir la oferta de servicios en el Hospital Luis Adriano Pérez y en sí en todo el municipio de Inzá.
3. Inestabilidad laboral y desconfianza en el personal de salud, pues en adelante se contrataría mediante cooperativas de profesionales con contratos temporales para ofrecer los servicios.

4.1.4 Demandas en salud

Las demandas en salud se traducen fundamentalmente en las necesidades asociadas a las dotaciones básicas y complejas. Como dotaciones básicas se consideran algunos componentes vitales para cualquier ser humano, indispensables para su desarrollo

esencialmente físico, emocional e intelectual. En este grupo se tiene: salud, educación, alimentación, recreación, ocio, vivienda, seguridad y medio ambiente.[14]

Por dotaciones complejas se entienden los aspectos que nos hacen ser parte de una comunidad, de una misma sociedad, es todo aquello que nos da consonancia respecto a las concepciones que tenemos de mundo, el sentido de nuestra existencia, el fin que pretendemos con ella, pero especialmente mediado por un interés colectivo más no personal. Las dotaciones complejas del ser son: libertad, autonomía, justicia, valores colectivos, enraizamiento, identidad y pertenencia.[14]

▪ **Necesidades Y Espacios Vitales**

Esto tiene que ver directamente con los derechos políticos, económicos, sociales y culturales. Entre ellos se encuentra el acceso a espacios y ambientes saludables para el adecuado desarrollo de las personas. Para la población de Inzá, el bienestar se representa en el “mejorestar”, es decir, el mejoramiento continuo de las condiciones de vida de la comunidad inzaeña. Aquí cabe mencionar además, la necesidad de seguridad ante el conflicto armado, pero sobretodo el que se mantenga dicho conflicto lejos de la población.

Algo fundamental en los espacios vitales son también las redes de apoyo social, las cuales se constituyen en espacios no solo de encuentro si no de empoderamiento ante condiciones similares de ciertos grupos poblacionales. Pero para que esto pueda materializarse y sostenerse en el tiempo, se requieren recursos tanto económicos como de talento humano.

▪ **Servicios Públicos**

1) Ausencia

Ante la poca oferta de servicios de salud, limitada a la atención por medicina general, enfermería y algunos servicios de odontología y laboratorio clínico, demandaron la necesidad de ampliar dichos servicios, principalmente los de Atención Primaria en Salud, en especial en las zonas más distantes de la cabecera municipal.

Solicitaron además, que con recursos de la ESE Oriente y con garantías a la participación ciudadana y comunitaria, se realizara la construcción de un Plan Local de Salud, donde se definiera el perfil de los servicios prestados, se identificaran necesidades, se priorizaran acciones, se optimizaran recursos y se fortaleciera la salud pública. Actualmente, los planes locales de salud son financiados directamente por las Alcaldías municipales, mediante los Planes de Intervenciones Colectivas y quienes a su vez contratan con empresas privadas o personas naturales para el desarrollo de las acciones propuestas en dichos planes.

2) Deficiencia

El bajo número de personal de salud, así como de insumos hospitalarios, hacía que los servicios de salud fueran ineficientes en muchos casos. Como ya se ha mencionado en apartados anteriores, la ESE Oriente es una institución de I Nivel de complejidad, la cual está aproximadamente a 3 horas (en automóvil) de un hospital de II y III Nivel, obligando

a que los profesionales del municipio tuvieran que hacer lo que podían con lo que tenían, generando demoras en la atención y en algunas situaciones la complicación del estado de salud del paciente.

De otra parte, exigieron la renuncia de directivas que no velaban por los intereses de la salud sino que respondían quizás a afinidades políticas, desviando los recursos o realizando una ineficaz gestión. También, reclamaron la implementación de procedimientos pertinentes para designar la nueva gerencia con criterios de imparcialidad y transparencia en concertación con las comunidades y las organizaciones sociales.

3) Mejoramiento

Los representantes de las organizaciones sociales propusieron la necesidad de un proceso de auditoría externa a la ESE Oriente para que las comunidades pudieran conocer la situación financiera de la institución, pues sintieron que los informes entregados por las directivas de la institución eran manipulados y “maquillados”.

Consideraron fundamental un análisis a la forma de contratación de personal del hospital, tendiente a un mejoramiento de las condiciones salariales y de estabilidad.

Discutieron acerca de revisar los procedimientos de designación de los representantes a la Junta Directiva de la ESE, y que se designaran a dicha instancia miembros que representaran realmente las comunidades de Tierradentro (no personas externas que desconocieran las necesidades y condiciones de la región), de manera que se pudiera garantizar efectivamente la participación de las comunidades y las organizaciones en la Junta Directiva.

4) Tarifas

Dadas las condiciones de pobreza, la lejanía de muchos hogares con las instituciones que brindan los servicios de salud, se reclamó la disminución de copagos y costos de medicamentos no incluidos en el POS, así como subsidios ó apoyo para gastos de estancia hospitalaria y traslados a otros niveles de atención.

▪ Infraestructura Básica

Con la reorganización de los servicios del hospital local en lo que sería una Empresa Social del Estado, se redujeron muchos de los servicios ofertados llevando al cierre de centros rurales de salud, los cuales eran un complemento fundamental para el acceso a los servicios.

Otras demandas que se hicieron recurrentes en este aspecto, se relacionaron con las condiciones de vivienda, vías para transitar (las cuales se vieron afectadas muy frecuentemente por las lluvias), al igual que las escuelas que requerían mantenimiento y ampliación de salones y espacios de recreación para los(as) niños(as).

Hace parte de la infraestructura básica la tenencia de saneamiento básico (valga la redundancia), el poder contar con agua potable suministrada por un acueducto, un sistema sanitario con adecuado manejo de excretas y una buena disposición de basuras.

▪ Derecho a la Salud

Entendiendo la salud como una dotación básica del ser, es necesario recordar que en la Constitución Política de Colombia de 1991 en el Artículo 48 se reconoce como un servicio público, más no como un derecho. Sin embargo la jurisprudencia sentada por las altas cortes colombianas y los pactos internacionales firmados por Colombia permiten afirmar que el derecho a la salud es multidimensional:

“Desde esta perspectiva, el bienestar y la calidad de vida se relacionan de manera directa con la garantía del derecho a la salud que expresa las condiciones de dignidad humana en las poblaciones. Este derecho es multidimensional y hace referencia no sólo al acceso a los servicios. Está relacionado también, con el respeto a la integridad física y psicológica de las personas, con los deberes del estado a brindar protección en materia salud, con el derecho a la salud colectiva (políticas públicas), reconoce además el derecho de los ciudadanos a participar en la formulación, gestión y control de las mismas, incluye el reconocimiento al pluralismo cultural en materia de salud y los derechos de los pacientes frente al quehacer del personal sanitario. Pero además este derecho hace parte del conjunto de derechos humanos cuya característica es el ser indivisibles, interdependientes, complementarios y no jerarquizables. Es decir, que el primero tiene relación con el derecho a la vida, que el derecho a la alimentación tiene a su vez relación con el derecho a la salud y a la vida, etc”.[29]

En este sentido, un primer aspecto relacionado con la multidimensionalidad del derecho a la salud es la *“protección del cuerpo y la salud de la persona contra injerencias ajenas”*, es decir, una inmunidad frente a ataques de otras personas o del propio Estado. Esto puede llegar a confundirse fácilmente con el derecho a la integridad física y psíquica, pero la estrecha relación se da por el hecho de atentar contra la salud de una persona ocasionada por otra. Un ejemplo de esto es el maltrato físico o psicológico a menores, a disminuidos físicos, entre cónyuges, o compañeros permanentes.[30]

Aparece como segundo elemento del derecho a la salud la relación con los *“problemas de la salud colectiva”*. Es decir, situaciones que afectan no solo a nivel individual, sino a nivel de la colectividad, o de salubridad pública, como por ejemplo lo relacionado con la recolección de aguas negras, tratamiento de aguas residuales, suministro de agua potable, recolección de basuras, contaminación ambiental o auditiva, etc.[30] Debe entenderse entonces, que la política pública ha de encaminarse a la defensa y garantía del derecho de la salud desde una mirada colectiva.

La tercera dimensión surge en relación con las tensiones que pueden presentarse entre los *deberes estatales de protección a la salud y el reconocimiento de la autonomía individual y colectiva*, es decir, el derecho de la y las persona(s) sobre su propio cuerpo. [30]

“El problema surge cuando la pretensión estatal, o de la comunidad médica, de proteger la salud entra en contradicción con los deseos y voluntad de la propia persona (...)” [30]

Se diferencia lo individual de lo colectivo en que lo primero se enfoca en la atención médica per se, vista desde los principios bioéticos, con relación a *“problemas asociados a los derechos de los usuarios del sistema de la salud en el propio acto médico, es decir,*

los derechos del paciente frente al personal sanitario".[30] Se traduce en los derechos de los usuarios del sistema de seguridad social de tener un consentimiento informado y guardar el principio de confidencialidad.

Otra dimensión del derecho a la salud surge cuando uno articula ese derecho al principio democrático y participativo, pues implica que los usuarios y la comunidad deben tener la posibilidad de *participar en la formulación, gestión y control de las políticas de salud*. Pero, ¿hasta dónde llega ese derecho? y en particular, ¿a quién corresponde tomar las difíciles decisiones acerca de cómo utilizar los recursos destinados a los programas de salud?[30]

El reconocimiento constitucional del pluralismo y de algunas formas de multiculturalidad plantea la discusión de si hay una salud, o por el contrario existen muchas "saludes". Y en esta medida, como corresponde al Estado regular las profesiones para controlar riesgos sociales, surge el siguiente problema: ¿puede o no el Estado prohibir que, fuera de los médicos que tienen título profesional, puedan ejercer la profesión médica otras personas como sería el caso de los chamanes en comunidades indígenas, con formas tradicionales de tratamiento de enfermedades? Este interrogante suscita diversos conflictos relacionados con la concepción del derecho a la salud, *el pluralismo y la diversidad étnica y cultural*.[30]

Y una última perspectiva, es aquella que tiene que ver con el *acceso a los servicios sanitarios*, es decir el derecho a recibir atención, tratamiento médico y suministro de medicamentos en caso de enfermedad.[30]

Sin desconocer lo anterior, los contenidos del derecho son básicamente las características que lo definen, así encontramos que para la salud estas son la universalidad, la interdependencia, la indivisibilidad, el carácter individual y social, la progresividad, la irreversibilidad y la irrenunciabilidad.

