

LA SALUD EN EL CAUCA: UNA PROSPECTIVA POLITICA

Hugo Portela Guarín¹

“Lo que en algunas culturas cae dentro de la categoría de salud en otras pertenece a la esfera de la enfermedad. Cada grupo humano posee, además, su propia percepción de lo que es la enfermedad y las definiciones que de ella se dan no son, necesariamente, coincidentes... la enfermedad es, fundamentalmente, un modo de clasificar un conjunto de hechos significativos en una cultura y que no depende de las condiciones objetivas desde la perspectiva médico-científica”.

Prat et al. (1980:46-47).

Una de las características del Cauca es la variedad de culturas de la salud² vernáculas o construidas en la dinámica intercultural que contrastan con los sistemas o modelos médicos construidos por la comunidad científica. La evidencia cotidiana de esta diversidad fue interpretada y registrada en la nueva Constitución Política de Colombia y ha sido tenida en cuenta, pero de una manera marginal (por no decir retórica), en los paquetes legislativos para el desenvolvimiento sectorial. Sin embargo, aunque la existencia de estas culturas de la salud es innegable se enfrenta con la política de eliminación de la diversidad como condición necesaria para el desarrollo, a pesar del fracaso de muchos programas de salud estatales y no estatales. Además, la negación hegemónica de las diferencias existentes y las decisiones centralizadas se han convertido en los principales factores generadores de violencia en Colombia, produciendo un impacto negativo sobre el bienestar de la población, uno de los problemas prioritarios de la salud pública. La revisión de esta experiencia debe conducir a una reconceptualización de la salud y del desarrollo; en vez de ser obstáculo la diversidad cultural debe ser un potencial efectivo para el nuevo concepto de desarrollo integral y armónico de la sociedad

La situación actual de la salud en el Cauca demanda proponer modelos de bienestar común que garanticen salvaguardar el carácter multiétnico y pluricultural de nuestra sociedad, sustentados en el respeto por la diversidad como premisa fundamental para una mejor convivencia social. Una propuesta estratégica adecuada para orientar los programas de salud y emergencia social y los proyectos de atención en salud impone la necesidad de apreciar e incorporar los aportes culturales de las tradiciones de las "minorías mayoritarias" (indígenas, afrocolombianos, mulatos) para que la construcción de las nuevas condiciones de

¹ Profesor del Departamento de Antropología, Universidad del Cauca.

² Ante la proliferación de términos como medicina tradicional, folkmedicine, etnomedicina, medicina popular, practicas medicas populares y saberes médicos he adoptado el concepto “culturas de la salud”, es decir, el conjunto de conceptos, valores y comportamientos socialmente definidos y adoptados para modificar o restituir la salud y que, por lo general, buscan restablecer la relación de equilibrio entre los grupos humanos y su medio ambiente natural y social dentro de proyectos propios de desarrollo

bienestar signifique la incorporación de alternativas de participación social, recuperación de los ecosistemas, mejora sustancial de las condiciones de vida y afirmación de las culturas. Esto es especialmente relevante si tenemos en cuenta que el 68.9% de los 1.235.880³ habitantes del Cauca es población rural conformada por diferentes grupos étnico-culturales: mestizos, afrocolombianos, costeños, paeces, guambianos, coconucos, yanaconas, epera, inganos. Por eso el Cauca es un Departamento pluriétnico muy complejo, solamente igualable en Latinoamérica por la región del Chaco argentino. En el seno de esta población operan muchas culturas de la salud que resuelven problemas de enfermedad a través de sus especialistas: médicos facultativos, homeópatas, acupunturistas, terapeutas neurales, *the' walas*, curacas, jaibanás, payés, hierbateros, sobanderos y pulseros que actúan en consecuencia con sus concepciones sobre el cuerpo humano y las representaciones sobre la salud y la enfermedad y resuelven los problemas que se encuentran al alcance de sus conocimientos y experiencias.

A pesar de esta diversidad cultural y de saberes médicos el sector de la salud se ha caracterizado por aplicar de forma indiscriminada las políticas del sistema nacional de salud sin el más mínimo esfuerzo de adecuación; este hecho explica, en buena parte, el poco impacto de esos programas en la estructura de la morbimortalidad. En consecuencia, la política de salud en el Cauca debe partir, ante todo, del reconocimiento real y efectivo de esta diversidad con un proceso participativo que motive el potencial de formas organizativas, de autogestión y de recursos intelectuales y materiales con cosmovisiones diversas que gobiernan saberes médicos diferentes al oficial. Ante estas consideraciones, y pensando a mediano y largo plazo, es importante realizar planteamientos que contribuyan a la definición de una política en salud para el Cauca que recupere la mal interpretada Atención Primaria en Salud y que establezca principios que hagan posible el diseño de políticas regionales de salud a partir del nivel local.

Caracterización de la salud en el Cauca

La población caucana está distribuida en seis regiones diferenciadas culturalmente: (a) la costa Pacífica, con un 95% de población afrocolombiana y con enclaves de indígenas epera-siapidara y mestizos ("blancos"). La forma de asentamiento más común es a lo largo de las orillas de los ríos y las actividades productivas más frecuentes se encuentran en la explotación de madera, agricultura, pesca y extracción de oro; (b) los valles interandinos (norte del Cauca y Patía), con población mayoritariamente afrocolombiana. El primero de ellos es el más densamente poblado del Departamento y se dedica, especialmente, al monocultivo de caña. El valle del Patía se dedica a la explotación ganadera y agrícola y tiene posibilidades de explotación de yacimientos mineros; (c) el altiplano de Popayán, con una población mayoritariamente mestiza dedicada a la explotación cafetera y productos de pancoger, y alguna presencia indígena dedicada al cultivo de fique y productos de subsistencia; (d) la Cordillera Occidental, la zona de más alta colonización caucana, está dedicada al cultivo de café, pancoger y coca; (e) el Macizo Colombiano, con población indígena

³ La Dirección Departamental de Salud del Cauca programó sus actividades para 1999 sobre una población de 1.285.380 habitantes, proyectada a partir del censo de 1993, en el que fue evidente un crecimiento de 25.87% en la población caucana, 2.4% arriba del promedio nacional.

yanacóna y mestiza dedicada a la producción agropecuaria diversa, dada la variedad de climas. La población explota el medio de acuerdo a la tradición andina del uso microvertical del suelo; y (f) la región oriental o área de Tierradentro, donde se hallan asentadas la mayor parte de las comunidades indígenas del Cauca (paeces, guambianos, totoroos, coconucos); su actividad agrícola también es muy diversa, desde las propias de clima frío al cálido. Bien puede denominarse a sus habitantes, conjuntamente con los del Macizo, como los tradicionales guardianes de los páramos.

