

# Observatory on Inequality in Latin America

Small Grant Recipient, 2007-2008

## WORKING PAPER SERIES

#13

*DESIGUALDADES SOCIALES EN LA POBLACIÓN NASA  
DE LOS MUNICIPIOS DE INZÁ Y PÁEZ  
REGIÓN ANDINA DEL SUR DE COLOMBIA*

**Edson Jair Ospina Lozano**

December, 2008

Center for Latin American Studies  
University of Miami

Edson Jair Ospina Lozano  
Universidad Autónoma Metropolitana, México  
E-mail: [jairospin@yahoo.es](mailto:jairospin@yahoo.es)

# **DESIGUALDADES SOCIALES EN LA POBLACIÓN NASA DE LOS MUNICIPIOS DE INZÁ Y PÁEZ REGIÓN ANDINA DEL SUR DE COLOMBIA.**

*"Los indios no quisieron revelar al blanco varios secretos de la naturaleza que tienen sembrados dentro del reino vegetal, secretos que enseñó Ollo; secretos que yo debía explicarlos en esta página, pero no lo hago motivo a la mala fe del banco contra mi raza"*

*Manuel Quintín Lame*

## **INTRODUCCIÓN**

Las estudios sobre los grupos indígenas que habitan los Andes sudoccidentales de Colombia, especialmente sobre los nasa, son vastos. La mayoría de estos trabajos se han realizado mediante abordajes disciplinarios, los cuales lógicamente se detienen en las fronteras metodológicas y teóricas subordinadas a cada dimensión social que intentan comprender cada una de estas divisiones de las ciencias sociales. Este trabajo no pretende superar esta cuestión, sencillamente propone un abordaje interdisciplinario que reconozca a las desigualdades sociales como un fenómeno complejo y demuestre una de las formas en las cuales se manifiesta, el proceso salud-enfermedad.

El escenario a dilucidar esta en medio de tensiones constantes entre intereses diversos, en donde los indígenas nasa habitantes de los municipios de Inzá y Páez<sup>1</sup> han resistido, junto con su cultura, a todas las tentativas hegemónicas sobre ellos, convirtiendo a éste territorio ancestral es un lugar de resistencia a los cual pertenecen, y no al contrario, y que los invita a pervivir. Ser hoy en día un nasa significa una obligación colectiva que orgullosamente se manifiesta al exigir sus derechos en la carretera Panamericana, al rascar la tierra para seguirle pidiendo maíz o al izar sus bastones en los rituales mágico-religiosos.

En este trabajo inicialmente se aborda la forma histórica en la cual se fueron construyendo las actuales desigualdades sociales en el pueblo nasa de Tierradentro, las

---

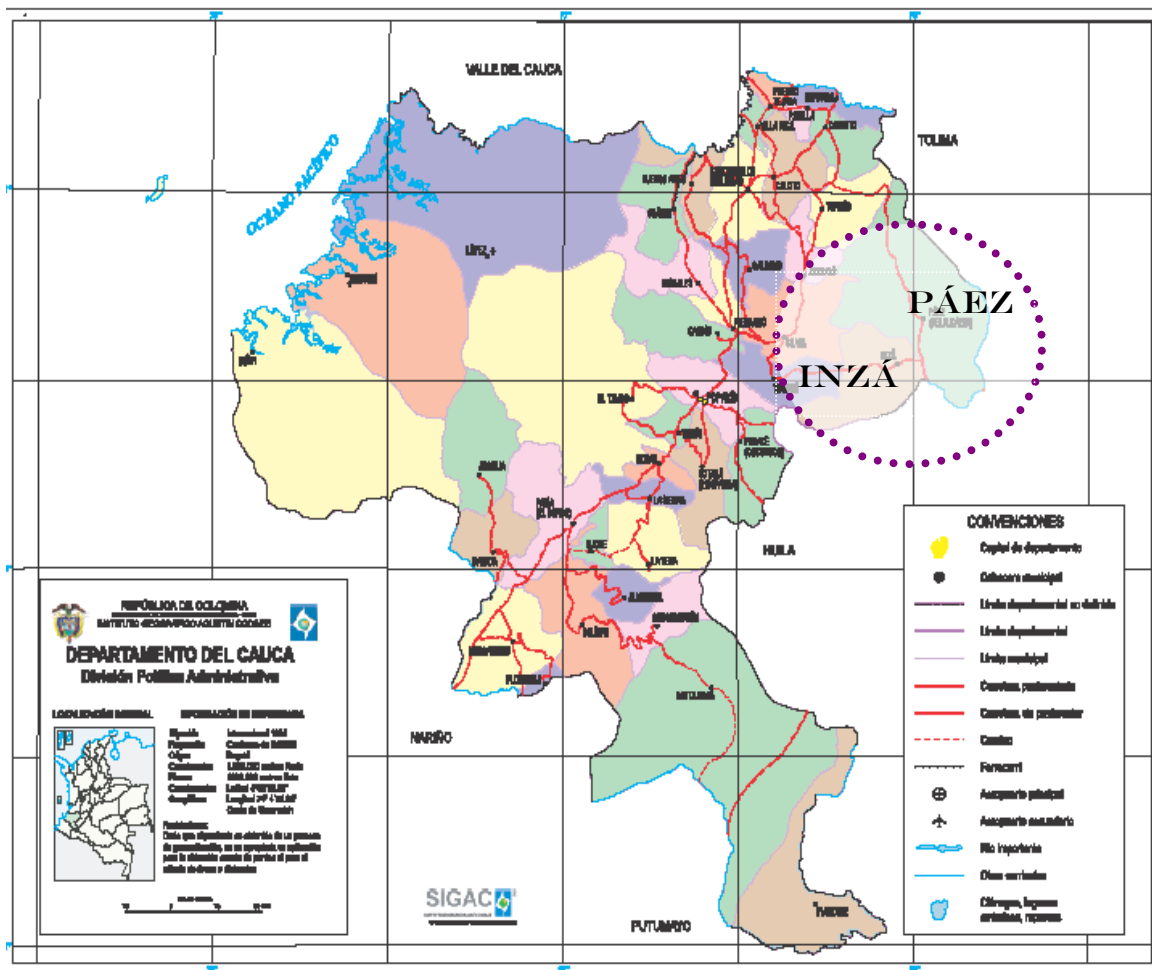
<sup>1</sup> Estos dos municipios conforman la región conocida históricamente como Tierradentro.

cuales son consecuencia de los diferentes modelos de desarrollo económico que han existido en el país en los últimos cinco siglos. Seguidamente se presentan las actuales condiciones de vida de este pueblo indígena, destacando aspectos políticos, económicos y culturales, y comparándolos con la situación de Colombia en esas mismas dimensiones sociales; demostrando así que los cambios positivos en las condiciones de vida en el país, esconden bajo promedios nacionales la realidad de las minorías étnicas y demás comunidades, incluyendo a los afrodescendientes y los campesinos.

Posteriormente se describen, y se comparan con el escenario nacional, las condiciones de salud-enfermedad del pueblo nasa de los municipios de Inzá y Páez, relacionándolas con la política sanitaria y su implementación local. Se destacan además los recursos dirigidos en la atención en salud, incluyendo los de la medicina tradicional. Finalmente, y con la participación de la población –entrevistas-, se busca determinar el papel de la discriminación étnica en salud en el mantenimiento y generación de estas desigualdades sanitarias, visibilizándola particularmente en las instituciones donde se prestan servicios de atención a la salud.

# 1. CONTEXTO GEOGRÁFICO

Mapa N°. 1 Municipios de Inzá y Páez. Cauca. Colombia



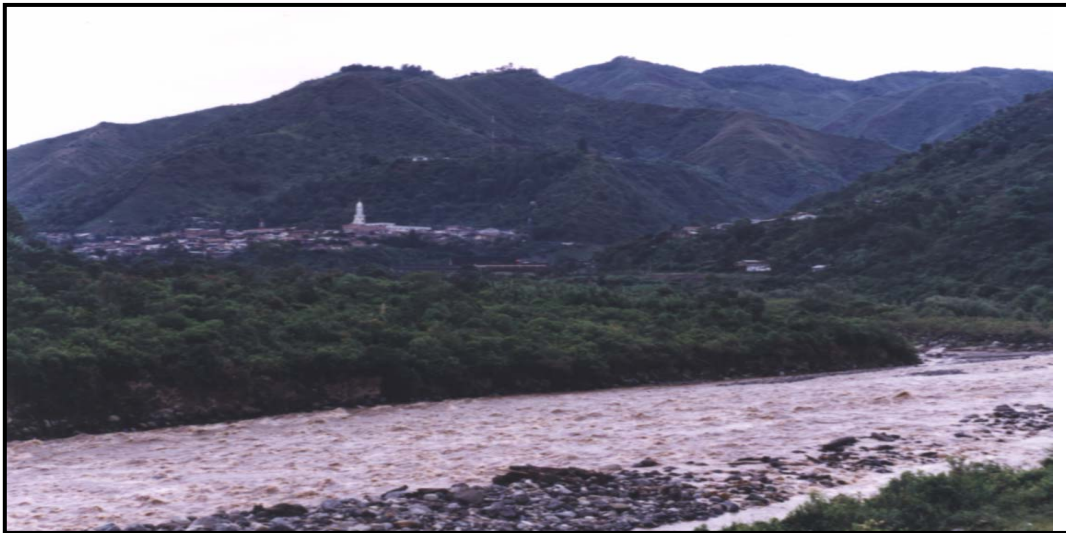
Fuente: Sistema de Información Geográfica de Colombia. Instituto Geográfico Agustín Codazzi. 2007.  
\*\*\* El círculo indica la ubicación de los municipios de Inzá y Páez, oriente del Cauca.

Los municipios de Inzá y Páez conforman la región conocida como Tierradentro, nombre que ilustra claramente la inaccesibilidad y aislamiento que históricamente ha caracterizado a este lugar: “montañas de la tierra adentro”<sup>2</sup>. Allí, entre los profundos cañones y caudalosos ríos de la vertiente oriental de la cordillera central de los Andes colombianos –nororiental del Departamento del Cauca-, se encontraba en el momento de

<sup>2</sup> Esta denominación fue dada a la región por las autoridades coloniales en el siglo XVI (Rappaport, 2000).

la conquista española, la cultura indígena nasa o paéz<sup>3</sup> (Pachón, 1996). Hoy día, y cinco siglos después, en esos 1.300 km<sup>2</sup> de territorio montañoso, habitan 58.789<sup>4</sup> personas, de los cuales el 60% se autoreconocen como *nasas* (DANE, 2005).

Tierradentro esta ubicado al oriente del departamento del Cauca, siendo parte del la estructura orográfica denominada “Macizo Colombiano”, cordillera Central Andina. Sus tierras se ubican entre los 990 hasta los 5.370 m.sn.m., correspondiente esta última altura al del Volcán Nevado del Huila. La región es caracterizada como un mosaico de ecosistemas de montaña en donde se destaca el cañón del río Paez, entorno al cual se desarrollan las principales actividades económicas de la región; los páramos de Guanacas, Moras y las Delicias, donde existen grandes reservas de agua que proviene principalmente de lagunas de origen glacial, las cuales dan origen a importantes ríos como el Ullucos, Guanacas, Páez, Moras y Río Negro (Rincón, 2004).



Vista de Belalcázar, y de las montañas a su alrededor, desde el río Páez. Municipio de Páez, Cauca.

---

<sup>3</sup> Este grupo indígena era denominado anteriormente como Páez, lo cual era una aproximación española al nombre de un cacique nasa que vivió en la época de la Conquista. A partir de los años 80, este pueblo ha elegido denominarse a sí mismo mediante un nombre que deriva de su propia lengua –*Nasa Yuwe*-. El nombre “Páez” es de uso más frecuente entre académicos y la gente del común (Rappaport, 2000).

<sup>4</sup> Los otros grupos étnicos son: Mestizos, 33% y Negros, 2% (DANE, 2005).

## 2. ORIGEN DE LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN TIERRADENTRO

Tierradentro<sup>5</sup> ha sido el escenario histórico de reproducción social de esta etnia<sup>6</sup>, punto de partida de la expansión nasa hacia las montañas y valles cercanos y, sobre todo, retaguardia de la resistencia frente a los diferentes intentos por controlarlos junto a los importantes recursos naturales de la región. A pesar de su carácter “aislado” y de tener una historia propia y diferenciada, esta región siempre ha estado inmersa en la dinámica de las relaciones políticas y económicas que han regido en Colombia, lo cual, lógicamente, ha generado las actuales condiciones de vida que tienen sus pobladores.

Consecuentemente el pueblo nasa ha estado en una continua mezcla de resistencia y adaptación a la estructura socioeconómica que lo ha excluido desde la lejana Conquista hasta el neoliberalismo de hoy; así, las estrategias sociales orientadas, desde el Estado colonial hasta el moderno, hacia los indígenas –en general para todos los grupos originarios de Colombia<sup>7</sup>-, han constituido una respuesta de la clase dirigente colombiana coherente con los diferentes modelos de desarrollo en los cuales ha estado inmerso el país.

### 2.1 GENOCIDIO EN LA CONQUISTA Y SOMETIMIENTO EN LA COLONIA.

Es claro que las intenciones españolas en América en el momento de la Conquista y durante la Colonia eran económicas, para ello los ibéricos contaban con una fuerte capacidad militar, la enorme presencia y poder de la iglesia católica, una inmejorable posición geográfica y su creciente inmersión en la prospera economía de Europa occidental. Los intentos de dominación sobre los grupos nativos americanos no solo se restringieron a la actividad castrense, la evangelización iniciada por los jesuitas en el siglo XVII fue otro frente de batalla que facilitó el establecimiento de instituciones

---

<sup>5</sup> En la actualidad los indígenas nasa habitan un territorio mas vasto que incluye varios departamentos de Colombia, particularmente Huila, Tolima, Putumayo, Valle, Caquetá y, particularmente, Cauca. Aproximadamente existen 200.000 indígenas (DANE, 2005).

<sup>6</sup> Sobre su origen algunas hipótesis señalan que son *Karibes*, no obstante, y con evidencias importantes, otros investigadores indican que provienen de la macró familia *Chibcha* (Pachón, 1996).

<sup>7</sup> En el país existen cerca de 84 etnias o pueblos indígenas que cuentan con una población de 1.378.884 personas los cuales representan el 3,3% del total nacional. La mayor parte de esta población habita en el área rural (78%) (DANE, 2005)

coloniales como la Encomienda<sup>8</sup> y la Mita<sup>9</sup>, las cuales representaron una forma importante de control político y económico de la Corona española sobre los indígenas de Tierradentro (Rappaport, 2000).

A pesar de estas duras imposiciones, y mas aún con el azote ocasionado por las enfermedades “traídas” de Europa, la población allí asentada aguantó los embates y Tierradentro se convirtió en un lugar de resistencia para los nasa y de refugio para indígenas de otras etnias –yalcones, tamas, pijaos, andakíes- que huían de encomenderos y demás condiciones inhumanas impuestas por las autoridades coloniales. La llegada de indígenas de otras comunidades y la creciente influencia española –idioma castellano, herramientas de trabajo, el caballo, la oveja y nuevas especies agrícolas como el trigo-, contribuyeron a la transformación de esa antigua comunidad, cimentando de manera sucesiva la actual cultura nasa (Pachón, 1996).

Frente a la imposición de la Mita y la Encomienda, que representó pérdida de territorio y de autonomía política, los nasas buscaron alternativas que les permitiera sobrevivir a esta situación. Inicialmente intentaron delimitar espacialmente sus territorios y mantener el escaso poder que algunos caciques habían mantenido; surgieron entonces –inicios del Siglo XVIII-, el Cacicazgo<sup>10</sup> y el Resguardo<sup>11</sup> que garantizaba, manteniéndose como súbditos del Rey<sup>12</sup>, cierta soberanía sobre sus tierras comunales (Rappaport, 2000).

La situación social durante la Colonia correspondía a una sociedad estratificada, organizada de acuerdo a la pertenencia étnica. En la cima de la pirámide socioeconómica estaban los funcionarios, comerciantes, religiosos y encomenderos españoles que reclamaban su condición de “blancos”; seguidamente estaba la población de origen

---

<sup>8</sup> La Encomienda fue una institución que consistía en la entrega de una o varias tribus indígenas a un encomendero español que recibía en pago una parte de los tributos reales que las tribus pagaban a la corona española. Dichos tributos se calculaban sobre las ganancias del trabajo de los indios, lo que llegó a convertirse en un muy buen negocio para aquel que solicitaba la encomienda. Aunque esta institución se relacionaba únicamente con el producto del trabajo indígena, y no con sus tierras, muchos encomenderos se apropiaban de estas, de allí el origen de varias propiedades territoriales presentes en la República (Zambrano, 1992).

<sup>9</sup> La Mita consistía un forma de trabajo mediante la cual se seleccionaban personas de algún territorio en particular, sin salario alguno, para trabajar a favor de un Estado o gobernante (Zambrano, 1992).

<sup>10</sup> Figura que le permitía a algunos “líderes” indígenas cierto poder político sobre territorios delimitados o Resguardos. Nuevos caciques o caciques coloniales (Pachón, 1996).

<sup>11</sup> Los resguardos son tierras de propiedad común bajo la administración de un cabildo indígena y cuyos títulos jurídicos son anteriores a la República (Zambrano, 1996).

<sup>12</sup> Cabe mencionar que en el año 1500 la Corona española declaró “vasallos libres” a los indios de América.

español nacida en América y denominada “criolla”, a la cual no se le permitía el acceso a altos cargos en la administración colonial; luego se ubicaban los mestizos dedicados al pequeño comercio, trabajo asalariado y labores agrícolas; mas abajo se ubicaban los indios reducidos en encomiendas, mitas y, posteriormente, en resguardos; y finalmente, en la parte inferior de la estructura social, los esclavos de origen africano que trabajaban forzosamente en las minas y plantaciones (Arango y Sánchez, 1997).