En cuanto a los principios rectores del derecho encontramos la accesibilidad, la igualdad, la gratuidad y la equidad. Estos últimos tienen la labor de determinar el desarrollo de los sistemas de prestación del servicio de salud, en el marco del derecho internacional de los derechos humanos, contenido en los diferentes instrumentos internacionales (pactos, convenios, protocolos y declaraciones) y en las observaciones elaboradas por los diferentes organismos internacionales.

En la medida en que se habla del contenido del derecho se ha dejado de lado un tema que cobra una gran importancia cuando se desea proyectar el derecho a la salud hacia espacios reales, y este tema es el de la definición de los mínimos y máximos posibles dentro del contenido esencial del derecho a la salud.

Esta discusión tiene una repercusión directa sobre la definición de salud que adopte un Estado en la medida en que ésta determinará las decisiones, que vía política pública, se adopten para promover la garantía del derecho. Debe superarse la visión del sistema de salud como un sistema de administración de riesgos, alimentándolo desde la visión de la salud como derecho humano.

Si bien la conciencia de la necesidad de la plena garantía del derecho a la salud en todas sus dimensiones es evidente, se proponen alternativas para superar las condiciones en que el derecho se encuentra actualmente, en este sentido existe la necesidad de fortalecer los metaderechos⁹, ya que en la medida en que las condiciones materiales actuales no permiten la inclusión inmediata de los sectores vulnerados de la población a la plena garantía se propone proyectar esta inclusión al futuro.

Aunque para los campesinos de Inzá, existe una fuerte necesidad de ver la salud como el acceder a servicios y al aseguramiento, el concepto de derecho no se queda allí, pues no desconocen la importancia de reconocer la multiculturalidad presente en el municipio para la definición de los planes y políticas públicas, el respeto del personal de salud en la atención, la participación democrática para la formulación, gestión y control de las políticas de salud, al igual que el reconocimiento de la existencia de problemáticas que afectan la salud no solo individual sino colectiva.

En salud pública, uno de los temas que más preocupaba a los inzaeños fue la salud mental, debido al aumento progresivo de casos relacionados con el maltrato físico y psicológico, así como los intentos suicidas, por tal razón pidieron atención y apoyo para disminuir estas problemáticas.

Por otra parte, aunque se discutía mucho la reivindicación del derecho a la salud, este era visto en gran medida, desde la necesidad del aseguramiento y el acceso a los servicios pues se reclamaba la falta de cobertura de población no afiliada así como la oferta de servicios. En este sentido, dado que había mucha gente que no estaba afiliada al Régimen Subsidiado, se gestaron movilizaciones que involucraron campañas de identificación de estas personas y solicitudes mediante manifiestos ante el PAB local para la vinculación de estos beneficiarios. Lo importante es que se ha logrado que muchas personas, a este momento, ya estén afiliadas al régimen subsidiado, pues si una persona no tenía carnet de alguna EPS, no era atendida por el sistema de salud.

Los índices de morbilidad y mortalidad evidenciados en los resultados de los perfiles epidemiológicos, se convirtieron en factores detonantes de la necesidad de buscar respuesta y atención a sus problemáticas más apremiantes. Relacionado con esto se encontró la solicitud de que la formulación de las políticas en salud fuera de carácter participativo y con base en un diagnóstico comunitario, complementado con las estadísticas que aporta la E.S.E.

Otra demanda fundamental en salud es el aumento de recursos para la salud pública, pero sobretudo el respeto por los mismos. Se ha observado que a partir del año 2008 y antes del 2004, no existía un plan de salud local que diera cuenta de las necesidades de los inzaeños. La atención en salud pública se limitaba a acciones específicas y aisladas sin un respaldo económico apropiado y coordinado por personal que no contaba con los conocimientos y experticia necesaria para su desarrollo. Por tal razón, lo que se

⁹ El concepto de metaderecho lo propone Amartya Sen teniendo en cuenta la necesidad de promover la garantía efectiva de los derechos sociales, superando su concepción como aspiraciones lejanas e inalcanzables para el individuo.

evidencia es un *copy/paste* de planes realizados en otros municipios y a los que solo se les reemplaza el nombre, lugares y fechas.

▪ **Abusos De Las Autoridades**

El principal abuso de las autoridades es el de poder, empleándolo con fines personales o para el beneficio de unos pocos. Esto se evidenció en el desvío de recursos públicos para cubrir deudas adquiridas en las campañas políticas, generando menor desarrollo de proyectos sociales y de impacto comunitario.

La administración municipal que asumió el gobierno de Inzá en el año 2008 (Partido Conservador), se distanció totalmente del proceso de gestión social que venía ejecutando y acompañando la alcaldía 2004 – 2007, llevando a la finalización de estrategias y proyectos participativos como las redes sociales que ya se habían conformado. Ante estos hechos, las organizaciones sociales realizaron diversas manifestaciones solicitando el respaldo y continuidad de los procesos emprendidos en la administración anterior pero sin un resultado positivo. Por tal razón, decidieron gestionar como organizaciones independientes recursos para dar sostenibilidad y acompañamiento a los proyectos sociales y proponiendo nuevas alternativas de solución a sus problemáticas rurales.

▪ **Demandas De Autonomía Territorial**

Exigieron el respeto por la soberanía y seguridad alimentaria, mediante el estímulo al cultivo de productos agrícolas propios de la región, y al no uso de semillas y alimentos transgénicos comercializados por multinacionales extranjeras.

Resaltaron su demanda frente a la mercantilización y privatización de los derechos sociales y económicos, de los recursos naturales, la explotación minera de gran escala (especialmente la minería a cielo abierto), el desplazamiento de los pueblos originarios debido a los megaproyectos y el deterioro del medio ambiente.

Realizaron la defensa integral del territorio, mediante la consolidación del Plan de Desarrollo Campesino, denominado “Desarrollo sostenible para la Zona de Reserva Campesina de Inzá - Cauca” Proyecto desarrollado desde las comunidades, por las comunidades y para las comunidades.[12]

▪ **Reconocimiento Étnico**

Definitivamente existe un sentimiento de que el campesinado es desconocido como actor social y político y en consecuencia de sus derechos colectivos, por tal razón debatieron alrededor de la necesidad de reivindicar sus derechos, especialmente en la participación en la toma de decisiones que los afectaban directamente. Un ejemplo de esto fue la formulación de una política de educación dirigida a población indígena y que pretendía ser impuesta para toda la población del municipio. Ante esto, las comunidades campesinas sentaron su voz de protesta y trabajaron en la elaboración de una propuesta de política educativa para la población rural campesina, con el componente intercultural, pero reconociendo las diferencias existentes entre los distintos grupos sociales.

De la misma forma, aunque para los campesinos de Inzá, existió una fuerte necesidad de ver la salud como el acceso a servicios y al aseguramiento, su concepto del derecho no se quedó allí, pues no desconocieron la importancia de reconocer la multiculturalidad e interculturalidad presente en el municipio para la definición de los planes y políticas públicas.

El siguiente esquema (Esquema 5) ilustra las demandas en salud realizadas por la ACIT en el periodo 2002 a 2009.

Esquema 5 Demandas en salud realizadas por la ACIT. 2002 - 2009



4.1.5 Actores sociopolíticos

Bourdieu, expresa que el campo social, donde se desarrollan los procesos sociales y de decisión de una comunidad, se estructura en al menos dos elementos claves: “*la existencia de un capital simbólico (y material) común y la lucha por la apropiación de ese capital*” [31], citado por el profesor Mario Hernández en [32], y quien en este sentido plantea lo siguiente:

“Los actores sociopolíticos del campo de la salud son todos aquellos que compiten por este capital simbólico y material al que denominan salud, y que están dotados de intereses y capacidades específicas que les permite defender modelos de organización sectorial que supone una determinada distribución de

los recursos materiales y simbólicos disponibles en él. Pero no se trata solamente de los profesionales de la salud y los administradores financieros. Lo que está en juego es tan importante para las sociedades que habitualmente en el campo de la salud se involucran todos los actores sociopolíticos que la constituyen". [32]

«Es claro que estos actores sociopolíticos se inscriben en relaciones de orden económico de diferentes tipos. En ocasiones, sus conflictos tienen que ver claramente con el plano de las relaciones económicas, como en el caso del conflicto obrero-patronal, pero no siempre son estas relaciones las que los sustentan. Para entender el conflicto entre obreros y campesinos, o entre sectores medios y obreros, o en el interior de los profesionales de la salud, es necesario superar el plano de lo económico. Aún así, los predominios políticos también expresan predominios en el orden económico. Aunque pueda hablarse de la existencia de las clases sociales, como clases en sí, es poco frecuente que los grupos sociales logren tanta cohesión interna como para alcanzar la solidez ideológica que implica el concepto de "conciencia de clase" ». [32]

Es importante destacar que el capital social que posee la población rural presupone una capacidad de institucionalizarse de manera autónoma y adquirir una capacidad de diálogo con un Estado que ha permanecido un tanto marginal a las actividades e iniciativas de intervención necesarias para alcanzar el desarrollo rural y aliviar la pobreza. Esto conduce a algunos interrogantes de importancia: «¿Cuáles son las características de capital social en las zonas rurales?», «¿cómo se moviliza este capital social en las zonas rurales?» y «¿cómo se puede aprovechar el capital social para superar la pobreza rural?». [33]