En todas estas zonas predominan poblaciones pobres; sus condiciones de vida y de salud están invariablemente por debajo del promedio nacional. Sus condiciones de salud se ven gravemente afectadas por los bajos niveles de ingresos y la baja disponibilidad de agua potable, comida, higiene e inadecuados servicios de salud que dificultan su accesibilidad física y cultural. Una de las principales amenazas, no solamente para la salud sino también para su supervivencia, es la destrucción de su hábitat, que proporciona el sustento material y espiritual. La aculturación y la pérdida de cohesión cultural también tienen un impacto nocivo en su salud.

A partir de cinco características básicas (vivienda inadecuada, servicios inadecuados, hogares en hacinamiento, inasistencia escolar y hogares con alta dependencia económica) que se identifican en los hogares o grupos que habitan en la misma vivienda se construye el indicador estatal de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), utilizado para orientar el gasto social. Este indicador identifica como pobres los hogares que poseen, al menos, una de esas características y establece un nivel más severo de pobreza o situación de miseria cuando se reconoce más de una de ellas. En 1993 el 48.1% de los habitantes del Cauca tenía necesidades básicas insatisfechas, superando el promedio nacional (35.8%); la situación más grave ocurrió en la zona rural (62.2%), 3 puntos por encima del promedio nacional. El porcentaje de miseria ese mismo año fue 22.5%, mientras en el ámbito nacional fue 14.9% (DANE 1993)⁴. Por otra parte, existen los indicadores de morbilidad obtenidos por las instituciones de salud a través de registros cuantitativos y estadísticos basados en una clasificación de enfermedades que obedece al sistema institucional; aunque estos registros no incorporan la diversidad de clasificaciones que manejan las otras culturas de la salud las estadísticas logradas por este medio muestran un panorama crítico, reflejo de una situación de marginalidad y pobreza. Aunque en la Dirección Departamental de Salud no existe una recopilación sistemática de datos epidemiológicos desagregados por grupo sociocultural a nivel departamental los datos de mortalidad y morbilidad disponibles proporcionan una evidencia de las significativas inequidades en las condiciones de salud con respecto al resto del país.

En la última década las estadísticas evidencian un mejoramiento del nivel de vida y de salud de los habitantes del Cauca; sin embargo, aún existen crisis de

⁴ Si consideramos que esta información proviene de registros censales que tienen problemas de sesgo y subregistro la problemática puede ser aún más grave. Además, las categorías de pobreza o desempleo son inapropiadas para cuantificar los bienes materiales y los recursos de la población rural, mayoritaria en el Cauca.

convivencia social, severas deficiencias asociadas con el saneamiento básico, bajas coberturas de salud con programas inadecuados y la constante presencia de enfermedades infecciosas y crónicas. Así, la problemática de salud requiere de un plan de emergencia social que permita abordar el hecho de que para los caucanos la esperanza de vida al nacer fue 66 años en hombres y 69.2 años en mujeres entre 1990 y 1995, 0.4 años menor en hombres y 1.0 años menor en mujeres con respecto al promedio nacional. La esperanza de vida en la población indígena fue 36.7 años, muy por debajo del promedio nacional.

Entre 1988 y 1998 se mantuvieron como primeras causas de mortalidad en el Cauca los homicidios y lesiones infringidas intencionalmente por otras personas, presentando los hombres las mayores tasas. Esta causa de muerte es crónica: en 1983 se presentó una tasa alta y en 1991 una muy alta en comparación con otras regiones del país (Ministerio de Salud 1994:14). En orden de importancia siguieron el infarto agudo del miocardio, otras enfermedades del corazón y los accidentes cerebro-vasculares, tal vez reflejando el cambio en los estilos tradicionales de vida; estos cambios aumentan en las poblaciones la susceptibilidad a enfermedades crónicas y adicciones relacionadas con los patrones modernos del régimen alimenticio. Sin embargo, en medio de esta doble carga de enfermedad existen factores protectores asociados con la cultura tradicional (i.e., ausencias de hipertensión y de diabetes). La neumonía es otras de las primeras causas de mortalidad, acompañada por cáncer, sobre todo de estómago.

Aunque la tasa de mortalidad infantil en el Cauca entre 1990 y 1995 fue 24 por mil nacidos, 3.3 veces menor que el promedio nacional, y la mortalidad general coincidió con el promedio nacional (6.1%) este indicador no refleja la realidad, dada la costumbre generalizada en el Cauca de no registrar defunciones, sobre todo en las zonas rurales. La mayor tasa de mortalidad se presentó en el grupo de más de 60 años, seguido por el de menos de 1 año por mortalidad perinatal causada, sobre todo, por complicaciones en el parto. Como principales causas de mortalidad en la población infantil desde 1989 se han mantenido las afecciones anóxicas e hipóxicas del feto o del recién nacido, originadas en el periodo perinatal y las neumonías. Entre 1989 y 1998 la principal causa de enfermedad fue la infección respiratoria aguda. Hasta 1994 la enteritis y otras enfermedades diarreicas presentaron una tendencia a la disminución, pero a partir de allí se inició una tendencia constante al incremento.