## **2.2. EL EXPOLIO EN LA REPÚBLICA**

El proceso de independencia de la Nueva Granada –comienzos de siglo XIX- generó enfrentamientos entre las comunidades indígenas<sup>13</sup> y las autoridades republicanas, las cuales crearon un nuevo sistema gubernativo que, aunque eliminó ciertos tributos, echó atrás la autonomía política que tenían los nasas en sus territorios en ese momento, incidiendo en la desaparición de determinados resguardos. Además de esto surgieron algunos caciques republicanos que facilitaron el debilitamiento de las tierras comunales, permitiendo explotaciones comerciales en sus territorios –minería, principalmente-, al mismo tiempo que dirigían pequeñas unidades militares en la región (Pachón, 1996). La República no logró transformar la estructura inequitativa de la tenencia de la tierra ni de las formas atrasadas de trabajo. Sobre la base de las ideas liberales y anticoloniales el gobierno emprendió una sistemática acción para liquidar el sistema comunal de los resguardos indígenas, dividir esas tierras y crear una población propietaria (Arango y Sánchez, 1997).

En la segunda mitad del siglo XIX el gran estado del Cauca<sup>14</sup> -al cual pertenecía Tierradentro- se fragmentó, con la subsecuente pérdida de las minas de oro y las fértiles tierras del sur y el occidente, lo que determinó un proceso de ruralización de la élite caucana la cual buscó nuevas fuentes de acumulación que le permitiera mantener su

---

<sup>13</sup> Es importante señalar que algunas comunidades indígenas de la Nueva Granada –Ecuador, Colombia y Venezuela- apoyaban la autoridad del Rey de España y por lo tanto se opusieron fuertemente al proceso de independencia y a los personajes que la lideraron, además sus intereses se afectaron en la medida en que la República facilitaba que las tierras comunales pasaran a ser propiedades privadas y sujetas a ser comercializadas (Zambrano, 1996).

<sup>14</sup> Colombia mantuvo durante buena parte del siglo XIX un sistema federativo en el cual las entidades territoriales eran denominados estados. Desde la Constitución de 1886 las entidades administrativas pasaron a denominarse Departamentos.

status socioeconómico; con esto se acrecentó la explotación de la población indígena y campesina de la región. Estas haciendas se expandieron a costa de los resguardos consolidando el “terraje<sup>15</sup>”, generando grandes masas de indios desposeídos que fueron obligados a pagar un determinado número de días de trabajo en la hacienda del nuevo patrón, por el derecho a vivir y a usufructuar un pequeño pedazo de tierra que antes le pertenecía a su comunidad (Pachón, 1996).

Tales circunstancias además ocasionaron una crisis agraria debido a la resistencia de los indios a la disolución de sus tierras comunales y sus administraciones indígenas; ante esto las autoridades republicanas emitieron la Ley 89 de 1890 que reconoció el régimen colonial de los resguardos territoriales y de los cabildos como “una forma de gobernar a los salvajes y reducirlos a la vida civilizada” (Arango y Sánchez, 1997). Los problemas de tierras se mantuvieron debido a su permanencia como propiedades usurpadas por terratenientes y a la persistencia de relaciones laborales de explotación, las cuales eran consecuencia de la estructura económica de la Colombia de finales del siglo XIX.

### **2.3 ORGANIZACIÓN Y RESISTENCIA EN EL SIGLO XX.**

Este fue el sustrato para el surgimiento de un movimiento indígena, liderado por ellos mismos –inicios del siglo XX-, que involucró a terrajeros y organizaciones indígenas de la región –páeces, guámbianos y coconucos<sup>16</sup>, y que se expandió hacia otras zonas del sur del país. Este movimiento buscaba la recuperación de las tierras de los resguardos, la ampliación de los mismos, el fortalecimiento de los cabildos<sup>17</sup> y su afirmación como autoridad política, el no pago de terrajes u otras obligaciones personales, la afirmación del como autoridad política, dar a conocer la leyes sobre indígenas y exigir su justa aplicación, defender la historia, la lengua y las culturas indígenas y formar profesores indígenas. Este movimiento logró movilizar a grandes cantidades de indígenas del suroccidente del país y puso en jaque a algunos gobiernos regionales (Pachón, 1996).

---

<sup>15</sup> El terraje era un pago, no oficial, efectuado por el indígena al terrateniente -en trabajo o en especie-, por el arrendamiento de la tierra (Rappaport, 2000).

<sup>16</sup> Estos dos grupos indígenas habitan territorios colindantes a Tierradentro.

<sup>17</sup> El cabildo es la máxima autoridad de la comunidad. Esta compuesto por un gobernador, le siguen un fiscal, un alguacil, un alcalde y sus respectivos suplentes (Zambrano, 1996).

Aunque las autoridades nacionales, al notar creciente influencia y fuerza de esta organización liderada por Manuel Quintín Lame, reprimieron brutalmente este movimiento -1917-, sus ideas y reivindicaciones sobrevivieron y la lucha de los nasa contra la explotación y la defensa de sus territorios y de su cultura se fortaleció desde entonces. Las movilizaciones orientadas por sus dirigentes se reanudaron casi de inmediato en el suroccidente del país, en especial en la zona andina, dichas acciones contaron con el apoyo del Partido Comunista Colombiano -años 30 y 40-, y se fortalecieron al unirse al movimiento campesino –en la Asociación Nacional de Usuarios Campesinos ANUC-.

Posteriormente estas organizaciones indígenas consideraron que necesitaban autonomía política y se desligaron de la ANUC -1974-, convergiendo en el Consejo Regional Indígena del Cauca, creado tres años antes. Esta estructura trascendió y permitió la creación de la Organización Nacional Indígena de Colombia -1982-, que benefició la unidad de las organizaciones indígenas del país. En esos momentos las reivindicaciones del movimiento indígena atravesaban por un fuerte proceso de estructuración y radicalización política que se fortaleció con una toma sistemática de tierras y, sobre todo, con la construcción de una plataforma nacional de lucha basada en los principios<sup>18</sup> de Unidad, Territorio, Cultura y Autonomía (Laurent, 2002).

En los años 80 el movimiento indígena, y en general todos los movimientos sociales de Colombia, se fortalecieron y radicalizaron enfrentando una gran crisis social ocurrida luego de las medidas tomadas por el gobierno -disminución del gasto público-, como respuesta a la crisis económica que afectaba al país en ese momento. Así, paralelo a las medidas de carácter neoliberal<sup>19</sup> tomadas desde las principales esferas del poder (Junguito, 1985), aumentó la presión de parte de los sectores organizados de la sociedad

---

<sup>18</sup> **Unidad:** Como mecanismo de fortalecimiento organizativo para la defensa de las comunidades. **Territorio:** Como elemento esencial para la vida y desarrollo de los pueblos indígenas. **Cultura:** Para el fortalecimiento, rescate y persistencia de su identidad. **Autonomía:** Para la aplicabilidad de los principios anteriores y como ejercicio de autoridad y poder (CRIC, 1971).

<sup>19</sup> Este modelo económico tiene como características principales: En cuestión de política económica internacional, el favorecimiento del libre comercio, la supresión de las fronteras del capital y el rol primordial de la inversión privada. En cuestiones de política económica interna, el apoyo de la desregularización de los mercados (incluido el laboral) y de una menor intervención del Estado en la economía y en la política social -incluyendo la privatización del sector público- (Cansino, 2000; Fleury, 2004)

hacia el Estado, en busca de reivindicaciones sociales, que generaron un gran conflicto sobre la legitimidad de las instituciones públicas y el régimen (Múnera, 1998).

**Tabla N° 1. Los indígenas y el Estado colombiano a través de la historia.**

Modelo de desarrollo	Estado		Movimiento indígena	
	Régimen Político	Políticas frente al indígena	Organización y demandas	Condición “legal” ante el Estado
Extractivo	Conquista (1500-1550)	Exterminio Esclavitud Asentamiento en poblados	Colaboración y/o resistencia al invasor. Rebeliones Armadas. Huida a territorios de refugio.	Esclavo
Extractivo Latifundista y esclavista	Colonial (1550-1810)	Asentamiento en poblados. Evangelización. Imposición del castellano. Obligación a abandonar las culturas indígenas.	Rebeliones armadas. Huida a territorios de refugio. Rechazo a servicios personales. Defensa de sistemas propios de autoridad. Resistencia cultural y lingüística. Sincretismo religioso.	Tributario “Vasallo libre”
Inicio de intercambios comerciales	Republicano (1810-1886)	Disolución de resguardos y cabildos Terraje	Defensa de resguardos y cabildos. Rechazo al terraje.	Igualdad formal
Expansión de los mercados e intensificación de los intercambios comerciales.	Burocrático-autoritario. (1886-1930)	Control y civilización de los salvajes Discriminación étnica.	Levantamientos contra el terraje y el despojo de tierras. Lucha sectorial regional. Defensa de propiedades comunales y de cabildos.	Igualdad jurídica Derechos civiles y políticos.
Industrialización vía sustitución de importaciones.	Burocrático-autoritario. Democrático-liberal. (1930-1985)	Integracionismo. Discriminación étnica.	Lucha clasista nacional y sectorial regional (MAQL <sup>1</sup> ) Demandas por un estado de derecho. Toma de tierras.	Igualdad de oportunidades. Derechos civiles y políticos.
Neoliberalismo.	Democrático-liberal. (1985-hoy)	Multiculturalismo Discriminación positiva. Discriminación en algunas instituciones del Estado.	Lucha sectorial. Demandas sociales, (salud, educación, justicia y autonomía). Toma de tierras	Igualdad jurídica y (en participación Política). Derechos civiles y políticos -Desc-

1. MAQL: Movimiento Armado Quintín Lame.  
Fuente: Elaboración propia.

Se produjo entonces el ascenso político de los movimientos sociales de carácter regional y nacional, incluido el movimiento indígena<sup>20</sup>, que influyeron sobre los sectores políticos

<sup>20</sup> Durante los años 80 el movimiento indígena de Tierradentro fue reprimido por el Estado -detenciones de líderes indígenas, asesinatos extrajudiciales, militarización de los territorios autónomos-, ante esto una parte

tradicionales que se vieron presionados y convocaron a una Asamblea Nacional Constituyente<sup>21</sup> -1990-, como mecanismo de distensión entre la sociedad y el Estado. Esta herramienta política dio origen a la Constitución Política –C.P.- de 1991, en la cual se recogieron varias de las tendencias político-ideológicas de un buen número de actores sociales que existían en ese momento en Colombia. En este documento el Estado reconoció, por vez primera, la diversidad étnica y cultural de la nación colombiana (Art. 7, C.P. 1991<sup>22</sup>).

En este escenario y con la C.P. como herramienta principal, los indígenas de Tierradentro intentan avanzar en la construcción de su autonomía –financiera, administrativa y judicial-, y la defensa de su territorio y de su cultura. A pesar de este instrumento y de los avances

político-organizativos, es necesario mencionar que los problemas sobre tenencia y uso de tierras, la exclusión política, la ausencia de políticas interculturales, el atraso en infraestructura, entre otros, se mantienen presentes hoy en día, y la búsqueda de alternativas puede resultar ardua, sobre todo conociendo las condiciones sociales que en este momento tienen los nasa de Tierradentro y que se describirán a continuación. En la Tabla N°1, se presenta a manera de resumen la determinación política y económica que derivó en las actuales desigualdades sociales existentes en Colombia que afectan forzosamente a las comunidades indígenas de Colombia.

---

del movimiento se clandestinizó, dando origen al Movimiento Armado Quintín Lame. Este grupo se desmovilizó a finales de dicha década, y del proceso de negociación con el gobierno nacional se desprendieron acuerdos en torno a algunos derechos indígenas.

<sup>21</sup> En esta Asamblea Constituyente participaron tres miembros de las comunidades indígenas.

<sup>22</sup> En la Constitución de 1991 se reconoció por primera vez en Colombia el Estado Social de Derecho, además se asumieron las recomendaciones del Convenio 169 de 1989 de la OIT sobre Pueblos Indígenas, al cual se había adherido el país. Finalmente se reconocieron derechos indígenas en 20 Artículos del documento.

### 3. ...Y LAS DESIGUALDADES SE HICIERON ETERNAS

El actual escenario socioeconómico de la población indígena de Tierradentro es complejo, su origen es estructural y sus manifestaciones son múltiples; entre estas se destacan la ausencia de servicios públicos, las dificultades en el acceso a la atención médica y los problemas en la producción agrícola que no logra solventar las necesidades alimenticias de la población. Una realidad que puede representar esta situación es la relacionada con la tenencia y uso de tierras. En ese escenario es notoria ausencia de estas, vital para el pueblo nasa, como consecuencia son frecuentes las “tomas” de propiedades de terratenientes que limitan con los territorios indígenas:

*“Los nasa siempre vamos a defender la ocupación apropiación de tierras ociosas, donde solo tiene comida el ganado y no la gente. Esas haciendas de los terratenientes nos pertenecen porque ellos nos las quitaron y ahora peliamos por ellas y se las quitaremos y se las vamos a dar de nuevo a nuestras familias para sembrar frijol, maíz, yuca, pa’ las gallinas, pa’ lo necesario” (E.7. 2008).*

Ante esto los propietarios de dichas haciendas han ejercido acciones militares lideradas por grupos paramilitares y por el ejército oficial, los nasa sin embargo han sabido defenderse y mantienen su política de “toma de tierras<sup>23</sup>”.

#### 3.1. CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS.

La situación social de los indígenas de Tierradentro se hace crítica al hacer comparaciones con la situación nacional, lo cual demuestra las desigualdades sociales existentes en Colombia y la difícil realidad que representa para los indígenas del país y, en específico, la población indígena nasa de los municipios de Inzá y Páez. La

---

<sup>23</sup> Son constantes los enfrentamientos entre la fuerza pública colombiana con las organizaciones indígenas del Cauca debido a la política de “toma de tierras”. Los nasa desarrollan constantemente acciones de hecho encaminadas a ocupar grandes propiedades que generalmente se mantienen improductivas por sus propietarios. Son frecuentes además las amenazas de los grupos paramilitares en la región -acciones de desaparición, tortura y asesinato sobre los líderes indígenas- (CRIC, 2008). <http://www.cric-colombia.org/liberacion-de-la-madre-tierra.htm>.

descripción se hará en algunos aspectos como el educativo, las necesidades básicas insatisfechas –NBI-, el acceso a servicios públicos, en la actividad económica y algunos aspectos demográficos.

La población indígena nasa de Inzá y Páez, presenta unas características sociodemográficas particulares respecto al país. En esta comunidad los menores de 5 años representan el 15.5% de la población, porcentaje significativo si se compara con el porcentaje de este grupo etáreo a nivel nacional (11%). El 97.4% de la población indígena de Tierradentro habita en la zona rural y el 48.6% de ellos son mujeres, mientras que en la población colombiana el 48.8% son hombres y el 75% de las personas viven en áreas urbanas (Tabla N° 2).

**Tabla N° 2. Aspectos demográficos de la población general de Colombia y población indígena nasa de Tierradentro. 2005.**

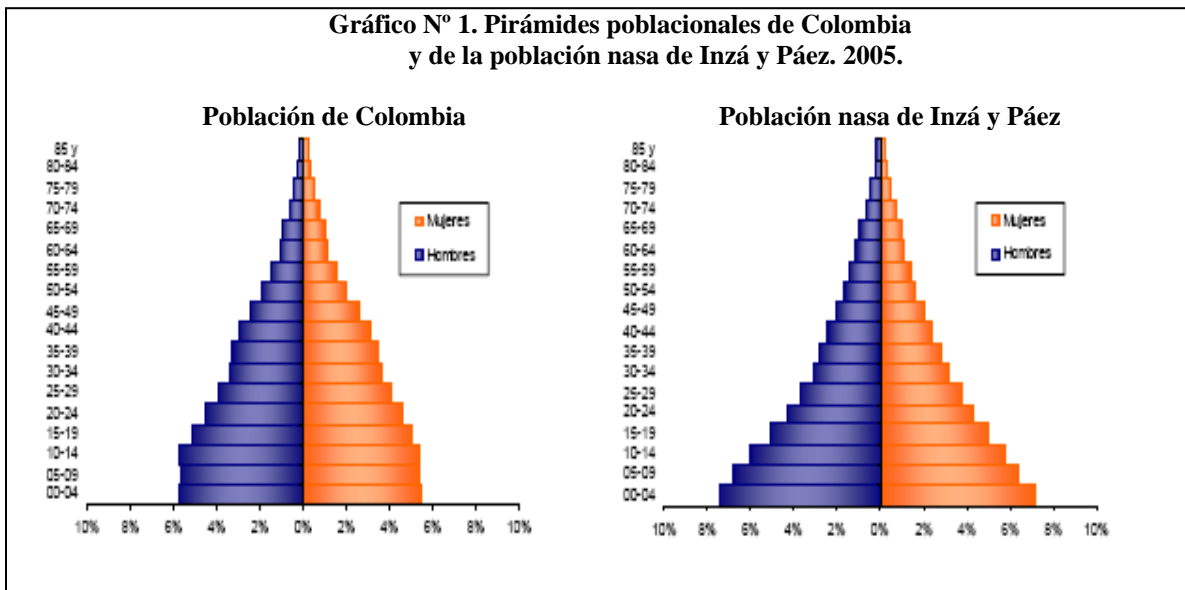
Dato		Población	Población nacional de Colombia <sup>1</sup>	Población nasa de Inzá y Páez <sup>1</sup>
Población	Total		42'090.502	32.329
	Urbana		31'566.276	965
	Rural		10'524.226	33.294
	Hombres		20'668.157 (48.8%)	17.112 (51.4%)
	Mujeres		21'422.345 (51.2%)	16.182 (48.6%)
	Menores de 5 años		11 %	15.5 %
	Entre 5 y 14 años		23%	26.5 %
	Entre 15 y 59 años		57%	49.5%
	Mayores de 60 años		9%	8.5%
	Personas por hogar		3.9	5.4

Fuentes:

1. Censo Nacional de Población. DANE. 2005.

Es importante señalar que la pirámide poblacional en la población indígena de Tierradentro presenta las características de una población en crecimiento, mientras que en la población de Colombia se observa una transición demográfica en la cual la natalidad ha ido disminuyendo a la par de aumento porcentual de población adulta y anciana (Gráfico N° 1). Esta situación sugiere algunas características importantes que debería tener la política social para la población indígena: énfasis en atención infantil e infraestructura –educación, servicios públicos, atención médica- en la zona rural.

