

EL IMPACTO DE LA LEY DE SEGURIDAD SOCIAL DE COLOMBIA EN LAS COMUNIDADES INDÍGENAS DEL CAUCA

María Montaña Fuentes¹

INTRODUCCIÓN

En los sistemas sociales que se manejan dentro de las diferentes culturas indígenas colombianas habitantes en el departamento del Cauca (inga, yanacona, kokonuko, nasa, eperara siapidara, guambiana), existen personas que por siglos han cumplido el papel de consejeros, sabios, médicos, componedores, curadores, autoridades y mediadores entre los diferentes mundos en las cosmovisiones indígenas.

Estas personas llamadas o entendidas hoy en día por el sistema cultural mayoritario como “médicos tradicionales” —que por siglos han cumplido un papel equilibrante de las diferentes fuerzas de la naturaleza dentro de sus comunidades indígenas— y las mismas comunidades indígenas en sí, se han visto afectadas por un sistema jurídico exógeno a ellas, que en procura del bienestar social las ha querido incluir en un sistema social que ellas desconocen.

Entre estos actos se encuentra la creación y aprobación de la Ley N° 100 de 1993, o ley en seguridad social, que aunque quiere perseguir fines altruistas ha generado dentro de las comunidades indígenas un profundo desequilibrio social, económico y cultural, cambiando hábitos, y significaciones internas llegadas a través de la imposición de una ley de carácter nacional, de la cual no fueron partícipes y que llega a aplicárseles en una forma obligatoria, con la intromisión de una gran carga cultural y social diferente, “nueva”. Al desarrollarse o hacerse efectiva la significación de este nuevo sistema en las comunidades, se ha generado un impacto cultural que está debilitando o cambiando la cosmovisión y estructura social, política y cultural interna.

UBICACIÓN Y CARACTERÍSTICAS GENERALES

La población que trataremos en este caso serán indígenas de las comunidades nasa (paez), eperara siapirada, yanacona y kokonuko, habitantes en el departamento del Cauca en Colombia.

Actualmente, el Cauca cuenta con una población indígena de 180 000 personas (cerca del 20% del total departamental), perteneciente a siete grupos étnicos reconocidos oficialmente. Ellos están establecidos en 26 de los 39 municipios del Cauca, los cuales a la creación de la ARS Indígena Asociación Indígena del Cauca —AIC—, en marzo de 1988, contaban con 9 773 afiliados que en octubre del mismo año se convirtieron en 31 556 y al 30 de noviembre de 2000 se encuentran afiliados 74 732.

Estas comunidades son monogámicas, agricultoras y pesqueras. Cada una de ellas posee su propio mito de creación, teniendo en común a algunos de los seres mitológicos de sus cosmovisiones, usos y costumbres.²

TERRITORIO

Grupo étnico	Número de habitantes (aprox.)	Existencia de afiliación a la ARS Indígena AIC
Paeces (NASA)	120 000	X
Kokonukos	7 000	X
Totoró	5 000	X
Eperaras - Siapidaras	2 600	X
Yanaconas	25 000	X
Pubeneses	2 000	X
Ingas	1 500	X
Guambianos	16 000	X

Se encuentra diferenciado por el territorio ancestralmente poseído, el cual hace referencia al territorio que les pertenecía desde antes de la llegada de los españoles, y que aún es tomado como punto de referencia en la memoria indígena. La ley lo toma como real y existente.

Las tierras del resguardo son entendidas como la figura jurídico política que el Estado colombiano ha reconocido como lugar de asentamiento y habitación de las comunidades indígenas de la parte andina.

FORMA DE GOBIERNO

La forma de gobierno es ejercida por el cabildo indígena en cabeza del gobernador indígena, elegido anualmente por la comunidad representada en asamblea general en el mes de diciembre de cada año.

La función que cumplen al interior de la comunidad es como autoridades jurídicas y administrativas legalmente reconocidas por el Estado colombiano, representantes de la comunidad y mediadores entre la comunidad y el Estado. El cargo es *ad honorem* y existe la posibilidad de reelección.