Los hospitales del Cauca registraron entre 1989 y 1998 como primera causa de ingreso el parto normal o las complicaciones relacionadas con el embarazo, parto o puerperio, y las patologías respiratorias, afectando principalmente a la población infantil. Las enfermedades transmisibles, como la tuberculosis, siguen afectando una gran proporción de la población del Cauca. Entre 1996 y 1999 la tuberculosis se incrementó en el municipio de Popayán en 330%, llegando a una tasa de 32.9 casos por mil personas (Grupo de Estudio de Tuberculosis del Cauca 2001). La tasa de tuberculosis en la región oriental del Departamento fue 154.93 casos por 100.000 habitantes en 1990, la tasa más alta de Latinoamérica.

Por otra parte, las altas tasas de suicidio son un indicativo del deterioro de las condiciones que afectan la salud mental. Además, el tabaquismo y el abuso de alcohol y otras sustancias son importantes problemas sociales y de salud. La información estadística de la Dirección Departamental de Salud señala que la degradación ambiental y la contaminación constituyen serias amenazas para la población, lo que motivó la necesidad de incluir en los últimos años la neumonía y las intoxicaciones como enfermedades de notificación obligatoria. En 1998 las primeras enfermedades en este grupo fueron infección respiratoria aguda, diarrea y enteritis, neumonía, hipertensión esencial y paludismo.

El desplazamiento de la tierra y la contaminación afectan la provisión de alimentos para los indígenas, afrocolombianos y campesinos y aumentan la probabilidad de desnutrición y hambre. La malaria se ha incrementado en los últimos años con mayor incidencia en la costa Pacífica y los municipios del norte y sur del Departamento; las tasas pasaron de 60 casos por 100.000 habitantes en 1980 a 204.3 casos cinco años después.

A pesar de que el Cauca posee la Estrella Fluvial de Colombia sólo el 10% de sus municipios cuentan con una calidad de agua aceptable. Aunque el organismo estatal encargado de esta problemática se ha transformado aún no configura un plan consecuente; su modificación ha sido sólo organizacional, buscando atemperarse a la concepción de la multicausalidad de la enfermedad.

El sistema estatal de salud en el Cauca

Antes de la actual estructura organizacional el ente rector de la salud en el Cauca transcurrió por dos importantes periodos. El primero, comprendido entre los últimos años del siglo XIX y la primera mitad del siglo XX, se caracterizó por un accionar reducido a la inspección, la vigilancia, la coacción y la educación sobre la higiene y el ambiente como factores relacionados con la enfermedad. El segundo periodo continuó la tendencia higienista precedente; la organización de los servicios con criterios técnicos y salubristas en el contexto de la OMS, la OPS y el Plan Marshal de los Estados Unidos sentaron las bases para el Sistema Nacional de Salud.

En la década de 1960 ocurrió un cambio en el concepto del proceso de salud-enfermedad, pasando de la concepción unicausal a la multicausal; así se logró una relación más estrecha con el desarrollo y lo social, considerando ese proceso como consecuencia de las condiciones de vida de la población. Paralelamente a esta reconceptualización se introdujo una orientación económica de la salud, considerándola como una inversión, y afloraron los conceptos de planeación, ampliación de coberturas y administración de la asistencia médica a costos mínimos. El Estado asumió la responsabilidad de prestación y financiación de los servicios de salud bajo un modelo centralista y tecnocrático, logrando un gran desarrollo institucional y estructurando el Sistema Nacional de Salud, que posteriormente se avaló en la reforma constitucional de 1968. La consolidación de este sistema se logró con la implementación de los Servicios Seccionales de Salud, que se comportaron como dependencias administrativas de los Departamentos y como dependencias técnicas del Ministerio de Salud. Como

señaló el Decreto 056 de 1975 estos servicios fueron concebidos como “el conjunto de instituciones, organismos, agencias y entidades que tenían como finalidad procurar la salud de la comunidad en los aspectos de promoción, protección, recuperación y rehabilitación”. La coherencia del sistema se garantizó mediante la relación contractual entre la nación y los Departamentos y con el funcionamiento de varios subsistemas técnicos nacionales: inversión, información, planeación, suministros y personal. A ella contribuyó el decreto 654 de 1974 que orientó la agrupación de las instituciones en subsectores oficial, mixto y de seguridad social y privado.

Entre 1958 y 1974 la salud pública se afianzó, integrándose a la dinámica del desarrollo, y se otorgó importancia a los conceptos de higiene, salud pública, saneamiento ambiental y medicina preventiva (Ministerio de Salud 1975). Mediante un contrato de integración suscrito con el Ministerio de Salud en 1975 la Dirección de Higiene del Cauca pasó a ser Servicio Seccional de Salud, adquiriendo la personería jurídica en 1984. Con la expedición de la Ley 10 de 1990 se encaminaron los esfuerzos para superar el modelo asistencialista y curativo intramural por uno que abordara el proceso salud-enfermedad de una manera integral en sus componentes de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. Así se inició un nuevo ordenamiento administrativo con el objeto de alcanzar niveles de eficiencia fiscal y administrativa mediante la ampliación de coberturas y el mejoramiento de la calidad y oportunidad del servicio en el subsector oficial en armonía con los otros subsectores y sectores.

Conservando su naturaleza como establecimiento público descentralizado y en consecuencia con la nueva ley el 28 de febrero de 1992 se promovió la reestructuración del Servicio Seccional de Salud, y se le adicionaron los hospitales y centros de salud del Departamento. A partir de los organismos de mayor complejidad que se constituían en sede de Unidad Regional y ubicados en los municipios de Guapi (occidente), Belalcázar (oriente), El Bordo (sur), Santander de Quilichao (norte) y Popayán (centro), se configuró la red de instituciones, de las cuales pasaron a depender, en términos técnicos y administrativos, los organismos de menor complejidad: (1) el tercer nivel de máxima complejidad, representado por el Hospital San José de Popayán, de carácter municipal y receptor de enfermos del Cauca y Departamentos vecinos; y (2) el segundo nivel, conformado por dos hospitales: el antiguo Hospital de Vías Respiratorias Susana López de Valencia, especializado en el tratamiento de personas con tuberculosis, posteriormente convertido en hospital general con la función de administrar la Unidad Regional Centro; y el Hospital Francisco de Paula Santander de Santander de Quilichao, responsable de la administración de la Unidad Regional Norte.