Este pueblo indígena exhibe rezagos preocupantes en cuanto a condiciones de vida, tales rezagos son evidentes en los últimos 15 años. Entre los nasa de Tierradentro las necesidades básicas insatisfechas<sup>24</sup> –NBI- comprueban grandes carencias. Si los hogares del área rural de Colombia tienen un índice de NBI alarmante, la situación entre esta población nasa de los municipios de Inzá y Páez es aún más neurálgica (Gráfico N° 2); en 1993 el 100% de los integrantes de esta comunidad tenía dificultades en dos o más dimensiones sociales –NBI-, mientras que en la población rural de Colombia el NBI era de 60%; en 2005 la población nasa de Tierradentro tuvo un descenso insignificante (98.4%), mientras que el 27.6% de los hogares colombianos tenía NBI (54.5% en la zona rural del país).

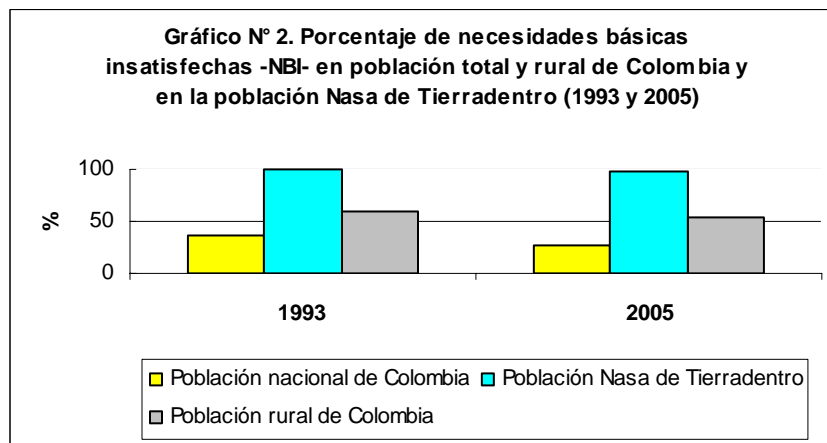


Fuente:  
Censo Nacional de Población. DANE. 2005.

Respecto a la cobertura de los servicios públicos domiciliarios la situación es bastante desigual (Gráfico N° 3). El 73.1% de los hogares colombianos reciben agua potable -46% en la zona rural-, entre la población indígena de Tierradentro solo el 7% se aprovisiona de este líquido mediante un acueducto. Únicamente el 6.5% de las viviendas de esta

<sup>24</sup> EL NBI es un método que toma en cuentas 5 dimensiones socioeconómicas: vivienda inadecuada, servicios públicos inadecuados, hacinamiento crítico, inasistencia escolar y alta dependencia económica. Así, cuando un hogar presenta es considerado como un hogar con necesidades básicas insatisfechas, cuando un hogar presenta dos o más carencias es considerado en estado de miseria. Aunque este método tiene un sinnúmero de detractores, representa una herramienta importante para identificar una serie de carencias elementales de las personas. (DANE, 2007).

población indígena posee redes de alcantarillado para la evacuación de aguas residuales y excretas humanas, porcentaje muy inferior al presentado a nivel nacional -83.4% y 17.8% en la población rural-. La inexistencia de fuentes energéticas diferentes a la biomasa -madera, estiércol, etc.-, para la cocción de los alimentos es otra situación preocupante en esta comunidad. Las condiciones socioeconómicas –sociodemografía, condición socioeconómica de los hogares –NBI- y servicios públicos domiciliarios-, de la comunidad nasa de Tierradentro es bastante preocupante y seguramente coincidente con algunas situaciones sanitarias negativas, como altos índices de mortalidad infantil.



Fuentes:

Censo Nacional de Población. DANE. 2005.

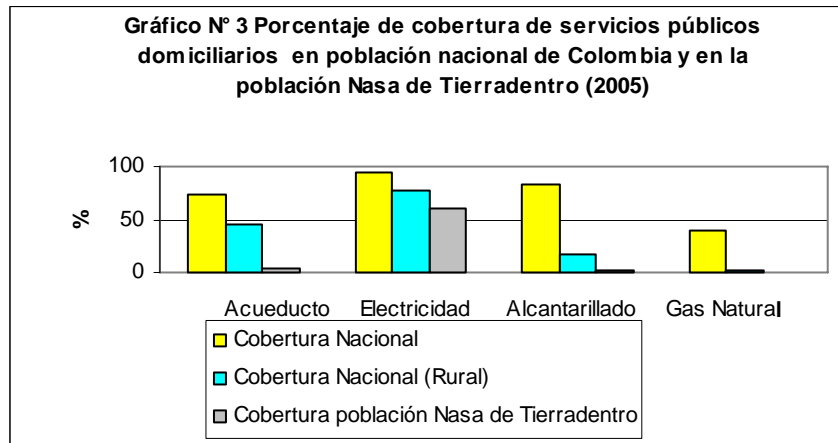
Plan de Desarrollo Municipal. Inzá. 2004-2007.

Plan de Desarrollo Municipal. Páez. 2004-2007.

Se han mencionado anteriormente algunos elementos socioeconómicos que determinan las difíciles condiciones de vida que tiene la comunidad nasa de Tierradentro. Además de los aspectos sociodemográficos cabe mencionar las precarias condiciones educativas en las cuales se encuentra esta comunidad (Gráfico N° 4), lo que evidencia aún más las desigualdades sociales existentes y sobre todo el escenario mediante el cual algunas instituciones del Estado –salud, justicia, etc.-, pueden ejercer más fáciles acciones discriminatorias sobre esta población.

El porcentaje de analfabetismo en la población nasa de Inzá y Páez (22%), triplica el promedio de personas que no saben leer ni escribir en Colombia (7.7%). Otro dato preocupante en la población nasa es la proporción de personas que solo tienen educación

primaria (50%) y las que tienen educación superior (0.5%); para la población colombiana esos porcentajes son 37% y 7% respectivamente. Cabe anotar que históricamente, mediante políticas educativas, se ha pretendido integrar a la población indígena en el “desarrollo”. Estas estrategias consideraban que la única manera para que estos grupos salieran del “atraso” era ofreciéndoles herramientas que les permitiera ser competitivos.



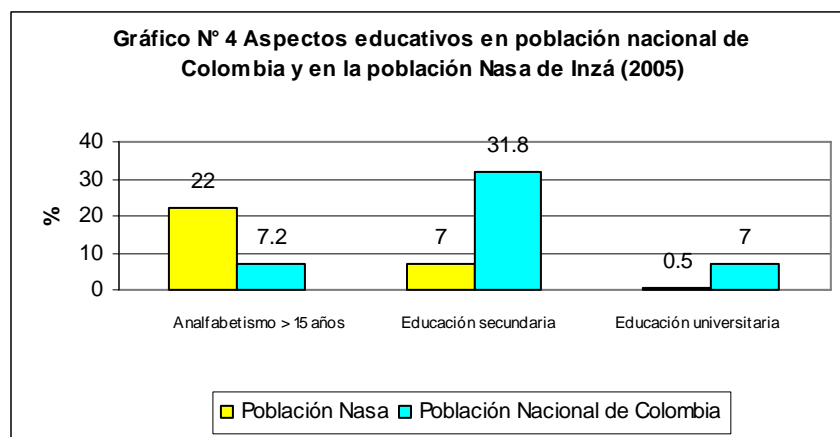
Fuentes:

Censo Nacional de Población. DANE. 2005.  
 Plan de Desarrollo Municipal. Inzá. 2004-2007.  
 Plan de Desarrollo Municipal. Páez. 2004-2007.

A partir de lucha constante y de la autonomía que les brindó la Constitución Política de 1991, estas comunidades han logrado grandes avances en torno a la educación. Los nasa, en particular, han logrado la coadministración de la educación pública en sus territorios, la investigación pedagógica y administrativa con perspectiva étnica, el fomento de material educativo intercultural, unas relaciones concertadas y permanentes con el Estado, y un avance importante en la implementación del programa de educación bilingüe<sup>25</sup>.

<sup>25</sup> Es importante destacar que de los cerca de 33.500 nasas que habitan el territorio, aproximadamente el 70% de ellos hablan su propio idioma, el Nasa Yuwe. El área geográfica que ocupa este pueblo es de aproximadamente 90.000 hectáreas, incluyendo los bosques, los páramos y las lagunas sagradas (A. J. T. 2005). El resto del territorio que comprende Tierradentro -40.000 Ha- es propiedad privada o se encuentra en lós de posesión.

Existen otros proyectos en niveles educativos distintos pero con una lógica diferente al capitalismo: el Centro Indígena de Investigaciones Interculturales de Tierradentro<sup>26</sup>, el apoyo a estudiantes vinculados en procesos de formación media y superior en regiones diferentes a los territorios indígenas y el apoyo a los consejos locales educativos en el proceso de organización y administración educativa (A.J.T., 2005). A pesar de los grandes avances que en materia educativa, formal y no formal, ha logrado esta comunidad, es evidente la ausencia de políticas que potencialicen este avance en torno a las condiciones de vida, específicamente alrededor de la salud.



Fuentes:

Censo Nacional de Población. DANE. 2005.  
 Plan de Desarrollo Municipal. Inzá. 2004-2007.  
 Plan de Desarrollo Municipal. Páez. 2004-2007.

Respecto al territorio cabe mencionar que hoy día los nasa de los municipios de Inzá y Páez viven en 22 resguardos: Araujo, Avirama, Belalcázar, Calderas, Cohetando, Chinas, Huila, Lame, La Gaitana, Mosoco, Ricuarte, San Andrés de Pisimbala, Santa Rosa, San José, Suin, Tálaga, Tóez, Togoima, Tumbichucue, Turminá, Vitonco y Yaquivá, territorios sobre los cuales la misma comunidad ejerce su autonomía política y judicial. El Resguardo constituye la unidad político-administrativa básica de las comunidades (área territorial), y se encuentra validado legalmente por la Ley 89 de 1890, ley que, con algunas modificaciones, aún se encuentra vigente. El cabildo es la unidad político-organizativa del resguardo.

<sup>26</sup> Este instituto está organizado por las asociaciones de cabildos de Inzá y Páez, y se propone construir un esquema pedagógico, metodológico y curricular enmarcado dentro de la formación formal y no formal, definir contenidos curriculares para en los procesos de educación superior, y dar continuidad a la investigación del calendario nasa y los rituales importantes (A.J.T., 2005).

El cabildo esta compuesto por un grupo de comuneros que aplica la forma de gobierno del pueblo nasa y que tiene como característica principal la centralización de funciones legislativas, jurídicas y ejecutivas. Se encuentra conformado por gobernador principal, gobernador suplente, capitán de trabajo, fiscal, alcalde, alguacil, comisario, tesorero y secretario, quienes son elegidos por la comunidad cada año. Los cabildos en la aplicación de la justicia son ejecutores de las decisiones que la *Nasa Wala* -gran asamblea- decide tomar después de conocer a fondo cada situación en particular.

La *Nasa Wala* es la máxima autoridad en los territorios indígenas, ahí se da el encuentro de la colectividad para tratar distintos asuntos; en ella se reúnen los grupos especializados -*The' Wala*<sup>27</sup>, autoridades, comuneros-, para evaluar la gestión de las autoridades y los compromisos, y actividades de las comunidades. Además de estas autoridades al pueblo nasa lo rigen los principios culturales denominados “Leyes de Origen”, las cuales se aplican a través de principios organizativos que son pilares en la lucha de la comunidad. (A.J.T. 2005, A.N.Ç. 2005).

La Asociación indígenas están constituidas por los resguardos y sus cabildos en cada municipio y son las encargadas de ejercer, en su territorio, algunas de las responsabilidades que la Constitución Política de Colombia les consagró a los grupos étnicos<sup>28</sup>: protección a la diversidad étnica y cultural, participación de los indígenas en la vida política de la nación, autonomía de los grupos indígenas y sus formas propias de gobierno, defensa de las tierras comunales y de las formas de propiedad solidaria de las comunidades indígenas, protección de los recursos naturales y manejo de los recursos financieros que llegan a los resguardos indígenas directamente del gobierno nacional<sup>29</sup> – Ingresos Corrientes de la Nación- (Colombia, 1991). En Tierradentro existen dos organizaciones indígenas que cumplen estas funciones: en Inzá la Asociación *Juan Tama* y en Páez la Asociación *Nasa Çxhäçxha*. Estas dos organizaciones mantienen unos fuertes lazos de trabajo.

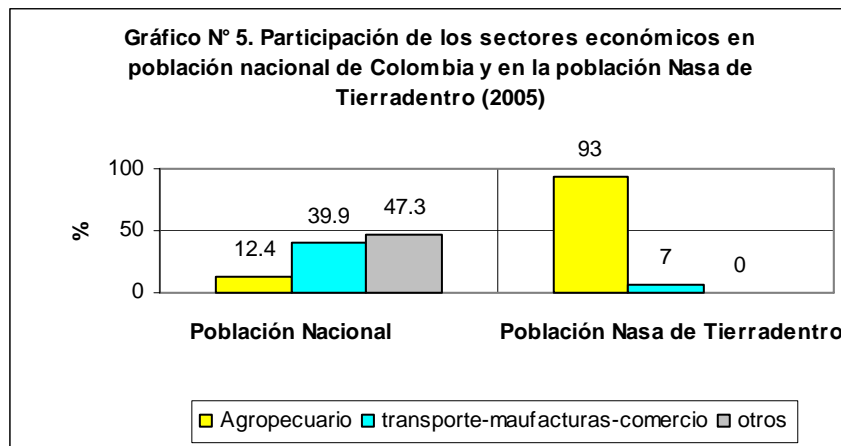
---

<sup>27</sup> Chamán nasa.

<sup>28</sup> Para fines administrativos cada una de estas asociaciones reúne a los resguardos y sus cabildos en cada municipio; por esta razón existen dos en la región de Tierradentro.

<sup>29</sup> Estos dineros son otorgados directamente por el gobierno nacional a los resguardos indígenas y ellos tienen la posibilidad de disponer de ellos en cinco áreas de inversión.

Respecto al manejo directo del dinero otorgado por el Estado a las comunidades indígenas, cada uno de los resguardos reconocidos por el gobierno nacional recibe anualmente un ingreso per cápita –por persona- de US\$ 50 anuales (2007), para invertir exclusivamente en sus comunidades<sup>30</sup> (DNP, 2007). Estos recursos se tienen que invertir en cinco rubros: desarrollo agropecuario, educación, salud, agua potable y vivienda. No existe un porcentaje definido de inversión en cada sector, este es acordado por las autoridades indígenas en una asamblea comunitaria de acuerdo a las necesidades que se consideren prioritarias.



Fuentes:

Participación sectorial en el PIB. Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural. 2005.

Balance sectorial en Colombia. Observatorio de Competitividad Agrociudades Colombia. Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural. 2005.

Plan de Desarrollo Municipio de Inzá 2004-2007.

Plan de Desarrollo Municipio de Páez 2004-2007.

Plan de Vida Asociación de Cabildos Juan Tama. 2005

La producción económica de la comunidad nasa de Tierradentro (Gráfico N° 5), es básicamente agropecuaria (95%), en Colombia este sector solo contribuye al 13% de la actividad económica. Otros renglones de la economía local son el comercio (3.5%), las manufacturas –artesánías- (1%), la construcción (1%) y el transporte (1.5%), juntos

<sup>30</sup> En el municipio de Inzá y Páez, la Dirección Nacional de Planeación, solo reconoce 7.500 y 18.000 comuneros, respectivamente; sin embargo en el censo de las dos asociaciones están incluidos cerca de 13.000 comuneros en Inzá y 28.000 en Páez (Asociación “Juan Tama”, 2005 y Asociación *Nasa Çhähçha*, 2005). De todas maneras el recurso económico es repartido de forma equitativa entre todas las personas que se autoreconocen como Nasa y participan de la vida comunitaria de las organizaciones indígenas.

suman el 7% restante; a nivel nacional estos tres sectores en conjunto corresponden al 40% de la economía. Otras actividades -minería, energía, construcción y finanzas-, tienen una participación del 47% en la economía de Colombia, en tanto, son casi inexistentes en los municipios de Páez e Inzá. Esto confirma una economía dedicada al sector primario a pesar de estar conectados al país mediante el comercio, el transporte, la tecnología, el trabajo asalariado y los procesos políticos.

El sistema productivo de los nasa tiene una fuerte relación con el territorio el cual sobrepasa los límites físico-espaciales, adquiriendo un significado político, mítico y económico. La producción agrícola está básicamente destinada al autoconsumo; la huerta constituye el principal elemento para abastecer a la familia y las necesidades comunitarias -asambleas, fiestas, etc.-. El maíz es el principal alimento y se cultiva de manera conjunta con el fríjol, plátano, yuca y calabaza, entre otros. El trabajo de la tierra y los ciclos agrícolas determinan las actividades cotidianas. En los últimos años, y gracias al apoyo de entidades no gubernamentales -Programa Tierradentro<sup>31</sup> y Nasa Kiwe<sup>32</sup>-, se han impulsado proyectos alternativos -reconversión ganadera, café orgánico, frutas tropicales, productos de la hoja de coca, cuyos resultados son bastante importantes y han beneficiado a un buen número de familias (Rincón, 2004).

La producción de artesanías -ruanas o ponchos, jigras o mochilas, sombreros, etc.-, ocupa un lugar destacado en las actividades de las familias, a ella se dedican todas las mujeres, las cuales venden el sobrante de la producción dedicada a la demanda familiar. El comercio en pequeña escala -tiendas-, está dedicado a proveer “*lo que la tierra no da*” (E. 6, 2008) -velas, jabón, arroz, etc.-. Una actividad importante es el trueque de productos entre comunidades de diferentes pisos térmicos, así, la producción de tierra fría -papa, cebolla, ullucos, etc.- se intercambia por productos de clima medio -plátanos, yuca, naranjas, etc.-. La existencia de carreteables, en pésimas condiciones, posibilita el transporte colectivo sobre todo los días de mercado. La participación de otros sectores

---

<sup>31</sup> Programa de cooperación para el desarrollo de Tierradentro, liderado por las organizaciones sociales de la zona y financiado por la Unión Europea. Esta iniciativa fue gestionada ante la comunidad europea por las propias autoridades indígenas de la región y en su implementación la nación brindó apoyo técnico.