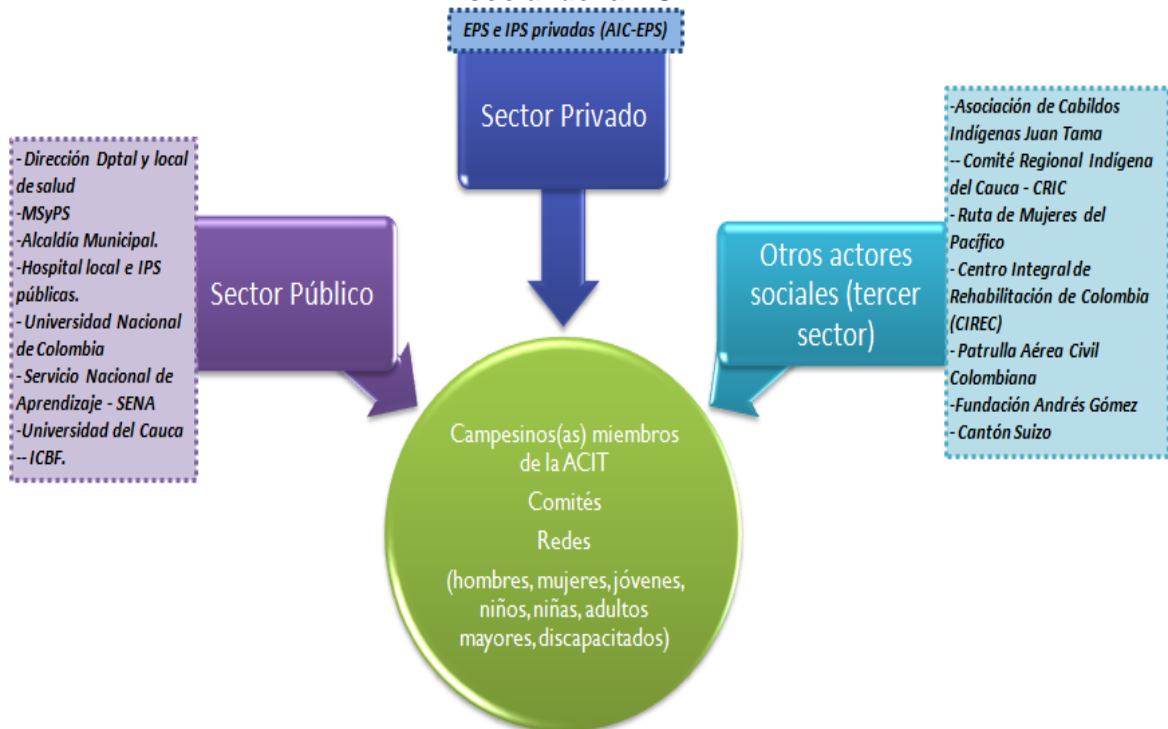
Sin embargo, y como lo expresa Bahamondes [34], en la realidad campesina latinoamericana las oposiciones internas y el conflicto son dos aspectos recurrentes en las redes sociales de las comunidades rurales. La realidad conjuga alianzas entre parientes, vecinos y amigos en oposición contra «los otros», pero al mismo tiempo es factible que esta misma fuerza de oposición se modifique y grupos rivales o enemigos unidos por un interés común se agrupen, «cuando el conflicto se hace presente en un espacio territorial más amplio». Es así como se manifiestan otros movimientos sociales de campesinos por el acceso a la tierra, sin embargo, muchas de estas luchas a pesar de su debilidad relativa aún existen en la actualidad como expresiones vivas del movimiento social y se acentúan o debilitan en la contingencia de poder de la modernización inducida de reformas agrarias inoperantes o por la influencia de sectores políticos más urbanos que rurales. Ejemplo de éstos son los movimientos permanentes de los trabajadores sin tierra en Paraguay, Brasil y los del sur de México.[33]

Los movimientos sociales, si bien cuestionan el control y acceso a recursos materiales o esgrimen la defensa de una identidad étnica o regional, como es el caso de la demanda por tierras, o los movimientos indigenistas, realmente ponen en duda el poder detentado por la institucionalidad política y ahí reside su importancia como actores sociopolíticos. Además, en la realidad campesina existen otras manifestaciones concernientes a relaciones internas y externas entre personas, familias y grupos, que atestiguan de alguna manera qué relaciones de contingencia pueden surgir a raíz de cambios económicos y sociales a los que éstos se ven expuestos. Dos ejemplos ilustrativos de ello son el pluriempleo y el uso compartido de tierra.[33]

En Inzá y en especial en los procesos de movilización de la ACIT, es claro que los principales actores sociopolíticos son los(as) campesinos(as), quienes han actuado según su propias líneas de organización y mediante los comités y redes que han configurado. Estos actores han sido los hombres, mujeres, jóvenes, niños, niñas, adultos mayores, discapacitados pertenecientes a la asociación. Así mismo, han sido participes de los procesos de movilización de los(as) campesinos(as) de Inzá, actores pertenecientes a otras organizaciones sociales, institucionales, e incluso organizaciones no gubernamentales que se han vinculado por afinidad, identidad o porque comparten algunas de las demandas que los miembros de la ACIT han liderado.

En el siguiente gráfico (Gráfico 7) se ilustran los diversos actores involucrados en los procesos de movilización social adelantados por la ACIT:

Gráfico 7 Actores Socio-Políticos involucrados en los procesos de movilización social de la ACIT



Para ampliar las características de los actores sociopolíticos involucrados en las movilizaciones de la ACIT se recomienda revisar el Capítulo 2 sección 2.4 y el Capítulo 4 sección 4.1.3.

4.2 La salud en los procesos de gestión de DDHH y el bienestar

En cuanto a la protección de los derechos para la población rural en particular, la Constitución Política de 1991 en su Artículo 64 establece: *“Es deber del Estado promover el acceso progresivo a la propiedad de la tierra de los trabajadores agrarios, en forma individual o asociativa, y a los servicios de educación, salud, vivienda, seguridad social, recreación, crédito, comunicaciones, comercialización de los productos, asistencia técnica y empresarial, con el fin de mejorar el ingreso y calidad de vida de los campesinos”*.

Se puede ver que si bien el derecho a la salud no ha estado de forma exclusiva como la principal motivación de las diversas movilizaciones que ha realizado la ACIT, este sí ha tenido importancia en los momentos que requiere la unión de los diferentes grupos y organizaciones sociales.

De esta forma, aunque en la búsqueda del bienestar social han primado otros temas como el territorio (tierras), educación, medio ambiente, vivienda e identidad socio-cultural, la salud siempre ha estado presente en las distintas luchas colectivas. Ejemplo de esto fue la toma a la vía panamericana y la hacienda la María en la cual los indígenas lucharon por el derecho fundamental de los pueblos indígenas al territorio colectivo (o a la propiedad colectiva del territorio), los campesinos vieron la necesidad de unirse y defender así mismo su territorio, el cual, a diferencia de la población indígena si debe ser comprado directamente generando una inequidad en el acceso a las tierras. En este momento surgen otras necesidades que son fundamentales para el campesinado en el cual la salud se reconoce y reclama particularmente ante la necesidad del acceso a los servicios.

4.3 Gestión inter y transectorial

Las movilizaciones sociales en sus diferentes formas de manifestación, en especial las de carácter ejecutorio como las brigadas, jornadas y campañas de salud, requieren de una gestión comunitaria previa. Como esta gestión debe buscar el apoyo y recursos para el mejoramiento de las condiciones de vida de la población, sugiere la necesidad de que sea intersectorial e incluso trans-sectorial.

Este ha sido un componente muy bien explotado por la ACIT y con lo cual ha podido acercar servicios que no son prestados por las instituciones locales. Aunque existen diversas formas de gestión, la ACIT ha logrado la firma de convenios con instituciones de educación superior, brigadas de salud, consecución de ayudas técnicas (para población con discapacidad) y recursos económicos para el desarrollo de proyectos productivos como el de la caña panelera.

En el Esquema 6 se ilustran los principales sectores con los cuales se hace gestión en salud.

Esquema 6 Gestión intersectorial en salud



A continuación se describen brevemente algunos de los procesos de gestión intersectorial realizados por la asociación campesina:

1) ACIT - Universidad Nacional de Colombia: Se realizó un convenio entre la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia y la Asociación Campesina, que contempló el acompañamiento a los grupos organizados de adulto mayor y de escuela saludable del municipio. En el marco de este convenio se realizaron dos pasantías por parte de estudiantes de odontología, y se ha apoyado la continuidad de la implementación de la propuesta “Escuela como centro promotor de calidad de vida” en la IEPS Guanacas y demás instituciones del municipio. Así mismo, el convenio incluyó actividades de sensibilización sobre los derechos en salud y seguridad social.

Otras de las acciones y proyectos realizados mediante este convenio han sido las siguientes:

- Reconocimiento del micro territorio de los y las escolares de la escuela de la zona Turminá, y caracterización de las familias para la identificación de los determinantes sociales de la salud.
- Fortalecimiento del proceso de implementación de hábitos saludables.
- Investigación sobre una patología oral denominada fluorosis, con gran prevalencia en la zona de Turminá.

2) ACIT - Centro Integral de Rehabilitación de Colombia (CIREC): Con esta institución se encuentra vigente el convenio entre la Red de discapacidad ASODINZA y CIREC, que garantiza el acompañamiento de CIREC a las acciones de atención, rehabilitación y apoyo pedagógico y organizativo que adelanta la red. En el desarrollo de esta articulación se han realizado brigadas de atención y entregas de ayudas técnicas (prótesis, sillas de ruedas, bastones canadienses y muletas) a las personas del municipio que fueron caracterizadas con algún tipo de discapacidad.