Los organismos de salud de los otros municipios han tenido desarrollos desiguales, tanto en infraestructura y dotación como en recursos humanos, de acuerdo con las posibilidades municipales y la designación de recursos desde el nivel nacional y departamental. Los hospitales de Caloto, Corinto, Miranda, Puerto tejada, El Bordo, Mercaderes, Bolívar, El Tambo, Inzá, Belalcázar y Guapi se desarrollaron como hospitales de Primer Nivel. Los municipios de Toribío, Buenos Aires, Piendamó, Cajibío, Silvia, Timbío y La Vega lograron contar con centros-

hospitales, organismos intermedios entre hospital local y centro de salud. Finalmente, los municipios de Suárez, Padilla, Caldono, Jambaló, Morales, Totoró, Puracé, Sotará, Rosas, La Sierra, Almaguer, Argelia, San Sebastián, Balboa, Florencia, Santa Rosa, López de Micay y Timbiquí contaron sólo con centros de salud.

La Constitución de 1991 cambió este modelo centralista y benefactor por un modelo descentralizado con la intención de que la comunidad participara en los procesos de planeación y co-administración de los servicios de salud. Las entidades territoriales, departamentales, distritales y municipales dirigirían y prestarían los servicios por niveles de complejidad: el primer nivel estaría a cargo de los municipios y distritos, mientras el segundo y tercer niveles estarían a cargo de los Departamentos, desempeñando la nación el rol de ente rector, normativo, planificador, asesor y cofinanciador. Los subsectores de seguridad social, previsión social y servicios privados se integrarían al sistema mediante planeación, complementariedad e integración funcional. Por razones políticas, dificultades de financiación e incompetencia de las instituciones en operacionalizar los postulados de la nueva constitución y la ley 60 de 1993, que distribuyó las competencias y los recursos entre los diferentes niveles de la organización territorial, fueron escasos los logros en el desarrollo y definición de los Sistemas Departamentales y Municipales de Salud. Esta situación motivó la expedición de la Ley 100 de 1993 en la búsqueda de un servicio único de salud.

Complementando la organización descentralizada que se venía realizando en cumplimiento de las leyes 10 de 1990 y 60 de 1993 se pretendió garantizar el cumplimiento de las metas de ampliación de cobertura de los servicios a la totalidad de la población. Así se optó por una forma más racional de financiación de los servicios bajo el esquema de la Seguridad Social y la asignación de subsidios a la demanda para la población de escasos recursos, acorde con lo establecido en la Constitución de 1991. La reforma contempló, además del mejoramiento en la calidad de la prestación de los servicios, la transformación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) en Empresas Sociales del Estado (ESE) y la presencia del sector privado en el área de la salud para cubrir aspectos como riesgos profesionales y pensiones.

Conservando el carácter de establecimiento público descentralizado con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio propio se reestructuró el Servicio de Salud del Cauca con el fin de asumir las competencias establecidas por la ley 100 de 1993. Además, se creó la Sección de Seguridad Social. En consecuencia, la Dirección y Administración Departamental del Sistema General de Seguridad Social en salud del Cauca debe dirigir, brindar asesoría y asistencia técnica a los municipios e instituciones del sector; coordinar, supervisar y evaluar acciones integrales de salud encaminadas hacia la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la comunidad; administrar los recursos; vigilar y supervisar la inversión; y ser intermediario entre la nación y los municipios.

El Servicio de Salud del Cauca adquirió el carácter de Dirección Departamental de Salud en 1996. Fueron transformados en Empresas Sociales

del Estado los Hospitales Susana López de Valencia y Francisco de Paula Santander. Con el propósito de desconcentrar la administración de los centros de salud se crearon, entre otras, las unidades de Timbío, Toribío y Silvia y las de Nivel Primario de Santander de Quilichao (Regional Centro) y Popayán.

En 1998 el Departamento del Cauca logró su certificación por parte del Ministerio de Salud como ente descentralizado pero, por falta de voluntad política, falta de recursos y poco desarrollo de las entidades territoriales, el avance en esta materia ha sido lento. A partir del Decreto 2491 del 1994 el Régimen Subsidiado se convirtió en responsabilidad de las Direcciones Departamentales de Salud, iniciándose en el Cauca con la afiliación de 102.000 personas de 23 municipios financiadas con ingresos corrientes de la nación. Los servicios fueron contratados, inicialmente, con la Red Pública de Servicios. El Régimen Subsidiado se inició en el Cauca en agosto de 1996. Se inscribieron 23 Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) con el objetivo de fomentar, impulsar la afiliación de la población potencialmente beneficiaria, inscribirla y afiliarla, suministrar el carné de salud, difundir entre los beneficiarios las características del Plan de Beneficios y la red de los prestadores de servicios, establecer un programa de promoción y prevención y construir un sistema de administración financiera. A fines de 1996 se habían afiliado al Régimen Subsidiado en los 39 municipios del Cauca 251.809 personas con un total de recursos de \$14.676.383.467. En 1998 existían 25 Administradoras del Régimen Subsidiado, 19 Empresas Solidarias de Salud, 3 Cajas de Compensación Familiar y 3 Empresas Promotoras de Salud, ofreciendo una cobertura de afiliación a 354.679 personas (25.77% de la población total del Departamento y 50.25% de la población de bajos recursos). Para ese mismo año el total de recursos para la financiación del Plan Obligatorio de Salud en este régimen fue \$ 45.586.891.870. Sin embargo, en la actualidad el régimen subsidiado se encuentra en crisis conceptual, administrativa y operativa; además, muchos recursos se han dilapidado en una intermediación que, en otro tiempo, fue vista como la gran posibilidad para fortalecer iniciativas locales en el fomento de la promoción y prevención y en el desarrollo del nivel primario de atención.