<sup>32</sup> Entidad estatal cuyo propósito es el desarrollo de la región. Fue creada en el año 1994 como respuesta a la destrucción de la infraestructura y parte del “tejido social” en Tierradentro debido a un fuerte sismo, lo cual afectó a las comunidades indígenas.

económicos es inexistente (Rincón, 2004). Si aplicamos parámetros occidentales es posible asegurar que este pueblo vive una situación económica de pobreza, o desde sus propias palabras “*de resistencia*” (E. 9, 2008).

Cabe destacar que la región que ocupan actualmente los nasa de Inzá y Páez, se han construido históricamente relaciones temporoespaciales específicas de los seres humanos con la naturaleza, generando el carácter social que tiene esta comunidad, el cual se expresa en la tecnología para transformar la naturaleza, en las tradiciones culturales, en la organización política y las relaciones de poder, en la construcción histórica y en la práctica cotidiana. Estas manifestaciones particulares, sucedidas en este territorio, no significan la reproducción en “pequeño” de lo que es la sociedad –colombiana- en general, son una expresión específica y determinada de la forma histórica en la cual se ha construido éste territorio.

El dominio del sector primario en la economía local denota las especificidades en el modo de producción -proceso de trabajo y de reproducción social- preponderantes entre los nasa de Tierradentro. Este modo de producción busca la satisfacción de las necesidades básicas –familiares y comunitarias-, manteniendo una armonía con la naturaleza y sus ciclos –lugares sagrados, reservas forestales, lluvias y sequías -, sin embargo se han visto obligados a consumir –algunos satisfactores de necesidades básicas- bajo las modalidades impuestas por el modo de producción capitalista que busca generar plusvalía, evidenciando una incompatibilidad. Esta situación está fijando el modo de vida<sup>33</sup> de esta comunidad que se evidencia en la forma de enfermar y morir. Estas difíciles condiciones materiales pueden estar determinando la enfermedad y la muerte más que cualquier proceso socio-cultural y/o biológico.

Las grandes diferencias sociales en Colombia –que desfavorecen a la comunidad indígena nasa de Inzá y Páez-, demuestran que dentro de un mismo país se viven situaciones diametralmente opuestas que invisibilizan situaciones adversas en algunos grupos

---

<sup>33</sup>Condiciones materiales necesarias para la subsistencia: la nutrición, vivienda, saneamiento, y a las condiciones ambientales que son hechas esencialmente por la capacidad de consumo social (Posas, 1989; citado por Almeida, 2000).

sociales. Estas desigualdades sociales afectan el modo en el cual viven estas gentes y, por lo tanto, su probabilidad de enfermar y de morir prematuramente. Así, dentro de un país o entre diferentes sectores de la sociedad, la distribución desigual del poder, de los ingresos, de los bienes y de los servicios afectan las condiciones de vida de la población, en cuanto esta desigualdad se evidencia en la manera diferenciada en la cual las personas acceden a la atención sanitaria, a la educación, a un trabajo estable y satisfactorio, a la vivienda, al uso del tiempo libre, a una buena alimentación, y en general a todas lo necesario para tener una vida próspera (OMS, 2008).

#### **4. DESIGUALDADES SOCIALES Y SU DETERMINACIÓN EN LA SALUD DE LOS NASA DE TIERRADENTRO**

Hasta ahora es clara la existencia de desigualdades sociales en Colombia, el proceso histórico en la cual se han ido construyendo éstas en la región de Tierradentro y su expresión en las condiciones de vida en la comunidad nasa de Inzá y Páez (educación, servicios públicos domiciliarios, satisfacción de necesidades básicas –vivienda adecuada, servicios sanitarios adecuados, asistencia escolar y dependencia económica-, procesos político-administrativos y producción económica). Esta situación seguramente se expresa en la infraestructura sanitaria, en el acceso a los servicios de atención médica y, principalmente, en el proceso salud/enfermedad/atención -P-S/E/A- de este grupo étnico. Es necesario reconocer que esta comunidad indígena ha organizado una respuesta social ante cualquier contingencia del P-S/E/A que los afecte, la cual consiste en todos los conocimientos, prácticas, recursos y demás elementos con un sustento sociocultural, dirigidos a promover la salud, prevenir y tratar la enfermedad y recobrar la salud.

Metodológicamente se seguirán presentando datos de manera comparativa entre las dos poblaciones –Colombia y nasas de Tierradentro-, con el propósito de ilustrar sobre las desigualdades existentes. En la cuestión de salud/enfermedad se indicará la mortalidad infantil, mortalidad materna y mortalidad por tuberculosis, en cuanto a recursos humanos se prestará importancia a la disponibilidad de médicos y enfermeras en los servicios de atención a la salud. Los recursos sanitarios, tradicionales, con los que cuenta esta comunidad, serán también considerados, además de la política sectorial y el modelo de desarrollo que la posibilitó.

##### **4.1 POLÍTICA EN SALUD PARA LOS PUEBLOS INDÍGENAS DE COLOMBIA**

En Colombia, durante los años 90, la consumación del neoliberalismo como modelo de desarrollo económico y político, fundamentó una reforma que consideró a la salud como un servicio público de carácter individual en donde la atención en salud se alcanza mediante los mecanismos dispuestos por el mercado de aseguramiento, a la vez que las desigualdades sanitarias se intentan superar mediante la eliminación de las limitaciones

en el acceso a la atención en salud, subsidiando a la población sin capacidad de pago – equidad según la legislación sanitaria-.

Este mismo sistema sanitario ha posibilitado la existencia de una legislación especial en salud para atender las particularidades de la población indígena del país, sustentada en el reconocimiento constitucional de la diversidad étnica y cultural de la nación colombiana (Art. 7) y en la ratificación del Convenio 169 de la OIT - sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes-. Es substancial resaltar que las consideraciones que les ha otorgado el Estado a los pueblos ancestrales son parte de un proceso de lucha, bajo los principios de Unidad, Territorio, Cultura y Autonomía, que por generaciones han impulsado estas comunidades.

De manera específica la normatividad en salud para las comunidades indígenas estaba dirigida inicialmente a la prestación servicios culturalmente adecuados; al reconocimiento y apoyo a la medicina tradicional; a facilitar la participación comunitaria en el diagnóstico, elaboración, implementación y evaluación de programas sectoriales en las comunidades; a la formación y utilización de personal sanitario “propio”; a la disposición de medidas sociales, económicas y culturales complementaria; y a la gratuidad en la atención mediante recursos de subsidio a la oferta (Resolución 10013 de 1981). Posteriormente las organizaciones indígenas aceptaron el aseguramiento en salud – subsidios a la demanda-, como mecanismo para acceder a la atención médica, erigieron empresas para administrar ellos mismos los recursos del seguro en salud e impulsaron instituciones de prestación de servicios interculturales en el marco de las normas ya existentes (Ley 691 de 2001).

Esta legislación especial intentó expresar elementos que soportaran los discursos sobre el pluralismo médico<sup>34</sup> que teóricamente posibilita la coexistencia de varios modelos de atención a la salud. Sin embargo, en esta legislación es clara la existencia de situaciones que excluyen el modelo médico alternativo representado en la medicina tradicional nasa: sustento científico positivista que excluye a la cultura de la salud nasa; sistemas de información sin perspectiva étnica; planificación sanitaria que no tiene en cuenta los

---

<sup>34</sup> Modelo intercultural de atención a la salud en territorios multiculturales y/o multiétnicos.

recursos ni los conocimientos que al respecto tiene esta etnia, los programas de salud pública, elaborados y ejecutados en los municipios de Inzá y Páez, no tienen el consentimiento de la población indígena que allí habita y además no son interculturales – están contruidos sobre una valoración negativa de la cultura en salud que poseen los nasa-.

La medicina tradicional es vista únicamente como un elemento folclórico, devaluando su valor preventivo y terapéutico; el recurso humano institucional no reconoce la legislación específica para proporcionar atención intercultural a los indígenas; y la infraestructura del hospital local no permite la coexistencia de los recursos de la medicina facultativa con los de la medicina tradicional, además no considera las barreras idiomáticas y/o culturales existentes en la atención médica; por ejemplo la atención del parto institucional no tiene ninguna similitud con las prácticas ofrecidas por las parteras tradicionales.

A estas dificultades se suma la errónea decisión que las organizaciones indígenas tomaron al abandonar el acceso gratuito y universal a los servicios de atención médica (Decreto 1811 de 1990), para pasar a un aseguramiento mediante subsidios financiados por el Estado –en 2005 solo el 52% de esta población indígena tenía seguro en salud, la población restante era atendida por los escasos recursos del subsidio a la oferta<sup>35</sup>-. Tal decisión significo un notable retroceso en la garantía del derecho a la salud para estos pueblos; la gratuidad<sup>36</sup> y la universalidad<sup>37</sup> son dos elementos importantes para lograr el cumplimiento de dicho derecho. Cabe mencionar que los indígenas tienen prioridades en la asignación de subsidios en salud por parte del gobierno nacional, lo cual manifiesta una discriminación positiva.

**Tabla N° 3. Participación de la población indígena a nivel nacional y local respecto a las funciones de rectoría, financiamiento y prestación de servicios de salud.**

---

<sup>35</sup> Anteriormente las instituciones de salud recibían recursos directamente del Estado para atender a toda la población que lo necesitase. Actualmente los recursos solo están dirigidos a las persona más “pobres” quienes reciben un seguro por parte del Estado. Las personas que no tengan dicho seguro difícilmente pueden recibir atención médica debido a que los hospitales ya no cuentan con recursos para atenderlos.

<sup>36</sup> Según la OMS (2008), el pago directo de servicios de salud tiene como consecuencia una reducción generalizada en el uso de la atención en salud y en el empeoramiento de los resultados sanitarios.

<sup>37</sup> El acceso universal a servicios de salud significa que todos los habitantes de un país pueden acceder a la misma oferta de servicios –de buena calidad- en función de sus necesidades y preferencias, con independencia de su nivel de ingresos, posición social o residencia, y que todo el mundo esta capacitado para hacerlo. También significa que toda la población puede beneficiarse de las mismas prestaciones (OMS, 2008).

Nacional	Local
<b>Rectoría</b>	
Participación de un miembro de las comunidades indígenas en el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud –CNSSS-, con voz pero no con voto en la elaboración de las disposiciones que ese organismo legisle, en particular en cuestiones indígenas <sup>1</sup> .	Participación de un miembro de las comunidades indígenas en el Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud –CTSSS- en la aprobación, mas no en la elaboración, del Plan de Atención Básica municipal <sup>2</sup> .
<b>Financiamiento</b>	
Ninguna participación <sup>1</sup> .	La legislación sectorial establece que la población indígena reciba subsidios en salud, la población no asegurada utiliza los recursos del subsidio a la oferta <sup>1</sup> .  Las Asociaciones “Juan Tama” y Nasa Çâxhaçxha asignan anualmente un porcentaje, no obligatorio, de los recursos que la nación transfiere <sup>38</sup> a esa entidad <sup>3</sup> .
<b>Administración de recursos</b>	
Ninguna participación <sup>1</sup> . Administradoras de régimen subsidiado indígenas. ARS.I regionales	La ARS, Asociación Indígena del Cauca –AIC-, propiedad de la organización indígena regional –CRIC-administra los recursos de la población indígena asegurada <sup>4</sup> .
<b>Prestación de servicios</b>	
Ninguna participación <sup>1</sup> . IPS indígenas regionales	La IPS indígena –Yacka Ksxa´w-, proporciona algunos servicios interculturales de promoción de la salud y prevención de la enfermedad <sup>5</sup> , además de actividades en apoyo a la medicina tradicional, fortalecimiento político-organizativo en salud y autonomía alimentaria.

Fuentes:

1. Ministerio de protección Social. CNSSS. 2007.
2. Plan de Atención Básica Municipal. Inzá 2004-2007. Plan de Atención Básica Municipal. Páez 2004-2007.
3. Secretaría de Planeación Municipal. Inzá. 2007. Secretaría de Planeación Municipal. Páez. 2008.
4. Programa de salud de la Asociación de Cabildos Indígenas “Juan Tama”. Inzá. 2002.
5. Portafolio de servicios. IPS-Indígena Yacka Ksxa´w. Asociación de Cabildos indígenas de Páez “Nasa Çâxhaçxha” y de Inzá-Tierradentro “Juan Tama”. 2005.

Esta nueva legislación (Ley 691 de 2001), en la cual se montaron las organizaciones indígenas de Tierradentro, creó una gran cantidad de dificultades: se forjó una clientela en busca de subsidios, incluso muchos pobladores que se autodenominaban mestizos –o campesinos- se han identificado como indígenas, lo cual le genera cierta facilidad para acceder a la atención sanitaria. La administración de los recursos del aseguramiento en salud (Decreto 330 de 2001) no ha garantizado más ni mejores servicios, pues el uso y la calidad de la atención no dependen solamente de la existencia dinero, además, el seguro es individual y específico, por lo tanto no permite elementos como la solidaridad o la atención a contingencias no contempladas en los planes de salud.

<sup>38</sup> Todos los Resguardos indígenas del país reciben directamente de la nación recursos económicos como parte de la autonomía a la que se han hecho merecedores por sus luchas, lo que además se ha plasmando en la Constitución Nacional. Ley 715 de 2001 (Colombia, 2001).

La prestación de servicios en salud ha generado una burocracia alrededor de los recursos, provenientes de las transferencias, dirigidos a la promoción de la medicina tradicional. Las organizaciones indígenas no han encontrado respaldo de las instituciones sanitarias para construir planes interculturales y no se ha producido información sobre los resultados de los planes y programas que estas instituciones realizan.

La participación social de los grupos indígenas en la política sectorial -en el nivel nacional, local y regional- no garantiza el cumplimiento de la legislación especial, la existencia de servicios interculturales ni la satisfacción del derecho a la salud para estos pueblos (Tabla N° 3). Su intervención únicamente está dirigida al aporte de elementos sobre la normatividad específica sobre cuestiones indígenas en el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud –el Ministerio de Protección Social dispone de otros elementos competentes para ello- y a la aprobación de los planes departamentales y municipales de salud pública –donde exista presencia de estas comunidades-.

En el departamento del Cauca y en los municipios de Inzá y Paéz, las personas – indígenas- designadas para esta labor de aprobación no poseen los conocimientos idóneos sobre el sistema de salud colombiano ni sobre la normatividad específica, además la legislación no tiene mecanismos que faciliten esta labor, es decir que estas personas participan en dicho Consejo solo por un trámite administrativo que facilite la aprobación del Plan Municipal de Salud, particularmente lo referente a salud pública. La poca capacidad técnica y los procesos de discriminación hacia los elementos de la cultura indígena por parte de las instituciones sanitarias, son evidentes en el nivel local, lugar en donde se invisibilizan de manera frecuente todos los aspectos sector indígena.

A pesar de la existencia de una situación especial en el marco de una legislación nacional, los discursos oficiales y particulares sobre salud, equidad en salud y derecho a la salud son contradictorios. Para los nasa la salud es parte de la armonía e integridad colectiva con la naturaleza; la equidad no es operacionalizada porque los principios de su proyecto de vida - identidad y cultura, unidad y pervivencia, territorio y autonomía- no permiten la generación de desigualdades entre ellos; y el derecho a la salud es parte del “derecho

mayor” que permite mantener el equilibrio entre las personas, la naturaleza y otros seres que la habitan, persiguiendo un fin que consiste en la pervivencia del pueblo indígena (A.J.T. 2005).

De manera distante el Estado considera a la salud como un elemento importante para el desarrollo económico; la equidad en salud, como discurso de reconocimiento de las desigualdades, es una manera para acceder a los mecanismos que dispone el mercado para satisfacer las necesidades en salud; y el derecho a la salud es un derecho individual aislado de otras contingencias importantes para el bienestar individual y colectivo (Ley 100, 1993). Esta situación, más que una contradicción explícita, es la imposición de una visión hegemónica que respalda un proyecto político y económico que no permite autonomías sobre las pretensiones estratégicas.

En un marco mas general sobre políticas públicas dirigidas a comunidades indígenas del país, destacan algunos elementos importantes: El Estado colombiano considera a todos los indígenas colombianos como pobres extremos<sup>39</sup>, de ahí que la política social dirigida a combatir esta situación esté caracterizada por la existencia de programas focalizados con el propósito de hacer más eficiente el recurso público. Esto únicamente ha derivado en un apoyo económico para los adultos mayores y los niños en edad escolar, además de los subsidios en salud.

Así, la política social está enfocada a aumentar la capacidad competitiva de las indígenas mediante el mejoramiento de los niveles educativos y sus condiciones de salud, lo cual, según el gobierno, facilitaría obtener un mejor empleo, derivando en un buen salario y por lo tanto: comprar más y mejores satisfactores para sus necesidades básicas, incluida la salud –teoría del capital humano que considera que todos los problemas de la humanidad se solucionan con más educación-. Esta propuesta de desarrollo social se aleja de políticas intersectoriales que necesariamente deberían existir para enfrentar las desigualdades sociales existentes.

---

<sup>39</sup> Esto hace parte de las políticas de equidad que el Estado colombiano ha construido hacia las comunidades indígenas de Colombia.

No se reconoce en la política pública que el modelo de desarrollo –modo de producción-, determina las condiciones materiales de vida de estos grupos, que se expresan de forma particular en los perfiles de enfermedad y muerte, siendo los perfiles de los grupos indígenas los más dramáticos dentro del país. Los aportes de la política social en cuestiones como la vivienda, el saneamiento básico, el aprovisionamiento de agua potable, las comunicaciones y el transporte y la cobertura en educación básica, son escasos o no han logrado superar el rezago construido a través de la historia. Estrategias estructurales como la redistribución del ingreso, la soberanía y la seguridad alimentaria, la protección del medio ambiente de manera sustentable y la educación de calidad basada en la identidad cultural son inexistentes, ampliando las desigualdades sociales existentes, atando a los indígenas en el fondo de la pirámide social.