3. ACIT - Patrulla aérea civil colombiana y Fundación Andrés Gómez: El comité de salud de la asociación campesina gestionó el apoyo de la Patrulla Aérea Civil Colombiana y la Fundación Andrés Gómez, para realizar en Inzá cirugías de labio y paladar hendido, 58 cirugías de pterigion y cataratas completamente gratis y más de 1500 valoraciones especializadas por optometría a niños y niñas de escuelas ubicadas cada una en territorio indígena, campesino y zona urbana, además de realizar 70 ecografías obstétricas, entre otros procedimientos. Para la ACIT esto es considerado *“un logro histórico porque logra como organización social avanzar en su propuesta de mejorar no solo para sus socios sino para la población en general la accesibilidad a los servicios de salud, como es el caso de las cirugías de pterigion que no las cubre el POS subsidiado en el país.”*[35]

Otras instituciones con las cuales la ACIT ha sido interlocutor y ha logrado procesos de gestión efectiva han sido la Universidad del Cauca, gobierno nacional y departamental, Ministerio de educación, el Servicio Nacional de Aprendizaje – SENA y la ONG – Cantón Suizo.

4.4 El ejercicio de la participación comunitaria en salud

Desde principios de los años 90 se plantea el desarrollo de un nuevo concepto para el campo de la salud: el de “participación social” como expresión genuina y amplia de la participación. *“El concepto de participación como categoría social en los asuntos que afectan a la supervivencia de la comunidad, es tan antiguo como el origen de la historia humana y como una expresión del movimiento continuo que es parte de la vida comunitaria cotidiana, es a su vez una parte esencial de todas las sociedades humanas.”*[36]

Se puede definir la participación comunitaria como el proceso mediante el cual los individuos se transforman de acuerdo a sus propias necesidades y las de su comunidad, adquiriendo un sentido de responsabilidad con respecto a su bienestar y el del grupo, y contribuyendo consciente y constructivamente al proceso de desarrollo. En última instancia, se busca llegar al momento en que la participación social quede establecida como cultura, es decir, como fundamento de las formas de relación, producción, creación, y reproducción de la sociedad, establecida a todo nivel al ser interiorizada por individuos y actores sociales como una manera “normal” de relacionarse.[37]

En la participación tienen lugar tres tipos de lógica: la lógica formal de los científicos y de los expertos, la lógica discursiva que busca el consenso, y la lógica de intereses de los representantes de asociaciones y organizaciones. La meta de todo proceso de participación consiste en reconocer lo antes posible el conflicto entre las partes y, por medio de la participación de los principales agentes y afectados, descubrir caminos que minimicen o realmente solucionen los conflictos o problemas existentes.[37]

Las dificultades en salud por las que atraviesa el suroccidente colombiano, que no se apartan de la dinámica del resto del país, surgen de la implementación del modelo de aseguramiento en la provisión de los servicios de la seguridad social, de la aplicación en esa misma vía de los subsidios a la demanda a través de la focalización, de la imposición de paquetes de servicios individualizados y diferenciados dependiendo de la capacidad

de pago de cada usuario, lo cual lleva a la consolidación de derechos en salud de tipo patrimonial, es decir unos derechos cuyo disfrute depende del monto del patrimonio y de la capacidad de pago de cada persona. [35]

La participación con “talanqueras” dificulta la apropiación de la ciudadanía de herramientas conceptuales y prácticas para ejercer y exigir sus derechos, para tener de manera efectiva la posibilidad de influir en las decisiones de política pública en el sector, y para acceder a los espacios formales de participación.

En este momento en particular, la coyuntura impone que se construyan y apliquen planes locales de salud que respondan a las necesidades y particularidades de cada región. Igualmente se impone la conformación de las Direcciones Territoriales de Salud, y la consolidación de los entes territoriales de participación social. Además urge la construcción comunitaria de estrategias que conduzcan de manera gradual a la protección de la población más vulnerable a nivel del núcleo familiar, la niñez, la tercera edad y la población con necesidades educativas especiales, entre otros.

La experiencia de construcción del Plan Territorial de Salud del municipio para la vigencia 2008 – 2011, significó un retroceso y ha sido negativa en términos de la participación social y comunitaria, puesto que, en primer lugar, para su construcción la convocatoria fue parcializada y por lo tanto el ejercicio diagnóstico elaborado consistió en una percepción situacional de actores que no fue lo suficientemente representativo, tal como se advirtió y se admitió en los debates con los asesores que orientaron el ejercicio, frente al concejo municipal en su momento. Y en segundo lugar, los anexos técnicos que contienen los planes operativos, que son los que determinan los proyectos a ejecutar y les asignan recursos, no respondieron a la priorización que realizaron los actores que participaron en los ejercicios de percepción de la problemática en salud pública del municipio.[35]

A través de los espacios de participación comunitaria en salud como son el Consejo Territorial de seguridad social en salud “CTSSS”, el Comité de Participación Comunitaria en Salud “COPACOS”, las veedurías y alianzas de usuarios en salud, se ha avanzado en la exigibilidad de los derechos, a partir del conocimiento de la estructura del Sistema General de Seguridad Social en Salud y alcances de la Ley 100 de 1993; asimismo, a través de talleres prácticos realizados en las diferentes zonas del Municipio se difundió información sobre el funcionamiento del S.G.S.S.S y los servicios incluidos en el POS Subsidiado.

4.5 Marchando por la salud (alcances y aprendizajes)

El principal acierto de los campesinos de Inzá, es que se movilizan y organizan como proceso campesino alrededor de los problemas de tierra y territorio, configurando como corolario una propuesta social sobre estas problemáticas, redefinida en la autonomía, la defensa de las comunidades y de la vida campesina y lógicamente la producción de alimentos en pequeña escala.

Las debilidades y dificultades se presentaron en el desarrollo de un proceso cargado de aciertos políticos: organización política, e ideológicos: identidad campesina y anti-capitalismo.

Parte de los avances sociales de los campesinos Inzeños provienen de los programas contra la pobreza del Estado colombiano tales como familias en acción, subsidios en salud, restaurantes escolares, hogares de bienestar y gratuidad de la educación. Sin embargo, estas ayudas pueden ofrecer una falsa protección paternalista que de algún modo genera dependencia y comodidad, llevando a que las personas pierdan el interés por su desarrollo individual y colectivo.

Gracias al modelo de gestión de la asociación, fue posible vincular ONG's de la comunidad internacional a la ejecución del Plan de Desarrollo, las cuales aportaron importantes recursos de cooperación internacional a proyectos como el fomento a las asociaciones de productores como los paneleros, y el proyecto de la emisora comunitaria.

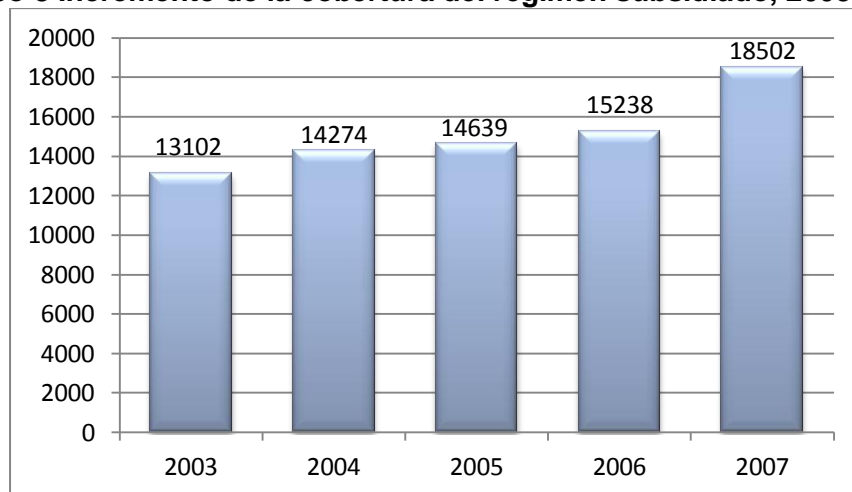
El único camino para lograr el objetivo de garantizar universalidad, calidad, adaptación cultural y oportunidad de los servicios de salud, es la construcción de escenarios democráticos y participativos, y para ello es necesario implementar procesos educativos e informativos que cumplan con las mismas características. Igualmente se requiere abandonar la vieja práctica, que ha hecho carrera en muchos municipios, de contratar a expertos que diseñen por las comunidades, desde un escritorio y a la distancia, planes descontextualizados, mediante el procedimiento de cortar y pegar párrafos en formatos prefabricados, cambiando en ellos únicamente lugares y fechas. [35]

Es igualmente importante, en el marco de la diversidad que caracteriza a estos territorios, articular planes participativos que resulten de diagnósticos comunitarios serios, en donde se compaginen las necesidades y las prácticas tradicionales de salud entre la población campesina e indígena con los diseños estratégicos y los planes de acción de las instituciones gubernamentales, a partir de la formulación de compromisos serios emanados de una verdadera voluntad de inclusión social. [35]

Aunque los recursos económicos son importantes, hay un factor determinante en el direccionamiento de la política pública, que va más allá de lo monetario o fiscal: la voluntad política. Y solo una voluntad real de diálogo garantiza que se abran los escenarios de construcción democrática de la política pública en salud, y así blindar estos escenarios de la corrupción y la "politiquería" rampante en las instituciones departamentales.