En este momento histórico el proceso de salud y enfermedad ha sido tratado como "mercancía". Los criterios clientelistas que se asumieron en la selección de los beneficiarios al régimen subsidiado no tuvieron en cuenta el sistema de selección de beneficiarios (SISBEN) como el mecanismo que clasifica a las personas en niveles socioeconómicos a partir de una encuesta ordenada por los alcaldes en sus jurisdicciones. Entre las ARS habilitadas para administrar este régimen no hubo una sana competencia para obtener el derecho a prestar el servicio, por lo que se ofrecieron servicios complementarios a los propuestos por la ley para ganar simpatías de potenciales afiliados y presionar su escogencia ante los gobiernos municipales. Los criterios técnicos no fueron tenidos en cuenta. Tampoco se establecieron estrategias apropiadas para llegar a la gente con los servicios de salud contenidos en el Plan Obligatorio de Salud subsidiada (POOs). Y cuando se llegó se hizo a través de equipos extramurales que desarrollaron actividades a la manera de "brigadas de salud" con inadecuados registros de información que impidieron el seguimiento a las personas tratadas. Los medicamentos entregados a los pacientes se hicieron con

el criterio de disponibilidad por parte de la empresa. El concepto de solidaridad se diluyó en favor de un criterio de bajo costo en la prestación de los servicios, en detrimento de las garantías del afiliado. La administración y la gestión institucional se hizo con bajos niveles de eficiencia, eficacia y escaso sentido de la equidad. El POOs, como producto del análisis de la prevalencia de enfermedades en Colombia, no tuvo en cuenta las particularidades regionales y culturales, por lo que ha sido inadecuado para la mayoría de las poblaciones del Cauca. Los problemas de salud individuales y colectivos sólo se abordaron a través de servicios médicos asistenciales en la perspectiva biológica, sin tener en cuenta el contexto sociocultural del proceso salud-enfermedad, generando en la población una dependencia que la condujo a consultas innecesarias. Ante las ausencias prolongadas de los servicios se fomentó la automedicación, grave problema de salud pública que se fortaleció con los medios de comunicación y las redes de comercialización de medicamentos sin licencia en las tiendas de la ciudad y en las veredas más alejadas. Así se continuó la tendencia del sistema institucional de salud de “medicalizar la salud”.

El otro régimen existente es contributivo: los individuos y sus familias se afilian mediante el pago de una cotización individual o un aporte económico financiado por el afiliado o en acuerdo entre éste y el empleador. La ley autorizó a las EPS para que asumieran la responsabilidad de afiliación de los habitantes, la movilización de los recursos financieros del sistema y el manejo de los riesgos de salud de los colombianos. Unas 270.000 personas conforman la población beneficiaria de este régimen en el Cauca, a pesar del gran porcentaje de evasión por parte de los trabajadores independientes y las pequeñas empresas que afecta la financiación del sistema y la afiliación de muchas personas al régimen subsidiado.

Todas estas circunstancias han incidido para que se mantenga la concentración de los servicios en los sectores menos vulnerables de la población y para que exista un desequilibrio entre los niveles primario, secundario y terciario. El nivel primario ha tenido un desarrollo muy leve por la falta de coordinación de acciones de los organismos que brindan o tratan de brindar servicios de salud. Además, el desarrollo de los proyectos y actividades educativas, afortunadamente muy variados está orientado, básicamente, a las tareas verticales de información, tienen poca cobertura y usan metodologías y tecnologías inapropiadas a las características socioculturales de la población. Además, el personal profesional, técnico y auxiliar posee una escasa formación en educación en salud. Por el inmediatismo las acciones en salud se plantean a muy corto plazo para afrontar situaciones especiales, sin lograr modificar positivamente la estructura de la morbimortalidad.

A pesar de que los programas del Ministerio de Salud pueden ser adaptados a las especificidades regionales esto no se hace y en su ejecución no se alcanzan los impactos esperados. De hecho, en ocasiones generan nuevos conflictos en algunos de los grupos beneficiarios. Aunque se amplió la red prestadora de servicios de salud a través de la adopción del Sistema de Seguridad Social el acceso a sus servicios y programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad sigue siendo limitado y deficiente. En general, los

servicios y programas son epidemiológicamente y culturalmente inapropiados. Las barreras para el cuidado de la salud incluyen factores estructurales y económicos: distancia y localización de los servicios de salud; aislamiento de las comunidades; falta de cobertura en seguridad social; o falta de capacidad económica para pagar estos servicios. Además, se carece de sensibilidad cultural y de sistemas apropiados para el cuidado de la salud: inaceptabilidad de las prácticas tradicionales de curación y viceversa; barreras del lenguaje; ambiente desagradable e impersonal de los hospitales y clínicas; problemas de actitud.

La interacción de la medicina occidental con las diversas culturas de la salud (medicina tradicional, alternativas) se ha caracterizado por preconcepciones etnocéntricas y un bajo desarrollo en términos de sensibilidad cultural. Es tal la inflexibilidad normativa que directivas y agentes del sector de la salud invocan la norma como mecanismo que impide el acercamiento, colaboración, complementariedad o delimitación entre saberes médicos. La invocación normativa privilegia la concepción hegemónica, impidiendo o abortando procesos de reconocimiento y aprovechamiento mutuos que reclaman los usuarios de las diversas alternativas médicas. La interpretación de la norma está impidiendo el derecho fundamental de que el individuo escoja el tipo de medicina para la recuperación de su salud.

Por otra parte, el énfasis en la capacitación ha sido en un sólo sentido, en vez de ser un enfoque de mutuo aprendizaje. La investigación farmacéutica a partir de las plantas medicinales para el desarrollo de productos potencialmente rentables no está interesada en el mejoramiento de las condiciones de salud de los pueblos; este es un caso evidente de la indiferencia que muestra la sociedad dominante hacia los patrimonios culturales. Los estudios en este campo valoran la importancia de lo cultural sólo en aquellos casos en los que los recursos vegetales puedan ser transferidos a las industrias farmacéuticas. El *modus operandi* de estas industrias ha generado conflictos con las comunidades cuando niega los derechos económicos derivados de los conocimientos ancestrales y no se interesa por el bienestar de las poblaciones y el ecosistema.