A pesar que el movimiento indígena considera que ha obtenido importantes “logros” políticos con la actual legislación sanitaria, estos beneficios no tienen un peso significativo sobre la misma política ni sobre otras situaciones que determinan las condiciones vida y por lo tanto las condiciones de salud. La autonomía política, jurídica y legislativa que ejercen los nasa en sus territorios comunes (Ley 715 de 2000) posibilita decisiones que inciden únicamente sobre aspectos delimitados de la vida social de la comunidad –asignación de los escasos recursos de las transferencias, elección de autoridades indígenas, juicios a comuneros mediante legislación propia, obras comunales, etc.- y no impactan sobre procesos políticos y económicos estratégicos que generen modelos alternativos de desarrollo que a su vez transformen de manera positiva el nivel de vida estos individuos y sus comunidades.

## **4.2 CULTURA DE LA SALUD NASA.**

La cultura de la salud nasa tiene una amplia historia y una estructura de pensamiento sólida, coherente y lógica, diferente de la lógica científico-occidental. Se sustenta en una propia concepción del cuerpo humano, con su anatomía y su fisiología<sup>40</sup>, y en un

---

<sup>40</sup> Para los nasa el cuerpo humano es entendido como naturaleza viviente, lo cual se comprueba a través de dos vías –epistemológicamente emparentadas: lengua e historia. (Pórtela, 2002).

contexto ecosistémico, económico, social e histórico<sup>41</sup>. Posee un sistema clasificatorio de enfermedades<sup>42</sup> en consecuencia con las diferentes especializaciones del conocimiento y las respectivas técnicas de tratamiento y recursos. Para asegurar la coherencia de todos sus elementos constitutivos, se encuentra la cosmovisión<sup>43</sup>, a manera de una teoría implícita que cubre desde el mito hasta la práctica más trivial (Pórtela, 2002).

Las actividades de atención en el proceso salud/enfermedad entre los nasa es realizada por varios individuos en un sistema de especialidades bien definida. El principal recurso médico tradicional es el *t<sup>h</sup>ë wala*, este es el encargado de restaurar el orden o el equilibrio entre el medio y la comunidad; hace parte de todas las decisiones que tienen que ver con la vida social (elección de cabildos, cosechas, eventos culturales, etc.), dirigen los rituales mayores (*limpieza de varas*, *apagado del fogón*, *chapusc* y *saakelu*<sup>44</sup>), recuperan la armonía ante eventos que afecten a la comunidad (sequías, plagas, espantos, etc.), y diagnostican y tratan a las personas que presentan enfermedades (Portela, 2002). Su función social goza de

*“...bastante respeto, El es un sabio para nosotros, su autoridad es sobre todos nosotros; cuando el está en una reunión o donde estemos todos su palabra es muy importante y por eso es una autoridad. El nos cuida a todos, a los montes, a la comunidad y las personas, para eso tiene poder, para curar todo, a la gente y a la comunidad”* (E. 1, 2008)

Las otras especialidades en el sistema médico nasa son: *El recetador de plantas* quien se distingue por el conocimiento de una gran cantidad de yerbas medicinales y las recetas de

---

<sup>41</sup> En toda actividad social –económica, política, cultural- se hace una ofrenda para favorecer el buen desarrollo de tal actividad. Es importante recordar la estrechez económica en que viven los nasa, y el mas mínimo gasto descontrola su economía y amenaza su salud.

<sup>42</sup> La cultura de la salud nasa tiene su propio sistema de clasificación de enfermedades, las propias y las venideras. Las segundas son las enfermedades “traídas” de afuera y ante las cuales la cultura de la salud nasa no tiene alternativas para enfrentarlas.

<sup>43</sup> Este se compone de tres mundos. El submundo (*kiwe <sup>n</sup>d<sup>y</sup>i<sup>h</sup>u*), este mundo (*kwes, kiwe*) y el mundo de arriba (*e:ka*). Esto ha sido vivificado mediante el proceso de semantización (territorialidad). Cada mundo tiene vida y en el cada cual tiene su dueño (Pórtela, 2002).

<sup>44</sup> La *limpieza de varas* se realiza en el mes de enero cuando todos los cabildos hacen su refrescamiento en la laguna de Juan Tama, el *apagado del fogón* se realiza en marzo con el fin de ahuyentar todas las enfermedades tanto de las plantas como de los animales y las personas, el ritual del *chapusc* se realiza en noviembre para el cuidado de las animas y el *saakelu* se realiza en diciembre en agradecimiento a la madre tierra (Asociación “Juan Tama”, 2005).

su uso; *el pulseador* encargado de tratar los descontrolados del “pulso”, sentido en las “muñecas” de los pacientes; *el sobandero* encargado de asistir a las personas que han sufrido accidentes de dislocaciones en sus articulaciones y fracturas en los huesos; y la *partera* o *tut<sup>m</sup>bahisa*, especialista en la orientación de la reproducción biológica y social del grupo (Pórtela, 2002), ellas:

*“atienden a las mujeres cuando están en embarazo, les dicen que deben y que no deben comer, que no deben caminar por lugares sagrados, que no pueden hacer ciertas fuerzas porque es peligroso, también las soban para arreglar el niño en la barriga y también les atienden en el nacimiento que es en la casa, donde debe ser porque el niño en el hospital recibe el frío del hospital”* (E. 1, 2008)

Además del recurso humano de la medicina tradicional descrito anteriormente, existe un conocimiento del común que no es especializado y es conocido por la mayoría de los individuos de la comunidad Nasa, en especial por las personas mayores y las mujeres. Estas prácticas y saberes:

*“los ha aprendido la gente así no mas, que viendo al yerbatero, así...entonces a mi mama me decía: esta es para el dolor de barriga del frío, esta para la artritis, esta para eso otro; así no mas uno sabe que hacer cuando un niño se enferma....otros que el desenfriol o una aspirina, pero eso son pocos, a algunas no nos gusta la pastas -, medicamentos- de los médicos, a otros si...”* (E. 2, 2008).

Este conocimiento posibilita que todas las personas tengan un primer momento de atención en su familia y es desde ahí que se decide a donde acudir; al médico tradicional o al médico occidental.

El sistema médico tradicional de los nasa ha sido objeto de persecución desde el momento de la Conquista. Esta realidad siempre ha sido liderada por la iglesia católica, que acusa al recurso humano tradicional en salud de “pagano”, y por las instituciones implantadas por las autoridades coloniales, republicanas e inclusive las instituciones

actuales que consideran estas actividades como símbolo de atraso; inclusive profesionales que laboran en los servicios médicos estatales consideran que la medicina tradicional y todos sus elementos:

*“hacen parte de una serie de creencias sin fundamento científico que obstruyen la labor de las instituciones sanitarias, su magia en realidad no funciona...La gente va a donde las parteras por ignorancia...Ellas no usan ni siquiera guantes, soban a las maternas y eso es peligrosísimo para el bebé; en ocasiones han llegado en muy mal estado y toca remitirlas a Popayán” (E. 3, 2008).”*

A pesar de esta adversa situación, las organizaciones indígenas de la región están concientes de la importancia de la medicina tradicional, impulsándola de manera primordial (A.J.T., 2005).

La actual legislación sanitaria del país posibilitó la creación de la Asociación Indígena del Cauca -AIC- en 1997, la cual depende del Consejo Regional Indígena del Cauca –CRIC-. Esta asociación maneja toda cuestión en torno al proceso salud/enfermedad/atención en las comunidades indígenas de la región, no solo de los nasa, sino de otros pueblos indígenas del Cauca. Desde la AIC se construyó en Tierradentro el programa de salud *Yacka Ksxa´w*; este programa funciona como una institución prestadora de servicios interculturales en salud y de fomento de la medicina tradicional, su creación realmente se debió a la necesidad de revitalizar esta alternativa de atención:

*“Yacka Ksxa´w se creó para mantener la medicina tradicional de nosotros. Allí hay promotores de salud propios y técnicos en producción agrícola, y además muchos de ellos hablan nasa yuwe, al contrario de la gente del hospital que no lo habla...Su funcionamiento depende de todos los cabildos que aportan recursos económicos, también la AIC nos capacita y nos contribuye recursos” (E.4. 2008)*

Este programa de salud es sostenido por personas cuyos pensamientos y prácticas son coherentes con la estructura social de los nasa:

*“recursos propios, hay médicos tradicionales, yerbateros, parteras, sobanderos y los pulseadores que pueden atender a la gente cuando se necesite. Aquí en la Asociación siempre hay medico para lo que se necesite, digamos las 24 horas del día, no es solo para los indios, es para toda la gente que quiera. Ahora todo está bien organizado, sabemos donde están, que necesitan, les damos su linterna, su capa para que no se mojen, sus guantes...bueno, lo que necesiten para atender” (E. 4. 2008).*

Los principales proyectos desarrollados por este programa de salud son: *Despertar de las semillas*: Diagnóstico de las condiciones de salud y nutricionales de la población indígena menor de 12 años. Apoyo agrotécnico a las familias con niños en riesgo de desnutrición. *Mujer generadora de vida*: Seguimiento en nutrición y salud a las mujeres embarazadas. Acompañamiento del personal médico tradicional durante el embarazo, parto y puerperio. *Población discapacitada*: Censo de personas con capacidades diferentes y construcción de estrategias para mejorar sus condiciones de vida. *Proyección de equilibrio*: Armonización de la comunidad con los seres cósmicos. Dirigida por el médico tradicional mediante la ritualidad (*Yaçka Ksxa'w*, 2005).

Esta entidad adelanta también actividades intersectoriales encaminadas a la *Autonomía y autosuficiencia alimentaria*: incentivo a la producción agrosustentable, al rescate de alimentos tradicionales y de alto valor nutricional, a la producción en unidades familiares y comunitarias, y al intercambio de alimentos y demás productos agrícolas con otras regiones. Existe también una colección –herbario- dedicada a la recuperación de plantas tradicionales. *Fortalecimiento organizativo*: fortalecer las organizaciones de la región y los niveles de coordinación con las autoridades locales y tradicionales en busca de legitimar acciones sociales. Promoción de la salud como derecho irrenunciable de todo ser humano y de la diversidad de satisfactores y la autonomía para poder hacer uso de ellos (*Yaçka Ksxa'w*, 2005).

### 4.3 RECURSOS INSTITUCIONALES EN SALUD

Además de los recursos de la cultura de la salud nasa, existen en Tierradentro los principales elementos del modelo médico occidental –hospitales, acciones en salud pública, control de natalidad, medicalización, etc.-, que hacen parte de la política social del Estado hacia los colombianos, siendo este el reflejo de una estructura socioeconómica generadora de desigualdades, el capitalismo. Este modelo sanitario tiene por lo tanto todo el respaldo institucional y funciona como elemento que pretende hegemonizar ideológica y políticamente a la sociedad. Su principal función es garantizar una sociedad en óptimas condiciones de salud para la producción económica y legitimar la visión de la salud como un evento negativo y como una mercancía, permitiendo por lo tanto la incorporación de las farmacéuticas, las empresas aseguradoras y la industria tecnológica en el sector de los servicios de salud.

En la región también se evidencian las principales características del sistema de salud colombiano: servicios con énfasis en la enfermedad, escasa relación entre la política nacional y la realidad local, ausencia de perspectiva étnica en la atención y de programas sanitarios en regiones multiculturales, iliquidez financiera y privatización de los hospitales públicos, prácticas excluyentes y verticales entre el personal de salud y hacia los usuarios de los servicios, e inversión económica direccionada a la infraestructura.

Bajo esta realidad del sistema de salud de Colombia, en la región existen dos hospitales de primer nivel<sup>45</sup>: San Vicente de Paúl en Páez y Luis Adriano Pérez en Inzá; cuatro centros de salud<sup>46</sup>: San Andrés, Mosoco, Pedregal y Río chiquito; y 11 puestos de salud<sup>47</sup>: Calderas, Itaibe, Tumbichucue, Ricaurte, Santa Teresa, Cohetando, Turminá, La Milagrosa, Tálaga, San Luis y Vitoncó. El hospital nivel II más cercano se encuentra en La Plata –a 50 km.- y del nivel III en la ciudad de Popayán –a 125 km.- ambos comunicados por una vía de terracería. Estos centros de atención están en una red

---

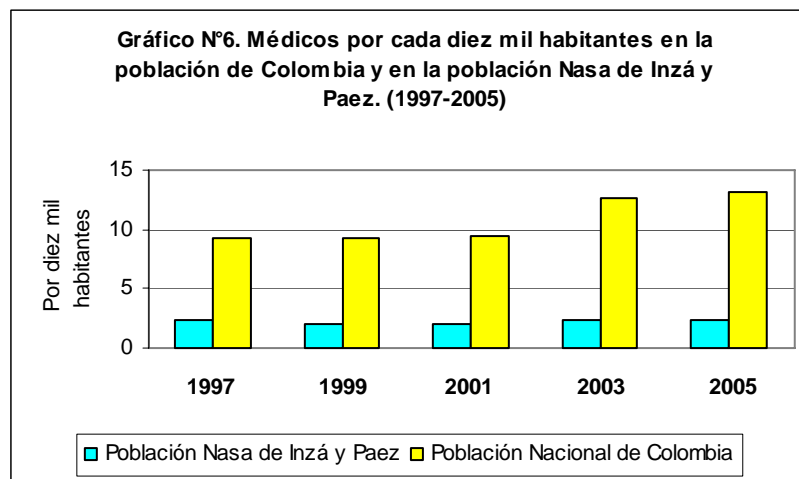
<sup>45</sup> En estos hospitales se brindan servicios de consulta médica ambulatoria, cirugía menor, laboratorio clínico, atención odontológica, rayos X, hospitalización, etc.

<sup>46</sup> Presencia frecuente de médico general.

<sup>47</sup> Presencia esporádica de médico general.

territorial de atención y funcionan bajo la reglamentación sanitaria nacional (Ley 100 de 1993).

En cuanto a los recursos humanos se destaca una situación relevante: la razón de médicos disponibles (Gráfico N° 6), por diez mil habitantes para la población nasa de Inzá y Páez es muy baja, situación invariable en la última década; en 1997 esta era 2.3, 2.0 en 2001 y para el año 2005 fue 2.3, en la población de Colombia la razón en 1997 fue 9.3, 9.4 en 2001 y 13.1 en 2005<sup>48</sup>. Esta diferencia evidencia la visión eficientista del sistema sanitario en las regiones con más dificultades en los servicios de atención médica. Es pertinente recordar que los médicos generales son imprescindibles en la consulta externa, en la atención materno-infantil, en las urgencias, etc.



Fuentes:

Sistema Integral de Información en salud del Hospital nivel I “Luis Adriano Pérez” y del Hospital San Vicente de Paúl. 2007.

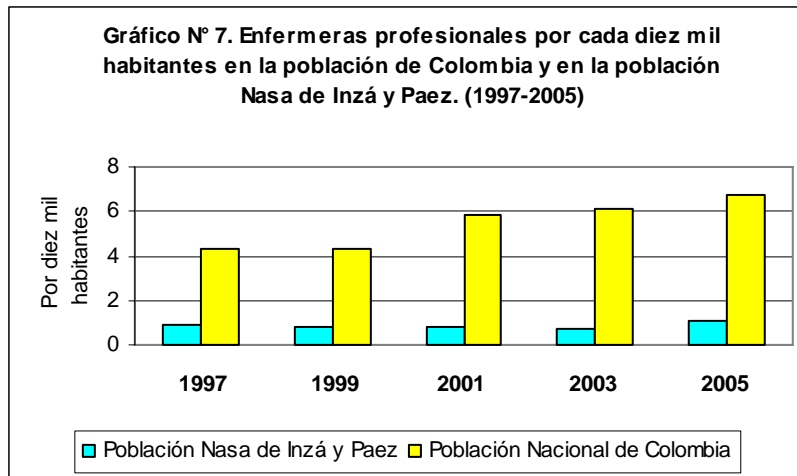
Indicadores Básicos. Dirección Departamental de Salud del Cauca. Popayán. 2000.

Iniciativa regional de datos básicos en salud. Base de Datos de Indicadores Básicos. Organización Panamericana de la Salud. 2007.

Otro personal indispensable en los servicios son las enfermeras (os) profesionales, ya que ellas son las encargadas de ejecutar todas las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en los grupos mal vulnerabilizados. Así, el recurso humano (Gráfico N° 7) disponible en atención primaria en salud para la población nasa de

<sup>48</sup> La razón de médicos por cada diez mil habitantes en otros países de la región es (2003): Nicaragua (16.4), Argentina (32.1) y Cuba (62.7) (OPS, 2006).

Tierradentro es escaso; la razón<sup>49</sup> de enfermeras profesionales por diez mil habitantes, entre 1997 a 2005, ha oscilado entre 0.8 y 1.1, cifra muy baja. Para la población colombiana esta razón ha permanecido entre 4.3 y 6.7<sup>50</sup> en la última década. A la incuestionable escasez de personal capacitado en la atención en salud –médicos generales y enfermeras-, se suman las acciones orientadas por la Asamblea Departamental (Ordenanza 059 de 2006), que bajo conceptos de eficiencia fusionó administrativamente los dos hospitales de Tierradentro, disminuyendo los aportes financieros a estos centros de atención y por lo tanto el recurso humano que fue reducido a principios de 2008 en un 30%. Esta situación lógicamente aumentara las desigualdades sanitarias.



Fuentes:

Sistema Integral de Información en salud del Hospital nivel I “Luis Adriano Pérez”. y del Hospital San Vicente de Paúl . 2006. Indicadores Básicos. Dirección Departamental de Salud del Cauca. Popayán. 2000. Iniciativa regional de datos básicos en salud. Base de Datos de Indicadores Básicos. Organización Panamericana de la Salud. 2006.

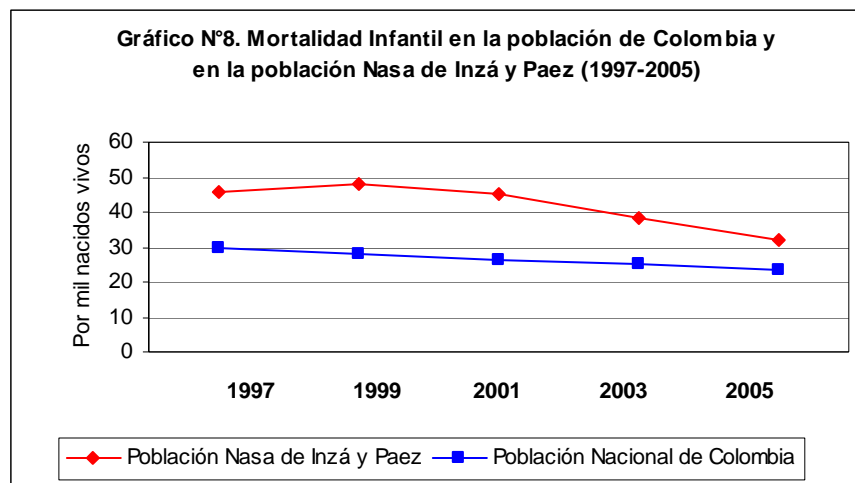
#### 4.4 CONDICIONES DE SALUD DE LA POBLACIÓN NASA DE INZÁ Y PÁEZ.