Experiencia de participación en los poderes públicos: Alcaldía 2004-2007 “Gobierna pueblo y emprenderás el cambio”. Durante el periodo de la administración municipal de carácter alternativo 2004 – 2007, un logro importante fue lo alcanzado en las jornadas de depuración de las bases de datos del régimen subsidiado en las diferentes zonas del Municipio, a partir de las cuales se ahorró al municipio la transferencia de recursos a las administradoras del régimen subsidiado por concepto de afiliados que teniendo carnet de salud no utilizaban los servicios por diferentes razones como son: el no habitar permanentemente en el municipio, el haber fallecido ó simplemente presentar inconsistencias en la documentación personal. Uno de los objetivos trazados por Administración Municipal 2004 – 2007 fue la de aumentar la cobertura al régimen subsidiado, asignando los cupos por medio de actos públicos donde las personas de manera libre y democrática seleccionaron la Administradora del Régimen Subsidiado de su preferencia, además las personas beneficiadas se priorizaron de acuerdo a la normatividad vigente, dando prelación a los recién nacidos, embarazadas, niños menores de cinco (5) años y discapacitados. En algunos casos para poder acceder a estas afiliaciones fue necesario el aporte de recursos por parte del municipio, con el propósito de dar acceso a la población pobre y vulnerable que lo requiriera. En el periodo se alcanzó un incremento de 5.400 cupos como lo demuestra el Gráfico 8, dado que de 13.102 afiliados en el 2003 se pasó a 15.238 en diciembre de 2007.[35]

Gráfico 8 Incremento de la cobertura del régimen subsidiado, 2003 – 2007



Fuente: [35]

Gracias a los ejercicios democráticos y amplios de construcción del presupuesto participativo del Plan de Desarrollo Local y de las políticas públicas en general, se logró que la comunidad a través de sus líderes y representantes en los diferentes entes locales de participación, por un lado, participaran en la elaboración de los Planes Operativos Anuales para cada sector de la política pública, y que, por otro lado, ejercieran veeduría y control ciudadano a la administración de los recursos públicos y a la ejecución de los diferentes programas y proyectos. De esta manera se garantizó la transparencia, la eficacia y la eficiencia en la gestión, que fue premiada por el Departamento Nacional de Planeación - DNP, al reconocer que la administración del periodo 2004-2007 fue una de las cien mejores del país y otorgando, por los indicadores mostrados, un repunte de 490 puestos en el ranking de desempeño fiscal al municipio de Inzá, lo que estuvo

acompañado de un significativo aumento en las transferencias al municipio como premio a la gestión.

Por último, otra de las virtudes, muy relacionada con la anterior, fue el énfasis a la organización comunitaria alrededor de los problemas prioritarios, con lo cual se crearon redes sociales que se mantienen y han seguido actuando de manera autónoma, como la red de atención a las personas con discapacidad, red de jóvenes, red de escuelas saludables, red de adulto mayor y la red de prevención de la mortalidad materno – perinatal. Estas redes se han convertido en actores protagónicos de la política pública a nivel local, e interlocutores permanentes entre la comunidad y el gobierno municipal.

A manera de resumen, se presenta el siguiente cuadro (Cuadro 5) donde se relacionan los aciertos, desaciertos, dificultados y logros que han hecho parte del proceso organizativo y de movilización que ha realizado la ACIT durante los 2002 a 2009.

Cuadro 5 Alcances y Aprendizajes de las movilizaciones realizadas por la ACIT. 2002 a 2009

ACIERTOS	DESACIERTOS	DIFICULTADES	LOGROS
Se movilizan y organizan como proceso campesino alrededor de los problemas de tierra y territorio.	División y enfrentamientos con población indígena, resultado de las políticas de Estado que se imponen y en las cuales se genera división, exclusión y segregación social.	Invisibilidad campesina y aunque no completa pero si mayor atención a población indígena.	Propuesta social redefinida en la autonomía, la defensa de las comunidades y de la vida campesina. Zona De Reserva Campesina De Inzá.
Políticos: organización política. Ideológicos: identidad campesina y anti-capitalismo. Diálogo con otras organizaciones sociales.	Ausencia de ideas transformadoras de la calidad de vida de las personas.	Recursos económicos. Credibilidad. Poder en manos de los partidos políticos tradicionales.	Alcaldía Municipal Inzá 2004 – 2007. Elaboración de Plan de Desarrollo Campesino. Incremento en el número de afiliaciones al Régimen Subsidiado del SGSSS.
Movilización en torno a la defensa del derecho a la salud y búsqueda del bienestar colectivo.	Ausencia de veeduría ciudadana constantemente en los procesos adelantados por instituciones públicas.	Falta de voluntad política gubernamental y no generación de espacios participativos. Reducción de oferta de servicios de salud. Cierre de centros de salud rurales y reducción de personal. Aumento de problemáticas en salud por desatención.	Evitar el cierre de la IPS pública local “ESE Oriente - Centro de Salud Inzá”

Continuación Cuadro 5.

ACIERTOS	DESACIERTOS	DIFICULTADES	LOGROS
Gestión inter y transectorial con instituciones y organizaciones nacionales e internacionales.	Falta de mayor difusión y de dar a conocer a la opinión pública nacional su realidad mediante medios de comunicación alternativos.	Falta de voluntad de inclusión social por parte algunas instituciones. Incumplimiento de compromisos por parte de actores gubernamentales.	Vinculación de ONG's a la ejecución del Plan de Desarrollo. Recursos de cooperación internacional para proyectos locales.
Elaboración de diagnósticos en salud de forma participativa y por ellos mismos. Construcción de escenarios democráticos y participativos.	No se compaginaron las necesidades y las prácticas tradicionales de salud entre la población campesina e indígena, a partir de los diagnósticos elaborados. Falta de elaboración de perfiles epidemiológicos con datos certeros y confiables.	A nivel de definición de política pública nacional, regional y local, faltó la articulación de planes participativos que resulten de diagnósticos comunitarios y donde se integren acciones desde la inter y multiculturalidad.	Plan Local de Salud 2004 – 2007 construido participativamente. Implementación de procesos educativos e informativos que cumplieran con las mismas características.
Consolidación del área de la salud - Comité de Salud. Entender el sistema de salud colombiano y su escenario socio-político. Conformación de redes de atención a problemas prioritarios en salud.	Alejarse de la política pública local y dejar de insistir como Asociación porque se tengan en cuenta sus aportes.	No se ha logrado establecer como política pública que se mantenga en el tiempo indistintamente de los cambios de administración municipal.	Conformación de las redes: - Contra la mortalidad materna y perinatal. - Nutrición. - Adulto mayor. - Buen trato. - Discapacitados. - Jóvenes.

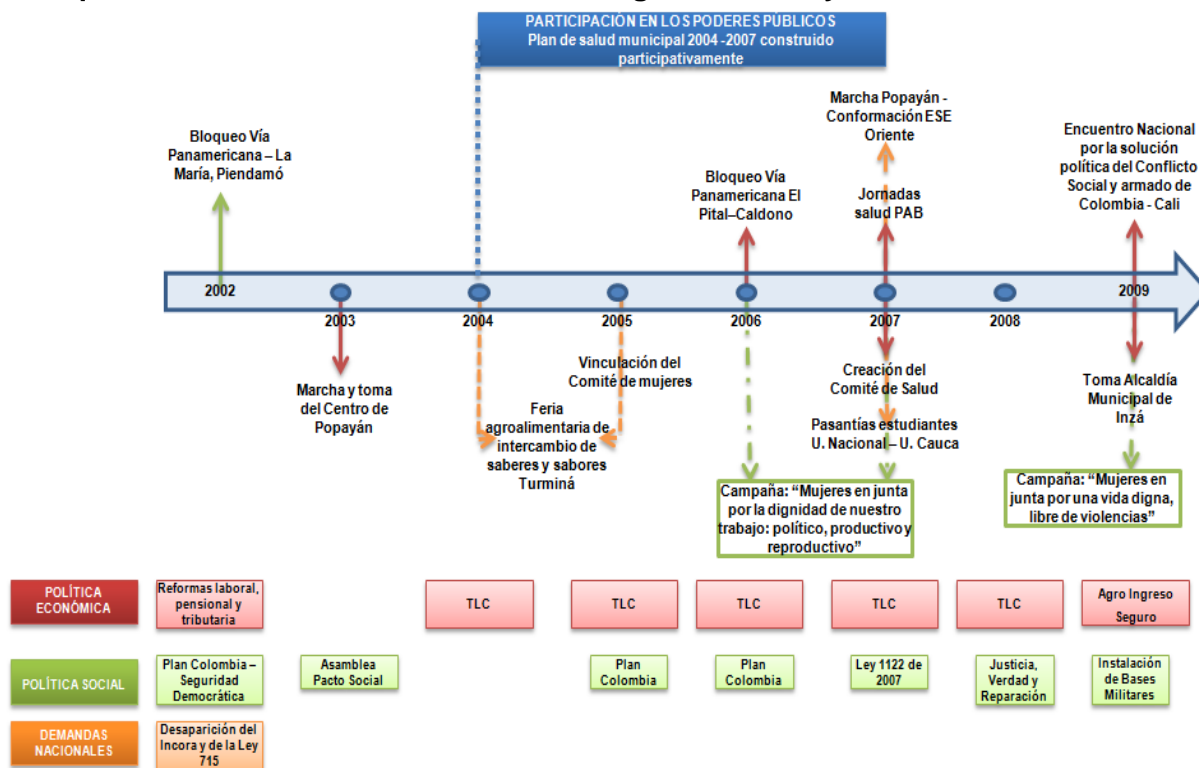
5. Conclusiones y recomendaciones

5.1 Conclusiones

En el desarrollo de los procesos de movilización social en salud adelantados por la ACIT, se han presentado diversas situaciones que dejan un sinnúmero de enseñanzas relacionadas con los aciertos y desaciertos en la toma de decisiones. A continuación se presentan las principales conclusiones:

- Las movilizaciones estudiadas guardan estrecha relación con las políticas trazadas por organismos internacionales y que han sido asumidas por las políticas económicas y sociales nacionales. Las comunidades del Cauca, no han sido ajenas a estas situaciones como puede observarse en el Esquema 7.