El Cauca y sus posibilidades

La eficacia de diversas culturas de la salud arraigadas entre las comunidades indígenas, afrocolombianas y campesinas es socialmente comprobada al interior de las comunidades y empieza a ser reconocida por la comunidad académica. La concepción integral y las formas de socialización de estas culturas de la salud pueden ser alternativas de solución a algunos problemas del Sistema de Salud actual en el nivel primario, sobre todo si tenemos en cuenta que estudios médico-antropológicos realizados señalan la existencia de un sistema cognitivo de salud-enfermedad andino (e.g., Portela 1998).

Las culturas de la salud se sustentan en una propia concepción del cuerpo humano, con su anatomía y fisiología, en contextos ecosistémicos, económicos, sociales e históricos específicos; además, poseen un sistema clasificatorio de enfermedades en consecuencia con especializaciones del conocimiento y técnicas de tratamiento con sus respectivos recursos. La cosmovisión asegura la

coherencia de todos sus elementos constitutivos, a la manera de una teoría implícita que cubre desde el mito hasta la práctica más trivial. En la concepción sobre salud y enfermedad, en la cosmovisión que gobiernan las otras culturas de la salud, se evidencian las diferencias y semejanzas de las prácticas entre ellas y la medicina facultativa.

El proceso salud-enfermedad está enmarcado en una cosmovisión en la que el cuerpo humano es entendido como proyección y continuidad de la naturaleza en una estrecha relación con el entorno natural, con el medio en que las personas se mueven. De igual manera, el bienestar es visto como la armonía de individuos, familias y comunidades con el universo que los rodea⁵; esta concepción exige a los hombres sabios que su contacto y su relación con el enfermo o comunero sea de la misma forma, es decir, no con el individuo aislado sino en relación con todos aquellos aspectos que lo rodean en sus relaciones sociales. Las actividades de los curanderos (*the' walas*, curacas, jaibanás, *tatsembua*, hierbateros, sobanderos, parteras, pulseros) están encaminadas a proteger y a ejercer el control social de su comunidad. Así, las prácticas tradicionales no sólo tratan de garantizar la vida individual sino la vida del grupo.

Uno de los rasgos básicos de la percepción de salud-enfermedad en las culturas de la salud del Cauca es el sentido social y colectivo de que todo lo que amenaza al individuo también amenaza al grupo; la prevención y el enfrentamiento del fenómeno se determinan en consecuencia. Por ejemplo, una diarrea puede ser ocasionado por arco por la presencia de personas o grupos extraños en las comunidades, un hecho que moviliza respuestas sociales. La escala máxima o riesgo salud-muerte está determinado por el carácter social de la enfermedad y su tipo de clasificación. Por ejemplo, la tuberculosis (conocida como picado de pulmón) en sus fases superiores de evolución es devuelta a la medicina facultativa. Ese no es el caso de la diarrea por arco, que debe ser tratada por el médico o curandero tradicional.

En las culturas de salud locales se establece una relación económica salud-tiempo laborable. El acostarse, el dejarse vencer por la enfermedad, debilita la economía familiar cuando no existe seguridad social. Además, la hospitalización modifica los espacios del enfermo y sus relaciones sociales, descontextualizándolo del trabajo. Por lo tanto, el individuo enfrenta en desventaja su cultura con la del otro, en el punto clave de salud-enfermedad-muerte.

Muchas comunidades han logrado sobrevivir a pesar de la ausencia del Estado y gracias a sus saberes médicos y conocimientos sobre los ecosistemas. Las tasas de mortalidad por enfermedades del corazón en las poblaciones indígenas del Cauca son muy bajas, especialmente allí donde las formas tradicionales de vida y el régimen alimenticio no han sido alteradas de manera considerable. Esta situación sugiere que el mantenimiento de la cultura puede

⁵ Los máximos exponentes del manejo integral de la naturaleza andina y depositarios del mejor sistema social de conservación de los ecosistemas frágiles son los paeces, guambianos, coconucos, puraceños, pancitaraes, guachiconos y rioblanqueños, gracias a la tenencia de la tierra bajo la modalidad de resguardos en la Cordillera Central del Cauca. Su conocimiento es una alternativa fundamental para la promoción de la salud y para la continuidad de la vida.

estar asociado con una baja prevalencia de factores de riesgo. Además, la fuerte dependencia de alimentos naturales disminuye el riesgo de adquirir problemas de salud como diabetes e hipertensión.

Entre las culturas de la salud existen medicinas alternativas (practicadas por médicos con formación universitaria) como homeopatía, acupuntura, terapia neural, reflexología y naturismo. Estas medicinas tienen gran arraigo y reconocimiento social y comparten concepciones sobre la salud y la enfermedad semejantes porque el cuerpo humano es concebido como energía circulante y la enfermedad como su desajuste energético. Sus prácticas, aunque diferentes, propician el equilibrio energético en los ejes físico, psicológico y energético.

La participación comunitaria ha sido un proceso histórico y dinámico, evidente en mecanismos de reciprocidad social, económica, formas de gobierno y organización gremial de significativa trascendencia política. De esta manera se asegura la efectividad de programas que garantizan el patrimonio y liderazgo comunitario, así como la incorporación de enfoques culturalmente específicos. Así es posible un proceso de convergencia intersectorial, interinstitucional e interdisciplinario con la voluntad política de las instituciones estatales, organizaciones no gubernamentales y fuerzas sociales para respaldar acciones novedosas. Incluso, es posible lograr la colaboración entre los médicos tradicionales, alternativos y profesionales de la medicina dentro del espacio físico comunitario.

Revisión crítica de las tendencias

El Cauca está enfermo por ausencia de política social. Las posibilidades de construcción de una estrategia de cambio son efectivas si se tiene en cuenta la diversidad cultural, la coexistencia de diversas culturas de la salud, la reconceptualización del desarrollo y la salud, el diseño de políticas articuladas a las dinámicas de los procesos socioculturales con decisiones descentralizadas y la incorporación de los aportes culturales de las tradiciones de las “minorías mayoritarias” dentro de verdaderos procesos sociales de participación social. Además, como señalaron el Ministerio de Salud-DNP (1990:111-159) el modelo médico imperante en América Latina se implantó sin considerar el acervo cultural, la organización social y las condiciones de desarrollo socioeconómico, por lo que estimuló una atención individualizada, especializada y costosa apoyada sobre una tecnología sofisticada concebida para reparar, ubicada en los núcleos urbanos e industrializados y financiada por los usuarios con capacidad de compra. Estas consideraciones exigen un cambio en la actitud institucional y un nuevo enfoque del concepto de salud que supere la visión biologicista y la reemplace por una concepción integral que incorpore el orden transcultural.