Evaluar las condiciones de salud de una población específica, en este caso de una comunidad indígena, es una labor que primordialmente debe considerar las relaciones

<sup>49</sup> Es una magnitud que expresa la relación aritmética de dos eventos en una misma población. (Moreno, 2007).

<sup>50</sup> La razón de enfermeras por cada diez mil habitantes en otros países es (2003): Costa Rica (15.3), Uruguay (12.4) y Cuba (9.5).

socioeconómicas y, de manera intermedia, las cuestiones particulares de la política sectorial, su implementación en espacios sociogeográficos concretos, el accionar de las instituciones responsables en el tema y la participación de los diferentes actores sociales en estos asuntos. Esto posibilita una adecuada contextualización de los indicadores sobre morbimortalidad que se van a describir a continuación; estos indicadores son: mortalidad infantil, mortalidad materna y morbilidad por tuberculosis. Estas cifras se presentaran de manera longitudinal desde 1997, que es desde cuando se implementan los sistemas de información en salud. La información no se encontró en los sistemas de información discriminada por etnia, por lo tanto esta ardua labor consistió en ubicar cada evento sanitario y contrastarlo con el censo que tienen las organizaciones indígenas para comprobar que dicha situación ocurrió en la población indígena mencionada.



Fuentes:

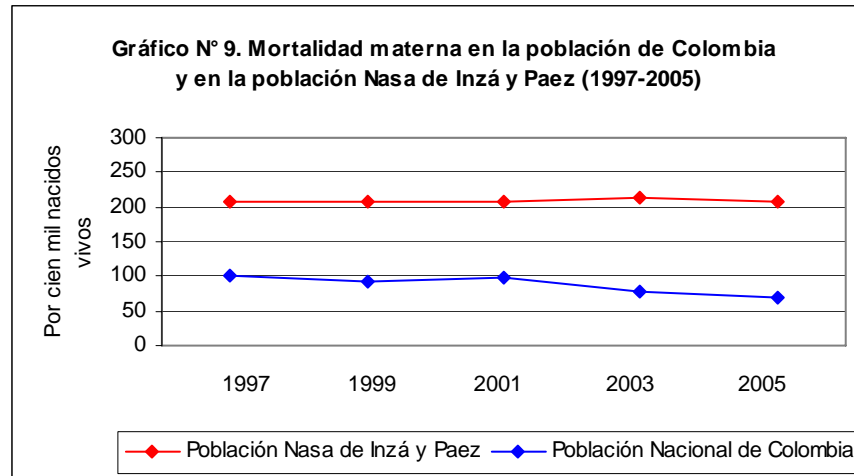
Sistema Integral de Información en Salud del Hospital nivel I “Luis Adriano Pérez” y Hospital San Vicente de Paúl. 2006.

Indicadores Básicos. Dirección Departamental de Salud del Cauca. Popayán. 2000.

Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud. Base de Datos de Indicadores Básicos. Organización Panamericana de la Salud. 2006.

La mortalidad infantil –MI- (gráfico N° 8) en la población nasa de Inzá y Páez, durante los años 1997-2005, presentó una ligera tendencia a la baja. La desigualdad en cuanto MI ha presentado una leve disminución durante los últimos 10 años, sin embargo siguen existiendo diferencias importantes entre las dos poblaciones respecto a esta situación; en 1997 la mortalidad infantil entre los nasa era 1.5 veces superior a la de Colombia y 1.36 en 2005. En este último año la mortalidad infantil en Tierradentro fue de 32.1 por mil

nacidos vivos, mientras entre los colombianos fue de 23.6 por mil nacidos vivos. La mortalidad infantil entre la población indígena históricamente ha sido alta respecto a otros grupos poblacionales, afirmándose un rezago a nivel nacional. Cabe mencionar que la tasa de mortalidad infantil en Colombia sigue siendo preocupante (23.6 por mil nacidos vivos en 2005<sup>51</sup>).



Fuentes:

Sistema Integral de Información en Salud del Hospital nivel I “Luis Adriano Pérez” y Hospital San Vicente de Paúl. 2006.

Indicadores Básicos. Dirección Departamental de Salud del Cauca. Popayán. 2000.

Iniciativa regional de datos básicos en salud. Base de Datos de Indicadores Básicos. Organización Panamericana de la Salud. 2006.

Encuesta Nacional de Demografía y salud. Profamilia. 2005.

La mortalidad materna –MM- (gráfico N° 9), en la población nasa de Tierradentro no ha presentado disminución entre 1997 y 2005. La tasa de MM se ha mantenido entre 209 y 205 muertes por cien mil nacidos vivos en este periodo de tiempo, cifras realmente altas. En la población colombiana, en ese mismo periodo de tiempo, ocurrió un descenso moderado. La brecha entre las dos poblaciones se ha incrementado moderadamente; el año 1997 las muertes maternas MM entre los nasa fue 2.1 veces superior a las de Colombia y en 2005 fue 3.1 superior. Es relevante mencionar que las elevadas tasas de MM presentada por esta comunidad indígena, respecto a la población nacional, ha sido una constante histórica no solo de este grupo étnico sino de todos los grupos indígenas

<sup>51</sup> En América Latina el promedio de mortalidad infantil es 23.9. En Colombia la tasa es superior al de algunos países del área con características socioeconómicas similares como es el caso de Chile (8.4), Costa Rica (9.8) y México (18.6), además está cuatro veces por encima de Cuba (6.2) (OPS, 2006). Respecto a la mortalidad infantil el Objetivos del Milenio, para Colombia, es: Reducir a 14 muertes por mil nacidos vivos la mortalidad en menores de 1 año en el 2015 (PNUD- Colombia, 2007).

colombianos. El descenso de la MM en Colombia durante la última década ha sido significativa, sin embargo esta situación es aún alarmante (68 por cien mil nacidos vivos en 2005<sup>52</sup>).

Otro evento sanitario a discutir es la incidencia de tuberculosis –ITBC- que expone una situación igualmente desfavorable para la población nasa de Tierradentro (Gráfico N° 10). En los últimos diez años la disminución de las desigualdades entre las dos poblaciones ha sido moderada: en 1997 la ITBC entre los Nasas fue 4.8 veces superior a la tasa presentada a nivel nacional y descendió a 3.5 veces en 2005. Sin embargo, a pesar del descenso de la presencia de la tuberculosis entre esta comunidad, la tasa de incidencia de esta enfermedad es muy alta<sup>53</sup> al compararla con los promedios nacionales e internacionales. Es importante recordar que la tasa de ITBC en Colombia es alarmante<sup>54</sup>.

El contexto de estos indicadores sanitarios es necesario ahondarlo, sobre todo porque estos datos pueden indicar un sinnúmero de situaciones sociales alrededor. La mortalidad infantil –en menores de un año-, está relacionada con las malas condiciones de vida de la familia del recién nacido –socioeconómicas- y con el acceso a servicios de salud de una sociedad (Task force on infant mortality, 2007), es decir, es posible modificar esta situación si existen servicios médicos accesibles económica, geográfica y culturalmente. La existencia de servicios públicos, de viviendas adecuadas y, sobre todo, de una buena alimentación en las familias, es otra medida importante frente a esta situación.

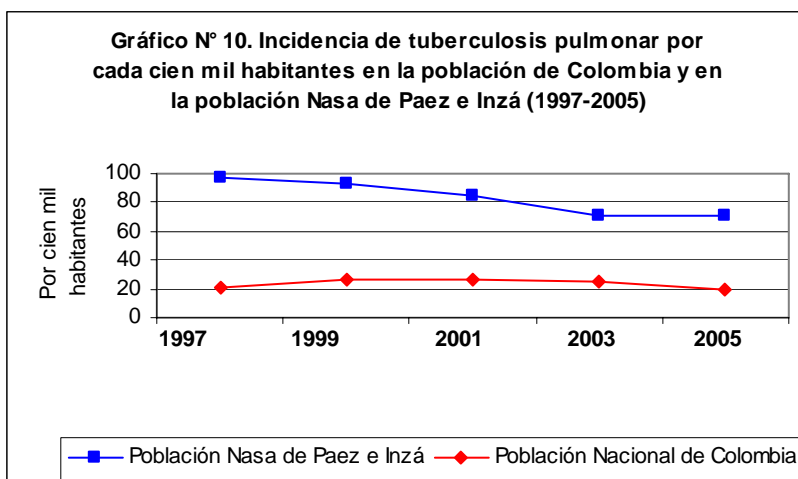
---

<sup>52</sup> Los datos de Colombia presentan promedios inferiores a los de América Latina (91.1), sin embargo es superior al de algunos países del área con características socioeconómicas similares, como es el caso de Argentina (40.1), Panamá (43), y Venezuela (57.8), y es el doble de la MM presentada en Costa Rica (36.3) (OPS, 2006).

Respecto a la mortalidad materna los Objetivos del Milenio, para Colombia, son: Reducir la tasa de mortalidad materna a 45 muertes por cien mil nacidos vivos (PNUD- Colombia, 2007).

<sup>53</sup> Históricamente ha existido una alta incidencia de tuberculosis en los resguardos de la región Nasa, situación que es explicada por las secuelas de la crítica situación vivida como trabajadores rurales en donde se mantiene sujetos a difíciles condiciones de trabajo, lo que los obliga a pasar por alto los cuidados personales en la relación cuerpo-cultura establecidos por el grupo (Pórtela, 2002).

<sup>54</sup> En Colombia es preocupante, la tasa de incidencia de tuberculosis por cien mil habitantes, para el año 2005, fue de 20.1; por debajo del promedio de América Latina (40), pero por encima de otros países como México (14), Costa Rica (16.7) y Chile (16.5), y es casi 3 veces el promedio de Cuba (7) (OPS, 2006).



Fuentes:

Sistema Integral de información en salud del Hospital nivel I “Luis Adriano Pérez” y Hospital San Vicente de Paúl. 2006.

Indicadores Básicos. Dirección Departamental de Salud del Cauca. Popayán. 2000.

Iniciativa regional de datos básicos en salud. Base de Datos de Indicadores Básicos. Organización Panamericana de la Salud. 2006.

La mortalidad materna se vincula a la inexistencia o déficit de atención obstétrica básica, al escaso nivel educativo de las mujeres y a las difíciles condiciones de vida – socioeconómicas- de las maternas (OMS y FNUAP, 2002), así, para evitar esta situación es necesario la presencia de servicios médicos con énfasis en equidad de género que integren a las mujeres en edad fértil y no solo a aquellas en estado de embarazo –políticas y programas de salud sexual y reproductiva-, de fácil acceso, gratuitos y universales. La incidencia de tuberculosis se relaciona con la inexistencia o inaccesibilidad a programas apropiados de prevención –vacunación- detección y tratamiento temprano de la enfermedad -DOTS-, a la desnutrición, a la ausencia de servicios médicos, al bajo impacto de planes de salud pública y, principalmente, a las malas condiciones de vida – condiciones de vivienda, hacinamiento- (OMS, 2007 y SSA, 2002). En este contexto convergen una serie de aspectos referidos a la política en salud y a las características socioeconómicas en las cuales está sumergida dicha comunidad indígena.

## **5. LA DISCRIMINACIÓN EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA Y SU IMPACTO EN LAS DESIGUALDES SANITARIAS**

Hasta aquí es posible hacer varias afirmaciones sobre las condiciones de salud de esta comunidad indígena: la primera indica el pésimo estado de salud entre este grupo étnico, comprobado en las altas tasas de morbilidad y mortalidad, particularmente en niños; la segunda esta relacionada con la existencia de grandes rezagos sanitarios, y aunque en los últimos 15 años ha observado mejoría en el nivel de salud de la población colombiana, no ocurre lo mismo entre los nasa de Inzá y Páez; la tercera afirmación permite precisar la relación que existe entre la mala situación de salud y las disparidades sanitarias con las desigualdades sociales –económicas y políticas- existentes en Colombia, que afectan notablemente a la región de Tierradentro. Concretamente se da a entender como las desigualdades sociales se expresan en las condiciones de salud.

A esta realidad hay que sumarle una circunstancia que la exacerba -máxime en un contexto donde existe población indígena-: la discriminación étnica. Esta cuestión hace referencia al trato diferenciado, y generalmente injusto, que recibe una persona o colectividad humana por su pertenencia a algún grupo étnico –enfatiándose en los rasgos físicos, el idioma, etc.- y por las expresiones culturales que de ello deriven –ritualidad y percepciones mágicas y religiosas-. Este tratamiento injusto se plasma en prácticas que la sociedad y las instituciones del Estado mantienen en la lucha por el poder y los privilegios. Producto de la discriminación algunos grupos étnicos pueden llegar a tener más poder que otros, o más poder sobre otros. En este caso se habla de relaciones de poder desiguales y de dominación/subordinación étnica (Krieger, 2002)

En un contexto de relaciones de poder desiguales el grupo dominante tiende a imponer sus características culturales y su ideología sobre los subordinados. Así, todo el sistema económico, político, jurídico y cultural de una sociedad se maneja por las decisiones del grupo dominante, no del mayoritario, lo cual explica el por qué de los tiránicos tratos a los grupos originarios en naciones o regiones donde la mayor parte de la población es indígena, como es el caso actual de Guatemala y Perú, y anteriormente en Bolivia.

A pesar del actual reconocimiento de la nación colombiana como multicultural y pluriétnica, la presencia de discriminación étnica en diferentes dimensiones de la sociedad es innegable, configurándose como una prolongación del racismo heredado de la Colonia. Cabe mencionar que la discriminación étnica esta estructuralmente vinculada a la presencia de una cultura dominante que legitima los motivos de una diferenciación injustificada, restringiendo las oportunidades en un universo poblacional con características culturales inmensas.

Para abordar las consecuencias de la discriminación étnica en la salud de los individuos y los colectivos es necesario ubicar las instancias en las cuales sucede este fenómeno social, en este caso en las instituciones sanitarias –de los municipios de Inzá y Páez- y en la política sectorial –particularmente en lo local-. Es entonces importante identificar los diferentes aspectos de la discriminación en salud: el tipo, relación dominantes-dominados y la ideología que la sustenta; la forma, nivel de interacción donde opera; los agentes, instituciones o individuos; su manifestación, verbal, física, etc.; y la esfera, escuela, empleo, hospital, etc., en donde se hace realidad esta distinción negativa que anula los derechos de los otros. Las diferentes expresiones se dan entonces en diferentes escenarios, por lo tanto la voz de los actores es muy diversa. Justamente esta labor se orienta en identificar las diferentes fachadas mediante las cuales la discriminación en salud afecta a los indígenas nasa de Inzá y Páez, realidades que se recrearan a continuación.

## **5.1 FORMAS DISCRIMINATORIAS SOBRE LA POBLACIÓN NASA EN LAS INSTITUCIONES SANITARIAS DE INZÁ Y PÁEZ.**

La política sanitaria colombiana es el reflejo del modelo económico neoliberal, este modelo considera que las necesidades del ser humano deben ser satisfechas mediante el mercado, convirtiendo a la salud en una mercancía, lo cual entra en total discordancia con el pensamiento nasa sobre el tema:

*“...pa’ nosotros [los nasa] tener salud no es solo tener carné [credencial de salud], no es solo plata pa’ pagar el médico o pa’ la droga que mandan los*

*médicos, así no es, la salud no es de pagar, la salud es estar bien con los demás, con la montaña, poder trabajar la tierra y responder por la familia. Pa' eso no tenemos que pagar, quién dijo?, el hospital?, esa gente no sabe nada, solo quiere plata pa' pagar salud y eso no es salud... cuando no había hospital tampoco había plata y teníamos salud” (E. 7. 2008).*

La discriminación en la política sanitaria demuestra los intentos hegemónicos del modelo médico occidental en el sector salud. Las alternativas a ese modelo, y sus estructuras de pensamiento, son invisibilizadas.

La legislación colombiana en salud conociendo esta situación ha erigido normas que recogen las aspiraciones de los pueblos indígenas (Tabla N° 4), sin embargo tal reglamentación es inoperante y demuestra la distancia entre la construcción de la política pública y los escenarios donde esas Leyes se hacen realidad:

*“es que en el hospital ni el director conoce las Leyes ni las conoce naides allá, en salud pa' nosotros los indios, todo estas ganancias nuestras en salud se quedan es en el papel (E. 4, 2008).*

Los ejercicios de participación plural, coherentes con la Constitución, son simplemente contextos discursivos, cuya operatividad no se demuestra debido a complejidades construidas históricamente en las instituciones públicas y en la manera de hacer la política social, en las regiones y a nivel nacional.