Esquema 7 Movilizaciones derivadas de la globalización y el modelo neoliberal



- A nivel nacional, la intermediación y gestión por parte de las EPS es motivo de críticas y denuncias permanentes, que las califican de costosas, ineficientes y de constituir barreras de acceso entre el usuario y los médicos o las instituciones prestadoras de servicios de salud. Algunas EPS han presentado insuficiencias e ineficiencias en la red de operaciones y servicio, entre las que se incluyen casos de corrupción y el rechazo de algunos pacientes por no cumplir requisitos financieros o administrativos básicos, obligándolos a acudir a otros centros de atención y a veces a sufrir sucesivos rechazos que pueden culminar con el fallecimiento de la persona sin recibir la atención necesaria, lo que se le llama popularmente en Colombia como el "paseo de la muerte". Esto no difiere con la realidad que vive el departamento del Cauca y en particular el municipio de Inzá, siendo esta una de las principales razones que motivaron a la ACIT a estar en total desacuerdo con el modelo de salud impuesto.
- Un aspecto fundamental en el proceso organizativo de la ACIT, fue la consolidación del área de la salud mediante la conformación del Comité de Salud. Esto implicó el aporte de elementos para el entendimiento del sistema de salud colombiano (SGSSS) y su escenario socio-político, así como el proceso de potenciación de redes de atención a problemas prioritarios como la red contra la mortalidad materna y perinatal, red de nutrición, red del adulto mayor, red del buen trato, red de discapacitados y red de jóvenes.
- Para la ACIT, la movilización social en salud se constituye en una forma legítima de exigibilidad de los derechos del campesinado ante el Estado y ante cualquier ente o sector que los vulnere. Mediante las estrategias y formas de organización y confrontación empleadas, se pueden evidenciar tanto las causas como las necesidades aparentes que motivan a los grupos sociales a movilizarse.
- La ACIT ha identificado los problemas más relevantes en este sector y se moviliza localmente por un servicio de salud pública y gratuita que reconozca sus particularidades como grupo social e integre sus prácticas cotidianas en salud.
- Entre las principales causas que motivaron los procesos de movilización social en Inzá, se encontraron los efectos del modelo de crecimiento productivo e intervención pública-social (es decir, segregación y conflicto social, fractura de las redes de apoyo, pobreza e inequidades, exclusión social y vulnerabilidad social), el espacio político y mediaciones político – institucionales (relacionado esto con el sentimiento de invisibilidad de los campesinos, la falta de políticas públicas diseñadas para ellos y la concentración del apoyo estatal en la población indígena), la reacción a políticas, programas o proyectos del estado (Estructura y funcionamiento del SGSSS, definición de planes de salud y la conformación de las Empresas Sociales del Estado).
- Las demandas en salud se relacionaron con necesidades y espacios vitales (derechos políticos, económicos, sociales y culturales, redes de apoyo social), Servicios Públicos (ausencia, deficiencia, necesidades de mejoramiento y tarifas), infraestructura básica (hospitales, vías y escuelas, acueducto, servicios sanitarios), salud (aseguramiento y participación social), abusos de las autoridades, el aumento de recursos para la salud pública, demandas de

autonomía territorial (defensa de la soberanía y seguridad alimentaria) y por último el reconocimiento étnico, es decir su identidad como campesinos(as).

- A partir de la experiencia vivida por los campesinos de Inzá, puede concluirse que la participación real tiene lugar cuando los miembros de una comunidad pueden decidir sobre todos los procesos de la vida cotidiana, institucional y comunitaria. Esto implica un cambio en quienes deciden, qué se decide y a quienes se beneficia; cambiando consecuentemente la estructura del poder.
- Esta organización social retomó estrategias de carácter general de la movilización social en salud, lo cual favoreció la interacción con otros sectores de la sociedad, y enriqueció su propia vida comunitaria. A su vez, requirió el conocimiento de las problemáticas sectoriales e implicó un anhelo por participar en las decisiones locales en salud. De la misma forma, reforzó el sentimiento de identidad cultural como vía de valoración y apropiación de lo nacional, regional y local frente a las tendencias globalizadoras; se creó expectativas objetivas de desarrollo social y personal, que contribuyeron al bienestar y equilibrio emocional de las personas que viven en la comunidad, como factor protector de la participación comunitaria; y finalmente, promovió el trabajo comunitario como fuente de colectivismo, de democracia y de contención a las tendencias individualistas.
- Muchas de las movilizaciones sociales se realizaron porque ya se habían agotado otros canales de diálogo con las instituciones, como por ejemplo actas de reuniones, comunicados, derechos de petición y acciones de tutela.
- Una forma de lograr el objetivo de garantizar universalidad, calidad, adaptación cultural y oportunidad de los servicios de salud, fue la construcción de escenarios democráticos y participativos y para ello se hizo necesario implementar procesos educativos e informativos que cumplieran con las mismas características. En este sentido y como aprendizaje de esta experiencia, se requiere de una formulación de planes, programas y proyectos acordes a las necesidades y condiciones de vida de la población afectada.
- En el marco de la diversidad que caracteriza a estos territorios, se evidenció la necesidad de articular planes participativos que resulten de diagnósticos comunitarios serios, en donde se compaginen las necesidades y las prácticas tradicionales de salud entre la población campesina e indígena con los diseños estratégicos y los planes de acción de las instituciones gubernamentales, a partir del establecimiento de compromisos que resulten de una verdadera voluntad de inclusión social.
- Más allá de la gestión de recursos económicos, fue fundamental un factor determinante en el direccionamiento de la política pública: la voluntad política. Solo la voluntad real de diálogo garantizó que se abrieran los escenarios de construcción democrática de la política pública en salud, y así se blindaran estos escenarios de la corrupción y la “politiquería” rampante en las instituciones departamentales y locales.
- No es por simple capricho o por solo llamar la atención que las comunidades recurren a los procesos de movilización social, es también porque existe una necesidad ferviente en los actores sociales por hacerse escuchar, por no permitir

que su voz se apague y sea manipulada por unos pocos en la toma de decisiones fundamentales y en buscar ser reconocidos como actores socio-políticos con necesidades y condiciones de vida diferentes.

- Aunque para los campesinos de Inzá, existió una fuerte necesidad de ver la salud como el acceso a servicios y al aseguramiento, su concepto del derecho no se quedó allí, pues no desconocieron la importancia de reconocer la multiculturalidad presente en el municipio para la definición de los planes y políticas públicas, el respeto del personal de salud en la atención, al igual que el reconocimiento de la existencia de problemáticas que afectan la salud no solo individual sino colectiva.
- La gestión intersectorial en salud buscó el apoyo y los recursos para el mejoramiento de las condiciones de vida de la población y se constituyó en una de las estrategias claves para la continuidad de proyectos y sostenibilidad de los mismos. Así mismo, permitió el acercamiento de ciertos servicios que no eran garantizados ni brindados por el estado pero que por sus características se hacían necesarios o fundamentales para la población.
- La participación en los espacios institucionales de salud como el Consejo Territorial de seguridad social en salud “CTSSS”, el Comité de Participación Comunitaria en Salud “COPACOS”, las veedurías y alianzas de usuarios en salud, favorecieron y facilitaron la exigibilidad de los derechos en especial al aseguramiento y acceso a los servicios, a partir del conocimiento de la estructura del Sistema General de Seguridad Social en Salud y los alcances de la Ley 100 de 1993.
- Las aproximaciones sobre la movilización social desde la salud pública, orientan el análisis del concepto especialmente hacia el empoderamiento para motivar acciones, con el fin de facilitar la toma de decisiones favorables para la salud. En este sentido, los procesos de movilización social para el desarrollo de la participación legítima y del empoderamiento, deben tener en cuenta que la población es sujeto y no sólo objeto del proceso. Según las circunstancias cada miembro de la comunidad puede tomar parte en la construcción y producción de la salud, en las que intervienen además del sector salud otros sectores y la población en forma individual u organizada.
- El aprendizaje de las movilizaciones cualifica los actores sociopolíticos en la discusión, la reflexión y la construcción de las políticas públicas en salud, lo cual debe redundar indirectamente en estas políticas y en la salud de los colombianos. Se espera que con los resultados de esta tesis de investigación, algunos de los grupos sociales que inician su proceso organizativo fortalezcan el ejercicio de la ciudadanía en salud.
- Según los sistemas médicos existentes (occidental, tradicional y popular), surgen diversas maneras de atender la salud, ajustada cada una a formas específicas de comprender el PSEA. Las diferentes modalidades de atención a la salud, como respuesta social organizada, son hechos sociales cotidianos y constituyen una estructura necesaria para la producción y reproducción de cualquier sociedad, por

lo tanto cada grupo social, posee saberes y prácticas en salud que además de cumplir con sus funciones específicas, los identifican.

- Dentro del concepto de calidad de vida, la salud es considerada como una dotación básica, al ser indispensable para el desarrollo humano físico, emocional e intelectual. Junto con la salud existen otras dotaciones básicas como la educación, la alimentación, la recreación, el ocio, la vivienda, la seguridad y medio ambiente. Del mismo modo, coexisten unas dotaciones complejas que hacen al sujeto ser parte de una comunidad, es todo aquello que da el sentido de la existencia y el fin que se pretende con ella, pero especialmente mediado por un interés colectivo más no personal. Estas dotaciones son: la libertad, la autonomía, la justicia, los valores colectivos, el enraizamiento, la identidad y la pertenencia.
- Finalmente, son las comunidades las que deben exigir y liderar la construcción de estos planes locales y la vigilancia sobre los recursos públicos y sobre la conducta de quienes los administran: *“los derechos no se nos otorgan de manera espontánea, es nuestra responsabilidad exigirlos”*[35].

5.2 Recomendaciones

Las recomendaciones que surgen del análisis a los resultados encontrados en esta investigación, sugieren en general, la importancia de replantear las formas como se formulan y ejecutan las políticas y planes de salud, particularmente aquellas dirigidas a la población rural.