La tendencia de corte biologicista contribuyó a una visión parcial de otras culturas de la salud. Cuando esta tendencia se aproximó a ellas en una relación analítica abordó solo sus prácticas curativas⁶ como un componente parcial, con el

⁶ Estas prácticas curativas han sido denominadas específicas o empíricas por Herrera y Loboguerrero (1983), es decir, coherentes con la racionalidad médico-científica pero no inscritas en su perspectiva y, por lo tanto, situadas por fuera de su saber-poder.

propósito de “dilucidar” el matiz de científicidad para incorporarlas en el corpus teórico de la medicina occidental. La Organización Mundial de la Salud, a través del programa “Salud Para Todos en el Año 2000”, pidió a los gobiernos adscritos que en sus programas nacionales tuvieran en cuenta las prácticas de salud diferentes a las médico-alopáticas con el propósito de evitar conflictos culturales y ampliar las coberturas al mayor número de grupos diversos culturalmente. Así, el conocimiento científico (convertido en una vara de medida) se introduciría en los complejos culturales de los grupos humanos y luego se establecería qué tanto se impregnaron de fundamentos científicos. Esta situación ha sido posible porque las prácticas de salud se han observado, analizado y explicado de forma aislada y fuera de contexto, privilegiando sólo uno de los aspectos de la naturaleza humana, el biológico, y relegando a planos de menor interés la naturaleza cultural.

En este sentido, los análisis fito-químicos de plantas medicinales utilizadas en rituales curativos y reconocidas como eficaces por los grupos humanos donde se utilizan no han dejado en evidencia la presencia de principios bioactivos, desde la perspectiva de la farmacopea, porque los análisis han dejado por fuera variables como la combinación con otras plantas medicinales, la previa ingestión de plantas de conocimiento ⁽⁷⁾ y las valoraciones culturales de su eficacia. A la medicina occidental sólo parecen interesarle las reacciones y transferencias químicas que ocurren dentro del cuerpo, ignorando los conocimientos etnobotánicos y la eficacia cultural. Como indicó Coe (1984:117-119):

“La ciencia médica interpreta siempre los signos y los síntomas en relación con sus conocimientos acerca del modo de acción del organismo ... de su estructura y funcionamiento; es decir, anatomía y fisiología ... hay que decir que, como ciencia, no trata en absoluto con el hombre enfermo sino con los procesos fisiológicos que ocurren dentro del organismo, sobre todo cuando se ha establecido mediante el diagnóstico que se trata de un caso, de una enfermedad”.

Aunque la medicina facultativa también reconoce en el proceso salud-enfermedad la estrecha relación del individuo con su medio social y cultural ese reconocimiento tiene que ver, casi exclusivamente, con infraestructura y formación del recurso humano y su inserción en una sociedad determinada, en nuestro caso la sociedad capitalista, mercantilista e individualista. El tratamiento de las enfermedades se realiza a partir de una disección partitiva del organismo: así como el obrero se especializa en un determinado aspecto de la producción, sin comprender el funcionamiento del conjunto, el médico también se especializa en el aparato respiratorio, digestivo, cardiovascular, reproductor, perdiéndose la visión integral. La clasificación de enfermedades en la medicina facultativa se hace por sistemas orgánicos paralelos al desarrollo tecnológico: enfermedades del sistema circulatorio, del aparato respiratorio, etc. La práctica médica se efectúa en individuos aislados de su medio sociocultural, como si fuesen entes biológicos fuera de relación; es decir, se ve la salud y la enfermedad pero no al

⁽⁷⁾ Se denominan como plantas de conocimiento: la coca, el yagé y el tabaco usadas por los hombres sabios de las culturas indígenas del Cauca, para agudizar los niveles de sensopercepción corporal que les permite una comunicación más profunda con el mundo y la realidad. Su ingestión es previa al consumo de otras plantas medicinales.

individuo como ser social. La diferencia no está en el individuo concreto, pues en las culturas de la salud el individuo es un ser humano concreto, sino en la forma como se concibe la totalidad.

Lo que para la medicina facultativa puede ser enfermedad para las culturas de la salud puede no serlo y viceversa. Mientras que para el médico del hospital determinados síntomas y signos corresponden a una enfermedad que hace parte de las patologías de la piel para el curandero *nasa*, por ejemplo, esos síntomas y signos (que semiológicamente son diferentes) corresponden a una enfermedad de las clasificadas como arco; más aún, existe la certeza cultural que esas patologías no son de la competencia de la "medicina blanca". En algunos casos podrían coincidir algunos síntomas o manifestaciones orgánicas pero no la etiología. Mientras la diarrea para la medicina facultativa puede ser producida por bacterias, virus o infecciones para las culturas indígenas o campesinas puede ser producida por trueno, duende, sereno, frío o calor. A partir de la correlación de síntoma (como expresión del mal) y etiología (como concepción) se comprende el tipo de enfermedad y se resuelven los pasos a seguir en el tratamiento, manteniéndose las relaciones diferenciales.

La formación del recurso médico también marca una diferencia fundamental. Entre las culturas de la salud resulta de la determinación de la vocación en las comunidades, ligada al orden de lo cognitivo, mientras que en la medicina facultativa la vocación está determinada por la estructura económico-social y la formación "profesional" se realiza por medios institucionales académicos desde la adolescencia. En las culturas de la salud la formación comienza desde la infancia en términos de la vocación cultural y el entrenamiento con un "médico" de experiencia; esta experiencia es ampliada, verificada y contrastada a través de grupos de medicina tradicional, algunos situados por fuera de la región. El poder del médico también difiere en ambas medicinas. En la facultativa el médico tiene poder económico y político sobre el paciente en términos de un saber materializado en dependencia. En la medicina tradicional el poder resulta de la conjugación de aspectos de la cosmovisión con la organización social. Además, en la medicina facultativa la tecnología media su relación con los sujetos, mientras en las culturas de la salud locales el peso mayor del diagnóstico recae en una compleja semiología.