En el sector salud, la política demuestra que la construcción de un Estado pluriétnico y multicultural es un anhelo –en ocasiones romántico- de la sociedad nacional, en donde las minorías indígenas se mantienen invisibles, reconociendo que en algún lugar existen esos “buenos salvajes” con los cuales nunca se tiene relación. Situación diferente ocurre en las regiones, específicamente en Tierradentro, en donde operan más claramente ideologías

que justifican la dominación de ciertos grupos sociales y bajo estos preceptos la población “blanca”<sup>55</sup> argumenta situaciones de dominación contra esta población:

*“... parte de la pobreza en esta región es debido a que los indígenas tienen tierra que no trabajan, por eso el Cauca es tan pobre, por tanto Resguardo indígena improductivo... esos indios manejan recursos y lo despilfarran...vea usted el dinero de las transferencias que gastan en rituales ridículos de sanación [mágico-religiosos], dándole de comer a un montón de gente, gastándose en licor y transporte... incluso quieren manejar el hospital, que si queda en manos de ellos lo quiebran inmediatamente... afortunadamente acá en Inzá hemos estado organizados y no hemos dejado que ellos agarren la alcaldía, imagínese a esa gente mandando, acabarían con todo. (E. 3, 2008).*

La discriminación étnica no solo opera desde la política pública. Esta forma de agresión contra la población indígena proviene también del personal que labora en las instituciones sanitarias, de donde surgen diferentes situaciones en contra de los nasa y su cultura:

*“...antonces vinían casi siempre los doctores de allá del hospital de Páez, que vinían a hacer consulta, y mi esposo me dijo que fuera a verlos. A mi no me gusta ir, mas sin embargo mismito día fui a hacerme ver pues estaba embarazada de la niña menor y no había ido al hospital ni una vez...me regañaron que porque no había ido nunca y ya estaba pa’ parir. Esa señora mi hizo sentir bien mal porque me habló duro la enfermera... yo le dije que yo había tenido los otros dos niños acá en casa y que doña Ismenia, que era partera, me había alentado con ella y que los niños estaban mucho lo buenos...la doctora esa me dijo que si es que era que yo le creía mas a una que no había estudiado que a ella, que ella si era doctora y si sabía... es mejor no ir a consulta pa’ que no lo regañen a una” (E.6, 2008).*

---

<sup>55</sup> Generalmente mestizos ligados al poder político o económico en las regiones con presencia notable de población indígena que construyen una identidad como “blancos” en contraposición con la identidad indígena a quienes han discriminado históricamente de múltiples formas.

**Tabla N° 4. Legislación en salud para las comunidades indígenas en Colombia**

<b>Legislación</b>	<b>Descripción</b>
Resolución 10013 de 1981	Se plasman algunas de las aspiraciones, en torno a la problemática de salud, que el movimiento indígena le plantea al Estado en sus primeros ejercicios contemporáneos de relación política. Gratuidad, integración entre medicina tradicional y facultativa, participación social en salud.
Decreto 1811 de 1990	Recoge aspiraciones fundamentales de los pueblos indígenas relativas a su autonomía, reconocimiento a sus autoridades, formación y selección de personal y gratuidad en la prestación de servicios de salud.
Constitución Nacional 1991	Reconocimiento de la diversidad étnica y cultural de la Nación y la igualdad y dignidad de todas las culturas que conviven en el país. Consagra la autonomía política y administrativa de las autoridades indígenas al establecer que los grupos indígenas están organizados en sus territorios de acuerdo a sus usos y costumbres.
Ley 21 de 1991- Convenio 169 de la OIT	Esta aprueba el Convenio 169 de la OIT en Colombia. Servicios de salud organizados a nivel comunitario, administración y planeación en cooperación con los pueblos indígenas, utilización de personal sanitario de las comunidades, servicios de salud coordinados con medidas sociales, económicas y culturales.
Resolución 5078 de 1992	Reconocimiento de las culturas medico-tradicionales. Para ello el gobierno dictó estas normas técnico administrativas en materia de medicina tradicional y terapéuticas alternativas
Ley 100 de 1993	Desarrolla el Artículo constitucional 48 que establece que la seguridad social es un servicio pública de carácter obligatorio que se prestara bajo la dirección y control del Estado. Los grupos indígenas tienen prioridad para ser beneficiarios del subsidio a la salud.
Acuerdo 177 de 2000	Establece los criterios que deben tener en cuenta los Entes Territoriales en la identificación de la población indígena para su afiliación al régimen subsidiado.
Resolución 412 de 2000	Establece guías de atención y normas técnicas para la atención en el régimen subsidiado de salud en el cual se encuentra la población indígena
Ley 691 de 2001	Garantiza el cubrimiento para la población indígena del POS subsidiado, del Plan de Atención Básica, de la atención inicial de urgencias y de la atención de accidentes de tránsito y eventos catastróficos
Decreto 330 de 2001	Reglamenta las Administradoras del Régimen Subsidiado conformadas por Cabildos y/o autoridades tradicionales.
CSP26/10-2002 OPS	Vigilancia de inequidades determinadas por la pertenencia étnica y mejoramiento de acceso a atención en salud para los pueblos indígenas

Fuente:

Elaboración propia a partir de la legislación en salud para las comunidades indígenas (Morales, 2002).

El personal médico, como agente institucional, opera respaldando al modelo medico hegemónico, manteniendo una función de dominación sobre las prácticas tradicionales en salud –recursos, conocimientos, ritualidad, etc.-.

La discriminación positiva<sup>56</sup> es otro elemento a destacar en la legislación en salud. Este mecanismo considera a los indígenas colombianos como beneficiarios prioritarios en los programas gubernamentales contra la pobreza, mediante este dispositivo los indígenas acceden más rápidamente a un seguro en salud; sin embargo, en este precepto neoliberal

–en el cual a los llamados “pobres” el Estado los subsidia-, el gobierno otorga servicios de atención en salud de menor calidad y cantidad a quienes reciben estos subsidios, evidenciando una discriminación estructural. Esta discriminación en la política representa una injusticia, puesto que reconoce las desigualdades y además mantiene las estructuras en el sistema sanitario que permiten que esa situación persista:

*“...pa’ uno tener carnet no es garantía de nada. Uno va a que lo atiendan y la atención es mala, que no hay droga, que no hay rayos X, que esto no lo cubre el carnet, que hay que hacer filas desde las cuatro de la mañana. Luego ttoca a uno doctores que ni le preguntan a uno el nombre, ni siquiera miran a la cara a uno, eso si que is feo. Si pudiera yo pagaría doctor particular, pero pa’ ser pobre es que toca aguantar tudo eso” (E. 8, 2008).*

Los miembros de las comunidades indígenas reconocen esa diferencia en la calidad de los servicios, el mal trato en la atención y la existencia de unos mininos –actividades cubiertas por el seguro médico- que no logran satisfacer todas las necesidades de las personas.

Otra problemática originada en la discriminación positiva, es la relacionada con la indianización de otros sectores sociales, campesinos fundamentalmente, quienes intenten obtener esos recursos ingresando como miembros de los Cabildos. Esta situación vulnera el derecho a la salud, de ahí que las personas intenten cualquier mecanismo para satisfacer sus necesidades en sanitarias:

---

<sup>56</sup> Mecanismo mediante el cual se cuando se establecen discriminaciones con el fin de garantizar la igualdad de las personas afectadas.

*“Es notorio que los Cabildos han crecido, esto debido a que los campesinos saben que sí están anotados en las listas de los Cabildos pueden tener carné de salud y en el hospital los tenemos que atender. Incluso hay gente de aquí del pueblo que se volvieron indígenas desde hace poco, a uno le da risa ver esa situación, pero toca atenderlos, que se puede hacer” (E. 5, 2008).*

En las instituciones sanitarias de Inzá y Páez no existen mecanismos que posibiliten el acceso a los servicios de salud a la población nasa que no habla castellano:

*“...aquí en el Resguardo hay mucha gente mayor que no habla castellano o que lo entiende muy poquito, entonces echar pa’l hospital es un problema porque no entienden nada de lo que les dicen allá, le da pena preguntar y se devuelven. No hay quien los entienda y a la gente le da pena preguntar y se devuelven” (E. 10, 2008).*

Las autoridades indígenas reconocen esta forma de discriminación, promoviendo ante ello soluciones:

*“acá le hemos dicho al director del hospital que por favor ponga una persona allá que hable nasa yuwe para que oriente a la gente, que si un comunero llegue encuentre a alguien que hable su idioma y pueda acceder a una atención buena... en eso llevamos más de diez años diciéndole, nos dice que va a mirar como le hace, luego llega otro director y es la misma historia... ser indio y hablar nuestra lengua es un problema no solo para ir al médico, lo mismo pasa en la alcaldía, en el banco agrario... (E. 4. 2008).*

La discriminación por las características culturales, en este caso por el idioma, es una situación que reconocen las personas encargadas de los centros hospitalarios, dándoles la razón a los indígenas, sin embargo:

*“...si, eso es un gran problema y nosotros acá en el hospital lo sabemos pero no depende solo de nosotros; le hemos dicho a la dirección departamental de*

*salud y nos responden que es imposible porque no hay dinero para eso... desafortunadamente la legislación en salud y los altos directivos solo están interesados en el manejo eficiente del dinero y no respaldan en esos temas...” (E. 5, 2008).*

La respuesta institucional lógicamente se deriva de una lógica del modelo de desarrollo socioeconómico nacional.

Otro escenario institucional en donde opera este fenómeno, es en el de las relaciones interpersonales que se dan en el momento en el cual una persona busca u obtiene atención en salud:

*“es poco el personal de salud que trate bien a los indios. Uno sabe que a muchos de ellos no les gusta venir a las comunidades... si vienen llegan tarde y se van temprano, se la pasan haciendo mala jeta...no son todos, eh, pero si la mayoría, algunos son muy amables y nos trata bien, pero son contaos (E. 10, 2008).*

En los hospitales se reconoce este asunto, no obstante, es claro que es poco lo que se puede hacer:

*“resulta difícil que un médico se venga a trabajar acá, para ellos la zona es peligrosa y tiene problemas de orden público, y si vienen ponen líos porque ellos saben que tienen la sartén por el mango. No quieren hacer los turnos, no quieren salir a las comunidades, toca mejor dicho, consentirlos y eso que ganan muy bien” (E. 5, 2008).*

Es también necesario reconocer que en las universidades, donde se educa el recurso humano en salud, no existen planes de estudio relacionados con la atención intercultural en salud:

*“yo estudie enfermería en la universidad del Cauca en los años 90, y apenas vimos una materia que era sobre antropología, pero era un curso muy débil al cual nadie le daba mucha atención, es de esos que uno le llama costura.. Para nosotros lo importante era aprender clínica, cosas así...ahora es que uno se da cuenta de la importancia de esas materias...” (E. 5, 2008).*

El trato diferenciado dado a los indígenas en los centros hospitalarios de Inzá y Páez no se soporta en la legalidad, sin embargo la discriminación en esas instituciones se practica de forma directa:

*“a las comunidades vienen las enfermeras y los médicos a decirnos que tenemos que planificar, que pa´ que tantos hijos, que nos pongamos la T [dispositivo intrauterino], que por eso los indios somos pobres...” (E. 4, 2008).*

También esta situación se presenta de forma indirecta:

*“ellos [los indígenas] no entienden la importancia que tienen la vacunas, muchas veces nos dicen que ellos no dejan vacunar a los niños porque las vacunas los enferman y luego convencerlos es muy difícil... otra cosa es lo de la planificación; uno como enfermera les hace una charla sobre planificación familiar y muchas veces las mujeres dicen que el dispositivo intrauterino les puede causar cáncer, luego quien les quita eso de la cabeza” (E. 5, 2008).*

En las instituciones públicas de salud ubicadas en Tierradentro la discriminación étnica es perpetrada por diversos agentes, especialmente por los encargados de brindar atención:

*“así llevaba como ocho días con la cara flamada y un dolor el berraco, yo me ponía de todo y no me quitaba ese mugre dolor con nada. Al otro día me madrugue y jui al hospital y hice la fila y cuando me veio la dotora lo primero que hizo fue regañarme y me dijo que era un puerco, que me lavara la boca, se regó conmigo, quede curada pa´ no volver pu´ allá” (E. 9, 2008).*

Dicha situación no solo pasa esto con los comuneros indígenas, también sucede con las directivas de las organizaciones sociales:

*“aquí va el presidente de la Juan Tama [asociación de cabildos] a hablar con el director del hospital sobre esta problemática y que le dicen; que si, que van a mejorar las cosas, le dan es contentillo, como diciendo, dígamele que si al indio pa’ que no moleste mas...es que desde el celador pa’ rriba se la monta al indio... Por otro lado ir al segundo nivel de atención es peor, si acá no los atienden en Popayán es peor, hay comuneros que se ponen a llorar por el mal trato que les dan, imagínese... De todas maneras hay que reconocer que hay gente buena también en los hospitales, pero son contadas...” (E.4. 2008).*

La infraestructura y funcionamiento de los hospitales genera también situaciones adversas para que los comuneros no accedan a los servicios sanitarios:

*“mire usted, a las mujeres no les gusta ir a parir en el hospital porque allá es muy frio, la comida es fea y no pueden dentrar los parientes a acompaña...todos esos aparatos los asustan es a uno, no se sabe que le ponen a las mujeres cuando van a parir”. (E. 1, 2008).*

Para la población indígena la medicina tradicional, además de solucionar los problemas de salud, significa un espacio espiritual y acompañamiento que lógicamente no se encuentra en las instituciones hospitalarias.

La discriminación étnica se manifiesta de formas diversas en los servicios de salud, principalmente de forma verbal:

*“es que van a las comunidades y le dicen a las mujeres; que planifiquen, que se hagan la citología... como se le ocurre que una mujer se deje ver las partes intimas de alguien que no conoce, peor cuando son médicos hombres.*

*Para una mujer indígena es muy difícil una situación así, que la toque un hombre que no es su marido es muy difícil” (E. 4, 2008).*

Estas expresiones provienen esencialmente del personal sanitario, calificando negativamente las prácticas culturales de la comunidad nasa de Tierradentro:

*“le llevé el niño porque la diarrea no le paraba y tres días ensuciando, la promotora me ayudó a llevarlo y cuando llegamos al puesto me preguntó la enfermera que qué le había dado, le conté que agua e´ cáscara de papa y que el the´wala lo vio además y le pasó una guasca por el estómago...esa señora me dijo que si yo era boba, que de porque lo llevaba a esa gente, yo me puse a llorar porque pensaba que se me iba a morir el niño y me hizo salir del puesto y tuvieron al niño allá casi medio día pa´ yo poderlo ver”. (E. 10, 2008).*

La esfera de estos acontecimientos se da principalmente en los servicios de atención – consulta médica y odontológica, hospitalización, actividades de prevención de la enfermedad, etc.-:

*“de entrada lo miran a uno raro, ni le dicen que le van a hacer y le mandan remedios y como uno ni pregunta pues que le va decir uno, que gracias...” (E. 10, 2008).*

Otros espacios de socialización, como la escuela, sirven de escenario a la presencia de burlas contra el médico tradicional y los rituales mágicos religiosos:

*“el niño mío me dijo que en la escuela habian ponido una tarea sobre que les gustaría hacer cuando fueran grandes y otro niño dijo que médico tradicional y que todos los niños se rieron y la profesora dijo que no, que había que estudiar y ser alguien reconocido que los médicos tradicionales eran chachareros” (E. 7, 2008).*

La información sobre la discriminación étnica en los servicios de salud de Inzá y Páez es suficiente –e inmensa como para describirla toda en este documento-, para hacer varias conclusiones:

1. Como proceso social opera de manera estructural, sin embargo es poco visibilizada a nivel macro. Es a través de las instituciones del Estado donde se manifiesta y adquiere cierta legalidad; las instituciones de salud de Inzá y Páez son el mejor ejemplo de ello.
2. Este fenómeno está determinado por las relaciones de poder que se dan en la región de Tierradentro, en donde las intenciones hegemónicas se expresan en diferentes dimensiones sociales, particularmente sobre la cultura indígena, siendo esta subvalorada junto con todas sus expresiones, en este caso en específico, la medicina tradicional o cultura de la salud Páez.
3. La segregación a los indígenas es ejercida directa e indirectamente por agentes institucionales del sector salud que representan ideológicamente al régimen político-económico imperante en el país. Médicos y enfermeras, pero también infraestructura y funcionamiento hospitalario, apoyan esta situación.
4. La forma en la que se exterioriza este tipo de racismo generalmente es verbal, siendo palpables algunas manifestaciones físicas y mentales. Las barreras idiomáticas existentes en los servicios de salud representan una situación a superar inmediatamente.
5. El ámbito en donde sucede este fenómeno social, es generalmente en los servicios de atención en salud, aunque las manifestaciones se dan en otras esferas sociales. En la relación médico paciente se evidencia las estructuras verticales representadas en el médico, generando dificultades –estrés, temor, miedos- en los comuneros, allí además se conjuga con la discriminación de género y la económica.
6. La segregación étnica desde los servicios de salud hacia la población indígena ha sido un proceso histórico del cual las instituciones son conscientes y han intentado revertirla. Los intentos no afectan el sustento estructural y el fenómeno se sigue alimentando de personas y mecanismos discriminatorios interiorizados.

7. La discriminación étnica genera barreras de acceso a los servicios de atención en salud en la población nasa de Tierradentro, con lo cual se mantienen y generan nuevas desigualdades sanitarias.
8. Esta segregación racial es un determinante de las condiciones de salud que tiene el pueblo nasa de Tierradentro, sumándose al proceso de determinación social de la salud/enfermedad de otras dimensiones sociales –políticas y económicas-.

## 6. CONCLUSIONES

La región de Tierradentro, ubicada en los Andes del suroccidente de Colombia, sigue siendo un territorio de resistencia, en donde antaño los nasa y otros pueblos indígenas se refugiaron para sobrevivir y hoy día se organizan frente a los intentos del Estado colombiano por controlarlos junto con los recursos existentes en sus territorios.

Allí, en medio de históricos conflictos con las autoridades -coloniales, republicanas y contemporáneas- y la imposición de políticas socioeconómicas, se fueron construyendo las actuales desigualdades sociales. Los nasa de Páez e Inzá han sido un pueblo excluido por los demás sectores de la sociedad, discriminado por la población blanca, intolerado por la iglesia católica y segregado por las elites políticas. Esto lógicamente se evidencia en sus actuales condiciones de vida.

La situación social de los indígenas de Tierradentro presenta grandes rezagos en comparación con la situación de Colombia: el 25% de la población Colombiana vive en áreas rurales, mientras que los nasa tienen sus hogares en el campo. El porcentaje de población menor de 5 años en Colombia es 11% y el promedio de personas por hogar es 3.9, en los nasa estas cifras son 15.9% y 5.4, respectivamente. Estos indígenas presentan un porcentaje de necesidades básicas insatisfechas de tres veces superior al de la población colombiana (27%) y casi el doble del de los sectores rurales del país (52%).

La cobertura de servicios públicos es preocupante, el acueducto (7%) y alcantarillado (6.5%), es casi inexistente en los territorios indígenas, la electricidad solo beneficia a un poco más de la mitad de la población y todos los hogares cocen sus alimentos con biomasa. El analfabetismo entre los nasa de Tierradentro es tres veces superior al porcentaje de Colombia (7.2%) y la población con educación superior no supera el medio punto porcentual, en Colombia el 7% de la población es profesional (2005).