5.2.1 Para la academia

- Proponer investigaciones que documenten y profundicen experiencias de organizaciones comunitarias comprometidas con la exigibilidad del derecho a la salud, con base en nuevas formas de abordaje de las problemáticas en salud en el marco del Sistema General de Seguridad Social y en las dinámicas de participación comunitaria.
- Impulsar y acompañar este tipo de procesos organizativos, mediante convenios académicos que permitan acercar a los estudiantes de educación superior a las problemáticas de la comunidad. Este acompañamiento debe hacerse en el marco de la participación comunitaria y la gestión social, donde se vincule el apoyo de los distintos sectores e instituciones, como también una mirada desde lo inter, multi y transdisciplinar.
- El desarrollo académico y comunitario debe permitir la construcción de una escuela de colectivismo y democracia, la cual frene las tendencias individualistas y estimule la formación con un sentido colectivo y sensible a las problemáticas sociales.

- Al plantear proyectos de extensión que involucren la comunidad, se deben buscar resultados alcanzables y positivos de desarrollo social y personal, que contribuyan al bienestar y equilibrio emocional de las personas que viven en la comunidad, como factor que impulse la participación comunitaria.

5.2.2 Para la ACIT

- Con los resultados de esta tesis, la Asociación Campesina de Inzá Tierradentro cuenta con una información retrospectiva organizada y sistematizada, que debe permitirle evaluar sus procesos organizativos y generar nuevas formas de participación particularmente en salud y toma de decisiones.
- Continuar y hacer efectiva la exigencia de apoyo del gobierno local para estructurar la política pública en salud desde un trabajo intersectorial (con las organizaciones sociales, redes de apoyo, hospital local, etc.) y la articulación de la salud a la gestión social del territorio.
- Propiciar un espacio de encuentro con las demás organizaciones sociales del municipio, donde se realice la recuperación de la memoria de sus movilizaciones, sus alcances, aciertos y desaciertos. El acercamiento debe partir del reconocimiento de que muchas de las tensiones internas entre grupos sociales obedecen más a las políticas de Estado que se imponen y en las cuales se genera división, exclusión y segregación social. Para esto recordar el adagio que dice: “la unión hace la fuerza”, y no caer en el juego de la mala política: “divide y vencerás”.

5.2.3 Para los definidores de política pública en salud

- El Ministerio de la Salud y la Protección Social, debe trazar una política que respalde el ejercicio de ciudadanía en salud, para que organizaciones como la ACIT, puedan propagar, abanderar y monitorear el seguimiento de las propuestas que han construido, a nivel municipal, departamental e incluso nacional.
- Estos resultados deben servir como insumo para elaborar propuestas en el ámbito local, regional y nacional, aprovechando que actualmente se ha incluido en la agenda política el estudio de una reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Ante la definición de una política pública y en particular de salud, es necesario reconocer el sentimiento de identidad cultural como vía de valoración y apropiación de lo universal, lo nacional y lo local frente a las tendencias globalizadoras.

- Fomentar espacios reales de participación social, pues al propiciar la expresión de intercambio de ideas y opiniones entre los miembros de la comunidad se logra fortalecer los procesos de cohesión social y la construcción democrática de políticas que los involucran, con la consecuente adhesión y apropiación de dichas políticas.
- Articular planes participativos que resulten de diagnósticos comunitarios serios, en donde se compaginen las necesidades y las prácticas tradicionales de salud entre la población campesina e indígena con los diseños estratégicos y los planes de acción de las instituciones gubernamentales, a partir de la formulación de compromisos formales emanados de una verdadera voluntad de inclusión social.

A. Anexo: Guía de entrevista semi-estructurada

**ESTUDIO DE LOS PROCESOS DE MOVILIZACIÓN SOCIAL EN SALUD
ADELANTADOS POR LA ASOCIACIÓN CAMPESINA DE INZÁ TIERRADENTRO EN
EL MUNICIPIO DE INZÁ, CAUCA. 2002 A 2009.**

GUÍA DE ENTREVISTA

La guía de entrevista está configurada como un marco flexible que orienta la conversación. La propuesta de conversación se organiza desde una perspectiva deductiva, partiendo de elementos generales hacia aspectos puntuales, donde se logre identificar las apreciaciones valorativas de los entrevistados acerca de movilización social, movilización social en salud, su definición de campesinos, importancia de la organización social, demandas realizadas mediante las movilizaciones y logros alcanzados.

Para el desarrollo de las preguntas se debe tener en cuenta lo siguiente: La salud como objeto, como método y como instrumento de movilización.

Preguntas orientadoras:

1. ¿Dentro del proceso organizativo de la ACIT, cuál ha sido su papel?, ¿Considera que ha realizado aportes al mismo?, ¿Cuáles aportes?
2. ¿Cuáles considera han sido las principales movilizaciones adelantadas por la ACIT, en busca de defender el derecho a la salud durante los últimos 10 años? ¿Cuáles fueron los principales motivos para esas movilizaciones? ¿Qué personas estuvieron involucradas en esos procesos?
3. Ante esas necesidades, ¿se realizó alguna gestión intersectorial? ¿Quiénes se vincularon y de qué manera?
4. Antes de que se conformara la E.S.E. Oriente ¿cómo era la organización y prestación de servicios de salud en el sector urbano y en lo rural?
5. Luego de la conformación de la E.S.E., ¿Qué ocurrió con Centros de salud y los promotores (as) de salud del área rural?
6. Cuando se estableció el Decreto Departamental 0275 de 2007, por el cual se creaba la E.S.E. Oriente, la ACIT participó en proponer la modificación de algunos artículos de dicho Decreto. ¿Cuáles se solicitaron modificar y porqué? ¿Cuáles se lograron modificar? ¿Qué otras organizaciones o actores sociales estuvieron involucrados? ¿Cuál fue el papel específico de la ACIT en este proceso?
7. En el año 2009, se realiza un comunicado a la opinión pública acerca de problemas en la atención por parte de la E.S.E. Oriente, ¿Qué se reclamaba? Y de esto ¿Qué se ha solucionado hasta ahora?
8. ¿Cuales considera han sido los principales aciertos de la ACIT en su proceso organizativo?, ¿Cuáles sus debilidades y dificultades? ¿Sus principales logros?
9. ¿En el sector salud del municipio de Inzá que problemas persisten?
10. Desde la ACIT, ¿Cómo ha sido el diálogo con otras organizaciones sociales para buscar la reivindicación de derechos colectivos como la salud, educación, territorio, entre otros?

B. Anexo: Consentimiento Informado



Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

Esta investigación corresponde a una tesis para optar al título de magíster en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia.

La presente investigación es dirigida por la profesora Martha Esperanza Fonseca Chaparro y la estudiante de Maestría en Salud Pública Mónica María Peña Osorio, de la Universidad Nacional de Colombia. El objetivo de este estudio es identificar y analizar los procesos de movilización social adelantados por la Asociación Campesina de Inzá Tierradentro, relacionados con las demandas de salud durante los años 2002 a 2009, en el municipio de Inzá - Cauca.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista. Esto tomará aproximadamente 30 a 40 minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Martha Esperanza Fonseca Chaparro y Mónica María Peña Osorio. He sido informado (a) de que el objetivo de este estudio es _____

Me han indicado también que tendré que responder preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 30 a 40 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a Martha Esperanza Fonseca Chaparro al teléfono 3165000 ext. 16019 ó 3112483909.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

Ciencia y tecnología para el país

Carrera 30 No. 45-03, FACULTAD DE ODONTOLOGIA, Edificio 210, Departamento de Salud Colectiva,
Of. - 210. Teléfonos: 57 (1) 3165606 Conmutador: 57 (1) 3165000 ext. 16019- 16011 – 16012
Correo electrónico: deparsaco_fobog@unal.edu.co - ceninvest_fobog@unal.edu.co
Bogotá Colombia, Sur América

C. Anexo: Identificación de problemas relacionados con el aseguramiento de la población de Inzá, elaborada por aprendices del Técnico Profesional en Salud Pública – SENA. 2009

AREA SUBPROGRAMATICA	PROBLEMA	CAUSAS	ALTERNATIVAS DE SOLUCION
Promoción De La Afiliación Al SGSSS	Las personas con capacidad de pago no se afilian al SGSSS porque desconocen su importancia.	Falta de información sobre las ventajas de la vinculación al sistema general de seguridad social. El costo de la afiliación es muy elevado (salud, pensión. Riesgos profesionales). Bajo nivel socioeconómico.	Educación e información a la población con capacidad de pago sobre los beneficios del SGSSS. Incremento de fuentes de empleo.
Identificación Y Priorización De La Población A Afiliar	Cobertura del 66.9% de la población prioritaria. La E.P.S. indígena debe responder por el pago de la atención y medicamentos de los comuneros que se encuentran afiliados a la AIC pero carecen de documento de identidad. Población indígena con criterios para ser afiliada al Régimen subsidiado pero con barreras de acceso al mismo. Duplicidad en la afiliación al régimen subsidiado y régimen contributivo.	Ampliación de cobertura con cupos mínimos. Personas afiliadas sin documento de identidad (indígenas) adultos y menores sin identificación. Dificultades en el acceso geográfico. Retraso en la entrega de documentos y costos del mismo. Desconocimiento de la importancia de obtener un documento de identidad. Los resguardos no reportan a tiempo la base de datos del listado censal de sus comunidades. Los resguardos no cuentan con recursos económicos para actualizar la base de datos. No hay criterios claros de priorización en la población indígena. Población priorizada sin documento de identificación. Desconocimiento de la importancia de reportar la vinculación temporal o definitiva al régimen contributivo y las consecuencias de no reportar.	Gestión y asignación de recursos propios para incrementar la cobertura del régimen subsidiado. Realización de jornadas de identificación para la población indígena. Realizar cruce de base de datos con frecuencia. Informar a la población sobre la necesidad de realizar reportes de los cambios dentro del SGSSS.
Adecuación Tecnológica Y Recurso Humano Para La Administración De La Afiliación En El Municipio	Sistema de identificación de beneficiarios no confiable.	Encuestas del SISBEN realizadas desde las oficinas por tanto no se pueden verificar datos. No hay personal suficiente para trasladarse a las comunidades a realizar encuestas del SISBEN.	Aumento de personal disponible y capacitado para realizar encuestas en las zonas rurales del municipio.
Celebración De Contratos De Aseguramiento	Los contratos celebrados entre la IPS y las EPSS no son sometidos a procesos permanentes de interventoría.	Los gestores presentes en el municipio no tienen la capacidad ni las competencias para adelantar procesos de interventoría a los contratos celebrados con la IPS. Las personas encargadas de los procesos de interventoría no realizan visitas frecuentes al municipio.	Fortalecer los procesos de interventoría y seguimiento constante por parte de las EPSS a los contratos celebrados con la IPS a los contratos celebrados entre las EPSS y la alcaldía.
Administración De La Base De Datos De Los Afiliados	Baja capacidad tecnológica en la administración del SISBEN. Software desactualizado.	Fallas en el fluido eléctrico que daña el programa. No se asignan recurso para mantenimiento del programa.	Asignar recursos para actualizar el software.
Gestión Financiera Del Giro De Los Recursos	Existen demoras entre 30 y 60 días en los pagos de la alcaldía a las EPSS.	Las EPSS no reportan a tiempo las novedades y demás documentos, lo que retrasa el flujo de los recursos. Fallas en el internet de la alcaldía ya que los pagos se realizan por transferencia electrónica.	Optimizar los procesos para mejorar el flujo de recursos.
Interventoría De Los Contratos Del Régimen Subsidiado	Metas de Promoción y prevención muy bajas.	No se realizan actividades efectivas de demanda inducida por parte de las EPS. Las EPS no hacen seguimiento a los	Fortalecer los procesos de interventoría a los contratos con el régimen subsidiado