A pesar de que la visión médico-occidental define la etiología como la correlación de factores esenciales externos e internos descuida los primeros, no tanto en el diagnóstico como en la curación y en la prevención, alejándose de los principios de la medicina antigua que planteaba cómo la fisiología y la patología tenían que ver con cuestiones fundamentales de moral y estética y que la filosofía, la medicina y las normas de conducta eran esencialmente inseparables. Los programas tradicionales han sido motivados por estructuras de morbimortalidad e indicadores del nivel de salud que se consideran alarmantes a la luz de la medicina occidental, sin existir un análisis previo de la valoración que hacen los individuos de su salud, enfermedad y mortalidad. En las culturas de la salud las concepciones sobre salud y enfermedad obedecen a las cosmovisiones que norman las actividades sociales y culturales de los individuos. Estas culturas

han desarrollado sus propios sistemas de conocimiento desde la prevención, reconocimiento y control hasta el tratamiento de las enfermedades.

El enfoque teórico–metodológico que debe caracterizar la reconceptualización de la salud es la transculturalidad, que considera la enfermedad como expresión simbólica de la crisis social, entendiendo lo simbólico como real construido en una relación integral (biocultural) que surge de la interacción de culturas diferentes. La transculturalidad se preocupa, fundamentalmente, por la forma como cada grupo construye su verdad y su realidad (Foucault 1987) y supera el enfoque epidemiológico que considera a la cultura como una variable y no como un sistema y el enfoque político-económico porque no intenta concebir el problema del conflicto intercultural, exclusivamente, bajo determinantes de estructuras económicas y sistemas políticos sino que considera, además, los sistemas cognitivos puestos en juego en el conflicto. Por otra parte, la transculturalidad no emite juicios de valor acerca de los grupos (salvajes prelógicos vs. civilizados racionales) ni intenta comparar sistemas diagnósticos para reducir uno al otro u obtener una síntesis. Así, la salud y la prevención de la enfermedad deben promoverse como pilares de un programa integral de salud desde la diversidad de cosmovisiones, específicamente desde las representaciones que las poblaciones tienen sobre la salud y la enfermedad. En esta perspectiva las actividades pueden superar las que se realizan bajo la visión medicalizada de la salud y cambiarse por las que contribuyen con los proyectos de vida de las comunidades, en las que la existencia y lo perenne de la vida se siente y actúa de manera integral.

El grupo que lidere este proceso participativo debe ser capaz de reconstruir la verdad según como es construida por cada uno de los grupos, encontrando los determinantes objetivos de los problemas para plantear alternativas de solución. El enfoque transcultural debe trabajar en el marco de relaciones interculturales, partiendo de la historia de las relaciones entre las sociedades que forman los conjuntos a analizar y comprender la dinámica de los procesos de encuentro, tomando como punto de partida, además de las relaciones económicas, políticas y sociales que existen al interior de cada una de las sociedades en contacto, sus respectivos sistemas cognitivos (Pedersen 1984; Bibeau 1994; Taussig 1987; Pinzón y Suárez 1992). Además, un proceso de esta naturaleza debe reconocer que cada cultura médica tiene limitaciones de conocimiento y que pueden ser tratadas, en muchos casos, de manera complementaria.

Referencias

Bibeau, Gilles

1994 ¿Hay una enfermedad en las américas? Otro camino de la antropología médica para nuestro tiempo. En **Cultura y salud en la Construcción de las Américas**, editado por Carlos Pinzón, Rosa Suárez y Gloria Garay pp. 41-70. Instituto Colombiano de Antropología, Bogotá.

Coe, Rodney

1984 **Sociología de la Medicina**. Alianza Universidad, Madrid.

DANE (Departamento Nacional de Estadística)
1993 XVI **Censo nacional de Población y V de Vivienda**. DANE, Bogotá.

Foucault, Michel
1987 **Historia de la Sexualidad**. Siglo XXI, México.

Grupo de Estudio de Tuberculosis del Cauca
2001 Estadísticas en la página www.getb.outride.com

Herrera, Xochitl y Miguel Loboguerrero.
1983 Chamanismo: irracionalidad o coherencia. En **Medicina, Shamanismo y Botánica**, Compilado y editado por Fundación Comunidades Colombianas - FUNCOL-, pp.37-47. Editorial Presencia, Bogotá.

Ministerio de Salud
1994 **La Salud en Colombia. 10 Años de Información**. Ministerio de Salud, Bogotá.

Ministerio de Salud-DNP
1990 **La Salud en Colombia. Estudio Sectorial**, Tomo I. Ministerio de Salud-DNP, Bogotá

Pedersen D.
1984 Curanderos, divinidades, santos y doctores. Elementos para el análisis de los sistemas médicos. En **Otra América en Construcción. Medicinas Tradicionales y Religiones Populares**, editado por Carlos Pinzón, Rosa Suárez y Gloria Garay, pp. 292-336. Instituto Colombiano de Antropología, Bogotá.

Pinzón, Carlos y Rosa Suárez
1992 **Las Mujeres Lechuza. Historia, Cuerpo y Brujería en Boyacá**. ICAN – CEREC, Bogotá.

Portela, Hugo
1998 Estado del arte de la antropología médica en el suroccidente colombiano. Manuscrito sin publicar, Departamento de Antropología, Universidad del Cauca, Popayán.

Prat, Joan, Joan Pujadas y Joseo, Comelles
1980 Sobre el contexto social de enfermar. En **La Antropología Médica en España**, editado por Michael Kenny y Jesús de Miguel, pp. 43-65. Anagrama, Barcelona.

Taussig, Michael
1987 **Shamanism, Colonialism and the Wild Man. A Study in Terror and Healing**. University of Chicago Press, Chicago.