El sector primario, principalmente agricultura de subsistencia, impera en la población nasa. En Colombia predominan el sector secundario y terciario de la economía, denotando un modo de producción enfocado hacia la satisfacción de las necesidades

básicas de la familia y la comunidad. No obstante esta población se ha visto obligada a consumir bajo el modelo de producción capitalista orientado a la generación de plusvalía que impide la satisfacción de gran parte de las necesidades de este grupo indígena debido a la posición que ocupan en ese tipo de las relaciones de producción.

La autonomía política, jurídica y legislativa que ejercen los nasa en sus territorios comunes posibilita decisiones que inciden únicamente sobre aspectos específicos de la vida social de la comunidad –asignación de recursos de los escasos recursos de las transferencias, elección de autoridades indígenas, juicios a comuneros mediante legislación propia, obras comunales, etc.- y no impactan sobre procesos políticos y económicos estratégicos que generen modelos alternativos de desarrollo que a su vez transformen de manera positiva el nivel de vida estos individuos y sus comunidades.

El Estado colombiano considera a todos los indígenas colombianos como pobres extremos, de ahí que la política social dirigida a combatir esta situación esté caracterizada por la existencia de programas focalizados con el propósito de hacer más eficiente el recurso público. Esto ha derivado en un apoyo económico para los niños en edad escolar –inscritos principalmente en instituciones con perspectiva étnica- y para los adultos mayores.

La política social está enfocada a aumentar la capacidad competitiva de las indígenas mediante el mejoramiento de los niveles educativos, lo que facilitaría obtener un mejor empleo, derivando en un buen salario y por lo tanto comprar más y mejores satisfactores para sus necesidades básicas, incluida la salud –teoría del capital humano que considera que todos los problemas de la humanidad se solucionan con más educación-. Esta propuesta de desarrollo social se aleja de políticas intersectoriales que necesariamente deberían existir para enfrentar las desigualdades sociales existentes.

La participación social de los grupos indígenas en la política sectorial -en el nivel nacional, local y regional- no garantiza el cumplimiento de la legislación especial, la existencia de servicios interculturales ni la satisfacción del derecho a la salud para estos pueblos. Su intervención únicamente está dirigida al aporte de elementos sobre la

normatividad específica en el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud –el Ministerio de Protección Social dispone de otros elementos competentes para ello- y a la aprobación de los planes departamentales y municipales de salud pública –donde exista presencia de estas comunidades-.

Los rezagos sociales, en lo económico y en lo político, determinan subsecuentemente unas pésimas condiciones de salud, igualmente muy por debajo de los indicadores del País. Los recursos sanitarios presentan una desigualdad en su distribución: El número de médicos y enfermeras por diez mil habitantes en lo nasa de Inzá y Páez es 5 y 6 veces inferior, respectivamente, en comparación con la disponibilidad de los mismos recursos humanos en Colombia (2005). Por otra parte la disponibilidad de camas hospitalarias es el doble en Tierradentro en comparación con el mismo indicador a nivel nacional.

Entre los nasa de Inzá y Páez la mortalidad infantil (2005) y la mortalidad materna (2005), es 1.5 veces y 3.1 veces, superior a las tasas presentadas en el país. La tuberculosis también demuestra las marcadas diferencias en las tasas de morbilidad entre las dos poblaciones, en año 2005 fue 3.5 veces superior entre esta población indígena. Es importante recordar que los sistemas de información no presentan datos discriminados por etnia, por lo tanto recuperar esta información significó un arduo trabajo, en el cual los datos se reconstruyeron a partir de ubicar los eventos en los sistemas de información y buscar a las personas en los censos poblacionales de los cabildos.

Los recursos medico-tradicionales son invisibilizados por el modelo medico hegemónico que impone todos sus elementos en los servicios de salud, lo cual va generando un agrietamiento en este importante recurso, que por generaciones ha soportado el peso de la enfermedad entre el pueblo nasa. Este recurso esta compuesto por las prácticas y los conocimientos del *the wala*, la partera, el pulseador y el sobandero, además de elementos de la herbolaria y minerales utilizados.

La discriminación étnica en los servicios de atención médica es un mecanismo que potencia la determinación social sobre las pésimas condiciones de salud en la población nasa, siendo a la vez determinante de las mismas condiciones de salud. Esto genera en los

indígenas una doble carga sobre su estado de salud: la de la pobreza extrema y la de segregación racial. Así, los caminos para superar esta situación no solo deben superar las condiciones sociales y económicas en las cuales está inmerso este pueblo indígena, es por ello necesario impulsar cambios que transformen las estructuras ideológicas que sustentan esta situación.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

Almeida, C. Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: Algunas lecciones de los años 80 y 90. *Cad. Saúde Pública*, Río de Janeiro. 2002; 18(4):905-925.

Aristóteles. *Ética a Nicómaco*. Fondo de Cultura Económica- Editorial Alianza. México. 2004.

Asociación de cabildos de Inzá- Juan Tama. *Pensamiento ancestral: por la construcción del tejido social y el fortalecimiento de las relaciones interculturales*. Plan de vida. Inzá – Cauca. 2005.

Asociación de cabildos de Inzá- Juan Tama y de Páez “Nasa Çâxhaçxa”. *Portafolio de servicios de la Institución Prestadora de Salud Indígena -IPSI*. Yacka Ksxa’w. Inzá. 2005.

Banco Mundial. *Informe Invertir en Salud*, Washington. Banco Mundial. 1993.

Barradas, R. Furquin M. y Valencia, C. Desigualdades de saúde segundo cor em pessoas de 15 a 64 anos de idade no Brasil, 1998. *Cad. Saúde Pública*, Río de Janeiro. 2007; 3(2):305-312.

Barre, M. *Ideologías indigenistas y movimientos indios*. Siglo XXI editores. México. 1985.

Bartolomé, M. *Movimientos indios en América Latina*. Los nuevos proceso de construcción nacionalitaria. Serie antropología. Brasilia. 2002. [Revisado el 25 de noviembre de 2006] En: <http://www.grupochorlavi.org/php/doc/documentos/Movimientosindios.pdf>.

Blanco, J. y López, O. *Condiciones de vida, salud y territorio: un campo temático en (re) construcción*. En prensa. 2005.

Breilh, J. *Epidemiología crítica*. Lugar editorial. Buenos Aires. 2004.

Cansino, C. Estado. En: Baca, L; Bokser-Liwerant, J; Castañeda, F; Cisneros, I; Pérez, G. (compiladores.) *Léxico de la Política*. México: FCE/FLACSO/CONACyT, 2000, Pág. 222-227.

Carta de Toronto. *Determinantes sociales de la salud*. Carta de Toronto para un Canadá saludable. Toronto. 2001

Consejo de Política Social. *Actas, redes de atención a la población vulnerable*. 2000-2005 Inzá – Cauca. 2005

De Souza, M. C. *El desafío del conocimiento*. Investigación en salud. Lugar editorial. Buenos Aires. 2004.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. Colombia. Censo 2005.  
<http://www.dane.gov.co/>

Epstein. A. Explorando la identidad étnica. Oliver & Boyd. Edimburgo. 1978.

Fleury, S. Modelos de reforma a la salud en América Latina. En: Spinelli, H. Salud Colectiva. Lugar Editorial. Buenos Aires. 2004. Pág. 171-199.

Frenk y Londoño. Pluralismo estructurado: Hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. Banco Interamericana de Desarrollo. Washington. 1997.

Giraldo, J. Ejercicios del derecho a la salud en Colombia. Defensoría del Pueblo. Primera Edición. Bogotá. 2000.

Gutiérrez, V. Medicina Tradicional de Colombia. Universidad Nacional de Colombia. Quinta edición. Bogotá, 1980.

Hernández, M. Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2002; 18 (4): 991-1001.

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Poblaciones atendidas. Popayán. 2007.  
<http://www.icbf.gov.co/espanol/default.asp>

Junguito, R. Memorando del Ministro de Hacienda Roberto Junguito al Presidente Belisario Betancur. Economía Colombiana, Separata N° 6, marzo-abril: 20-25. 1985

Krieger, N. Glosario de epidemiología social. Rev Panam Salud Publica, 2002, 11 (5). 480-490.

López, O. y Blanco, J. Desigualdad social e inequidades en salud. Desarrollo de conceptos y comprensión de relaciones. Salud Problema. 2003; 8 (14-15): 1-16.

Laurent, V. Indianidad, retos y espacios políticos en Colombia. Entre disparidades e intentos de unidad: la apuesta del Departamento del Cauca. Análisis Político, Número 31 (63-81). 2002.

Lugo, A. El materialismo dialéctico, base epistemológica de lo social. [Revisado el 5 de abril de 2007] En: <http://contexto-educativo.com.ar/2002/2/nota-05>.

Malgesini, G. y Gimenez, C. Guía de conceptos sobre migraciones Racismo e Interculturalidad. Editorial Catarata. Madrid. 2000.

Martinez, R. Reforma de salud y equidad. [Revisado el 22 de septiembre de 2006]. En: <http://www.minambiente.gov.co/admin/contenido/documentos/ReformadeSaludyEquidad.pdf>.

Menéndez E. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. En: Spinelli, H. Salud Colectiva. Lugar Editorial. Buenos Aires. 2004. p. 11-47.

Morales, G. Sistematización de la experiencia normativa nacional, relacionada con la salud y comunidades indígenas en Colombia. Dirección Departamental de Salud del Cauca. Popayán. Colombia. 2002.

Múnera, L. Rupturas y continuidades. Poder y movimiento popular en Colombia, 1968-1998. Santa Fe de Bogotá: IEPRI, Universidad Nacional de Colombia-Facultad de Derecho, Ciencias Políticas y Sociales. CEREC. 1998.

Municipio de Páez – Cauca. Plan Básico de Ordenamiento Territorial. 2002.

Municipio de Páez – Cauca. Plan de Desarrollo. 2004-2007.

Municipio de Páez. Plan de Atención Básica. 2004-2007.

Ocampo, J. Historia Económica de Colombia. Bogotá D.C. Redesarrollo-Siglo XXI editores. 1997.

Organización Nacional Indígena de Colombia. ONIC. 20 años de lucha. Texto mimeografiado. 1982.

Organización Internacional del Trabajo –OIT-: Convenio 169 – Sobre Pueblos Indígenas y tribales en Países independientes-. OIT. Ginebra. 1989.

Organización Mundial de la Salud. Informe de la primera reunión de facilitadores de la sociedad civil en el ámbito regional de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS). Ginebra. 2005

Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre determinantes sociales de la salud. Subsanan las desigualdades en una generación. Resumen analítico del informe final. Ginebra. 2008

Organización Mundial de la Salud. UNICEF, FNUAP, Mortalidad derivada de la maternidad. [Revisado el 28 de abril de 2007] En: [http://www.unicef.org/spanish/specialsession/about/sgreport-pdf/09\\_MaternalMortality\\_D7341Insert\\_Spanish.pdf](http://www.unicef.org/spanish/specialsession/about/sgreport-pdf/09_MaternalMortality_D7341Insert_Spanish.pdf)

Organización Mundial de la Salud. Control mundial de la tuberculosis 2007: resultados principales [Revisado el 28 de abril de 2007] En: [http://www.who.int/tb/publications/global\\_report/2007/key\\_findings/es/print.html](http://www.who.int/tb/publications/global_report/2007/key_findings/es/print.html)

Organización Mundial de la Salud. Criterios médicos para la elegibilidad de métodos anticonceptivos. [Revisado el 28 de abril de 2007] En: [http://www.who.int/reproductive-health/publications/es/mec/mec\\_es.pdf](http://www.who.int/reproductive-health/publications/es/mec/mec_es.pdf)

Organización Mundial de la Salud. Informe Técnico de Salud Mundial. Atención prenatal orientada: Un mejor enfoque, más económico, con base en la evidencia. [Revisado el 28 de abril de 2007] En: [http://www.who.int/reproductive-health/publications/rhr\\_01\\_30\\_sp/RHR\\_01\\_30\\_contents.sp.html](http://www.who.int/reproductive-health/publications/rhr_01_30_sp/RHR_01_30_contents.sp.html)

Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo. 2005. [Revisado el 28 de abril de 2007]. En: <http://www.who.int/whr/2005/chapter4/es/index.html>

Organización Panamericana de la salud. Vacunación segura. 2007. [Revisado el 28 de abril de 2007]. En: [http://www.paho.org/spanish/ad/fch/im/ModuloVacSegura\\_Intro.pdf](http://www.paho.org/spanish/ad/fch/im/ModuloVacSegura_Intro.pdf)

Organización Panamericana de la salud, Recursos en salud. [Revisado el 28 de abril de 2007]. En: <http://www.col.ops-oms.org/desarrollo/recursoshumanos.asp>

Organización Panamericana de la salud. Esquema único de vacunación para Colombia. [Revisado el 18 de octubre de 2007]. En: <http://www.col.ops-oms.org/pai/esquema.htm>

Organización Panamericana de la Salud. Iniciativa de salud para los pueblos indígenas. Lineamientos estratégicos y plan de acción. 2003-2007. Washington. 2002.

Organización Panamericana de la Salud. Trabajando para alcanzar la equidad étnica en salud. Taller regional para América latina y el Caribe. Brasilia. 2004.

Organización Panamericana de la Salud. Situación de las América. Indicadores Básicos. 2006.

Oszlak, O. Políticas públicas y regimenes políticos: Reflexiones a partir de algunas experiencias latinoamericanas. Revista de Administración Pública. Brasil. 1982, 16(1):17-60.

Ospina, E. J. Plan de Atención Básica en Salud 2004-2007. Alcaldía de Inzá 2004. Popayán. Colombia. 2004.

Paredes, N. El derecho a la salud: Su situación en Colombia. CINEP – GTZ. Bogotá. 2003.

Pérez, G. Reforma del Estado. En: Baca, L; Bokser-Liwerant, J; Castañeda, F; Cisneros, I; Pérez, G. (compiladores.) Léxico de la Política. México: FCE/FLACSO/CONACYT, 2000, págs. 623-631.

Piñeros, M y Ruiz, M. Aspectos demográficos de comunidades indígenas en tres regiones de Colombia. Organización Panamericana de la salud. 1998.

Portela, H. Cultura de la salud Páez: Un saber que perdura para perdurar. Editorial Universidad del Cauca. Calí-Colombia. 2002

Porto, Silvia. Equidad y distribución geográfica de los recursos financieros en los sistemas de salud. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2002; 18(4): 939-957.

Profamilia. Salud sexual y reproductiva en Colombia. Encuesta nacional de demografía y salud. 2005. [http://www.profamilia.org.co/encuestas/index\\_ends.htm](http://www.profamilia.org.co/encuestas/index_ends.htm)

Programa de las naciones unidas para el desarrollo. PNUD. Objetivos del milenio para Colombia. [Revisado el 20 de septiembre de 2007] En: [http://www.pnud.org.co/areas.shtml?x=536&cmd\[83\]=x-83-536&cmd\[82\]=c-1-02010&cmd\[85\]=c-1-02010&als\[VAREA\\_\\_\\_\]=02010](http://www.pnud.org.co/areas.shtml?x=536&cmd[83]=x-83-536&cmd[82]=c-1-02010&cmd[85]=c-1-02010&als[VAREA___]=02010)

Reina. L. Compiladora. Los retos de la etnicidad en los estados-nación del siglo XXI. Editorial Porrúa. México. 2000.

Republica de Colombia. Constitución Política de Colombia -1991-. Editorial Temis. Santa Fe de Bogotá. 1991.

República de Colombia. Sistema de seguridad social. Ley 100. Editorial Temis. Santa Fe de Bogotá. 1993.

República de Colombia. Sistema general de participaciones. Ley 715. Editorial Temis. Santa Fe de Bogotá. 2001.

República de Colombia. Programa Nacional de Salud. 2002-2006. Ministerio de la protección social. Imprenta Nacional. Bogotá. 2003.

Republica de Colombia. Ministerio de Protección Social. Seguridad social en salud. [www.minproteccionsocial.gov.co](http://www.minproteccionsocial.gov.co).

Rincón, J. Plan para el bienestar de los comuneros de Inzá- Tierradentro. 2004-2007. Plan de desarrollo. Inzá. 2004.

Semper, F. Los derechos de los pueblos indígenas de Colombia en la jurisprudencia de la Corte Constitucional. [Citado el 1 de diciembre de 2006] En: [http://www.sebra-verlag.de/aktuelles/los\\_derechos.pdf](http://www.sebra-verlag.de/aktuelles/los_derechos.pdf)

Smith, A. La identidad nacional. Trama Editorial, Madrid. 1997

Spinelli, H. Et al. Equidad en salud. Teoría y praxis. En: Spinelli, H. Salud Colectiva. Lugar Editorial. Buenos Aires. 2004. p. 247-277.

Task Force on infant mortality. Statement on infant mortality. [Revisado el 28 de abril de 2007] En: <http://www.pediatrics.org#otherarticles>.

UNICEF. “Inmunizar y más” [Revisado el 28 de abril de 2007]. En: <http://www.unicef.org/spanish/immunization/index.html>

UNICEF. Mortalidad de lactantes y menores de 5 años. [Revisado el 28 de abril de 2007] En: [http://www.unicef.org/spanish/specialsession/about/sqreport-pdf/01\\_InfantAndUnder-FiveMortality\\_D7341Insert\\_Spanish.pdf](http://www.unicef.org/spanish/specialsession/about/sqreport-pdf/01_InfantAndUnder-FiveMortality_D7341Insert_Spanish.pdf)

Wade, P. Race and ethnicity in Latin América. Pluto Press. Chicago. 1997.

Walicki, A. Kart Marx como filósofo de la libertad. Versión traducida al español. Critical Review. Journal of Books and Ideas. 1998; 22: (4). [Revisado el 24 de octubre de 2006]  
En: [http:// www.cepchile.cl/dms/archivo\\_1001\\_1186/rev36\\_walicki.pdf](http://www.cepchile.cl/dms/archivo_1001_1186/rev36_walicki.pdf).

Wieviorka, M. El espacio del racismo. Ediciones Paidós. Barcelona, 1992.

Fuentes primarias: 11 entrevistas a miembros de la comunidad indígena nasa de los municipios de Inzá y Páez, y a personal sanitario de las instituciones en salud de los mismos municipios.