(Continúa...)		contratos celebrados con la ESE.	por parte de la coordinación de salud.
Vigilancia Y Control Del Aseguramiento	Las EPS no realizan reporte oportuno de novedades.	Procesos de carnetización y de reporte de novedades poco efectivos en las EPS.	Formular planes de mejoramiento a los procesos de carnetización y de reporte de novedades.

Fuente: [18]

Glosario

AUTONOMÍA: Actos mediante los cuales una persona y una comunidad deciden realizar por sí mismos su idea de mejorar.

CAMPESINO: El campesino es tradicionalmente definido en sociología como el miembro de una comunidad en una sociedad agraria o rural.

DESARROLLO: Constante práctica de la solidaridad en búsqueda del mejorar.

EMPODERAMIENTO: El empoderamiento se entiende como un proceso mediante el cual los individuos y la población colectivamente se fortalecen, se apoderan de conocimientos y destrezas que los habilitan para tomar decisiones informadas.

IDENTIDAD: Ejercicio de reconocimiento autónomo de la memoria viva de la comunidad.

MEJORAR: Mejoramiento continuo de las condiciones de vida de la comunidad inzaña.

METADERECHO: El concepto de metaderecho lo propone Amartya Sen teniendo en cuenta la necesidad de promover la garantía efectiva en la protección de los derechos sociales, superando su concepción como aspiraciones lejanas.

MINGA O JUNTA DE TRABAJO: Dinámica propia de la región mediante la cual, a través del ejercicio solidario se solucionan colectivamente problemas individuales y de toda la comunidad.

ORGANIZACIÓN SOCIAL: Proceso mediante el cual una comunidad se organiza para la realización de intereses comunes.

PRODUCCIÓN AGROALIMENTARIA: Actividades productivas dirigidas al fortalecimiento de la autosuficiencia alimentaria, y una mejor relación con la naturaleza.

TERRITORIO: Espacio de que depende la subsistencia material y espiritual de una comunidad.

Bibliografía

1. Rincón, J.J., *¿Indígenas vs. Campesinos? Aproximación a la tensión entre comunidades del Cauca*. Publicaciones: desde abajo, 2006. **109**.
2. González-Molina, J., *Educación, movilización social y abogacía para promover la salud*. Revista Medica Uruguay 2002. **18**: p. 192-197.
3. Alcaldía Municipal de Inzá, -. *Documento PAB – Inzá, 2004-2007*, Cauca, Editor. 2004: Inzá.
4. ACIT, *Empoderando el futuro*, Cauca, Editor. 2004: Inzá. p. 38.
5. ElTiempo. Available from: www.eltiempo.com.
6. ACIT, *Diagnóstico Rural Participativo. Asociación Campesina de Inzá Tierradentro - ACIT*. 2010: Inzá.
7. Luna, J., *La participación en salud laboral de los trabajadores y trabajadoras en Colombia*. . 2002, Bogotá: Fondo Editorial.
8. Caballero, C.E., *Los campesinos*. 1974: Instituto Colombiano de Cultura. Canal Ramírez -Antares. 214.
9. Sevilla, E., *La Pobreza de los Excluidos. Economía y sobre vivencia en un resguardo indígena del Cauca*. 1986: Editorial ETHNOS.
10. Farlex. *TheFreeDictionary*. 2011 [cited 2011 Octubre 10]; Available from: <http://es.thefreedictionary.com/encomienda>.
11. ACIT. [cited 2010 16 Diciembre]; Available from: <http://www.acit.org.co>.
12. ACIT, *Empoderando futuro. Experiencia organizativa de la Asociación Campesina de Inzá - Tierradentro*. 2011, Inzá-Cauca.
13. *Declaración Final del Foro Mundial sobre Soberanía Alimentaria. Por el derecho de los pueblos a producir, a alimentarse y a ejercer su Soberanía Alimentaria*. 2001: La Habana - Cuba.
14. Max-Neef, M., *Desarrollo a Escala Humana, una opción para el futuro*. 1997, Medellín: Proyecto 20 Editores.
15. Sen, A., *Desarrollo y libertad*. 2000: Editorial Planeta.
16. Orozco, J.M., *Caracterización del mercado del aseguramiento en salud para el régimen contributivo en Colombia*. 2008.
17. Torres, M., *Entre la oscuridad y la esperanza*. Le Monde Diplomatique, 2005. **4**(35): p. 16-17.
18. SENA, *Diagnóstico de Salud. Municipio de Inzá - Cauca*, -. Alcaldía Municipal de Inzá, Editor. 2009.
19. Ospina, J. and C. Ortíz, *Autoatención en salud oral en el pueblo Yanacona de los andes del sur de colombia*. Acta Odontológica Colombiana, 2011. **1**(2): p. 85 - 101.

20. Osorio, R.M., *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*. 2004, Distrito Federal: Biblioteca de la medicina tradicional mexicana Conaculta.
21. Souza, M.C.D., *El desafío del conocimiento. Investigación en salud*. 2004, Buenos Aires: Lugar editorial.
22. Molano, E.J., *Representaciones sociales de la Salud y la Enfermedad en la Comunidad Indígena Páez del Resguardo de San Andrés de Pisimbalá, Cauca: una revisión documental. Trabajo de grado para optar el título de Odontólogo*, in *Facultad de Odontología*. 2004, Universidad Nacional de Colombia: Bogotá.
23. Gutiérrez, V., *Medicina Tradicional de Colombia, Magia, Religión y Curanderismo*, ed. U.N.d. Colombia. Vol. II. 1985, Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Editorial Presencia Ltda.
24. Melucci, A., *Acción colectiva, vida cotidiana y democracia*. 2002, México: El Colegio de México.
25. Arnoletto, E.J., *Glosario de Conceptos Políticos Usuales*, EUMEDNET, Editor. 2007, <http://www.eumed.net/dices/listado.php?dic=3>.
26. Novoa, E.A., *Luchas cívicas. Trayectorias geopolíticas en Colombia: Movimiento Cívico del Oriente Antioqueño, Movimiento Popular Los Inconformes, Comité de Integración del Macizo Colombiano*. 2009, Colombia: ed: Instituto Unidad de Investigaciones Jurídico-Sociales Gerardo Molina UNIJUS, Universidad Nacional.
27. Díaz, L. and C. Mueses, *Protesta indígena y movimiento social en Colombia apropiación política de La María-Piendamó (Departamento del Cauca, Colombia)*, in *II Jornadas Internacionales de Problemas Latinoamericanos: Movimientos sociales, procesos políticos, y conflicto social, escenarios en disputas*. 2010: Realizado en Córdoba - Argentina.
28. *Comunicado a la opinión pública. Organizaciones sociales de Inzá: ACIT, JUAN TAMA y Comité Municipal de Maestros*. 2009.
29. Fonseca, M.E., *Memorias I Congreso Internacional de Salud Bucal Colectiva – Medellín Antioquia*, U.d.A.-F.d. Odontología, Editor. 2006.
30. Uprimny, R., *El derecho a la salud en la jurisprudencia constitucional colombiana. En: La salud pública hoy: Enfoques y dilemas contemporáneos en Salud Pública*, S. Franco, Editor. 2003 División de Divulgación Académica y Cultural - Sección de Publicaciones: Bogotá. p. 315 - 320.
31. Bourdieu, P., *Sociología y cultura*. 1990, México DF: Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, Grijalbo. 228.
32. Hernández, M., *El enfoque sociopolítico para el análisis de las reformas sanitarias en América Latina*. Revista Cubana Salud Pública, 2003. **29**(3).
33. CEPAL, *Capital social y reducción de la pobreza en América Latina y el Caribe: en busca de un nuevo paradigma*. 2003, Santiago de Chile: Naciones Unidas.

34. Bahamondes, M., *Evaluación y fortalecimiento del capital social campesino. Informe final.* 2001, Santiago de Chile: CEPAL/INDAP/IICA/PRODECOP.
35. Ortega, G.G.P.L.T., *El derecho a la salud en tiempos del aseguramiento: una mirada desde las comunidades rurales. Experiencia organizativa de la Asociación Campesina de Inzá Tierradentro - ACIT.*, in ALAMES. 2009: Bogotá.
36. Herrera, H.A., *La comunidad y su estudio: Personalidad- Educación- Salud.* 1995, La Habana: Pueblo y educación.
37. Pérez, Y.M., *Actores sociales, su papel en el campo de la salud.* Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos, 2008. 6(1).