En el departamento del Cauca los resguardos indígenas se encuentran dispersos a lo largo de su geografía y han creado varias organizaciones locales que los agrupa por zonas geográficas; ellas están encargadas de actividades de gestión de recursos coordinación y organización, y se denominan asociaciones de cabildos. También existe una organización de carácter regional que agrupa todas estas formas de gobierno y administración, denominada Consejo Regional Indígena del Cauca (CRIC).

Antes de 1993, la cobertura del sistema de salud en las comunidades indígenas del Cauca era escasa y casi nula, ya que no existían políticas que obligaran al Estado a prestar el servicio de salud a toda la población. Para las comunidades indígenas existía el Decreto N° 1811 de 1980, el cual servía para que les prestarán atención médica en hospitales y algunos puestos de salud, pero no cubría medicamentos ni cirugías, y era usado en casos de extrema urgencia por los indígenas.

Actualmente, la salud en Colombia se encuentra dentro de los principios de bienestar general y estado de derecho contemplados en los derechos fundamentales de la nueva Constitución Política de Colombia de 1991 en sus Art. 11, 48, 49. Ellos son desarrollo de la carta de la Declaración Universal de los Derechos Humanos en sus artículos 3 y 25 que dicen: "Todo individuo tiene derecho a la vida, la libertad y la seguridad de su persona" (Art.3) y "Toda persona tiene derecho a un nivel de vida que le asegure, así como a su familia el bienestar la alimentación, la salud, el vestido, la vivienda, la asistencia medica y servicios sociales necesarios" (Art. 25).

EL IMPACTO DE LA LEY DE SEGURIDAD SOCIAL DE COLOMBIA...

La Ley N° 21, de 1991, que ratifica el convenio N° 169 de la OIT, sobre pueblos indígenas y tribales, manifiesta de igual forma dentro de su articulado en la parte V de la Seguridad Social, artículos 24 y 25, que los regímenes de seguridad social deberán extenderse progresivamente a los pueblos interesados y aplicárseles sin discriminación alguna; lo cual debe ser función del gobierno.

Continuando con estos actos producto de la globalización del derecho nacional encaminado a homogenizarse hacia un derecho universal, se encuentra la creación y aprobación de la Ley N° 100, de 1993, o ley en seguridad social, que aunque persigue fines altruistas ha generado dentro de las comunidades indígenas un profundo desequilibrio social, económico y cultural, cambiando hábitos, y significaciones internas llegadas a través de la imposición de una ley orgánica de carácter nacional, de la cual no fueron partícipes y que llega a aplicárseles en una forma obligatoria, con la intromisión de una gran carga cultural y social diferente “nueva”; y al desarrollarse o hacerse efectiva la significación de este nuevo lenguaje en las comunidades ha generado un impacto cultural que está debilitando la cosmovisión y estructura social, política y cultural interna.

Normas y leyes internacionales	Normas y leyes nacionales	
1. Declaración Universal de los Derechos Humanos Convenio N° 169 de la OIT	◆ Constitución Política de Colombia 1991	◆ Ley N° 100 de 1993 de Seguridad Social
		◆ Ley N° 21 de 1991 sobre Pueblos Indígenas y Tribales

El régimen en salud o Ley N° 100, de 1993, clasificó en diferentes niveles la forma en que la población colombiana residente en el territorio podría llegar a acceder al servicio de salud, entre ellas el régimen contributivo para las personas que tuvieran condiciones económicas que les permitieran pagar el servicio; y por otra parte el régimen subsidiado para personas de escasos recursos y que según el sistema nacional de estratificación se encontrarán censadas en el estrato cero (0) o de pobreza absoluta.

Entonces, se incluyó a las comunidades indígenas en la prestación del servicio de salud nacional como parte del régimen subsidiado, quedando a cargo del Estado la responsabilidad de preservar la salud de los indígenas considerados en el nivel de pobreza absoluta. La aplicación de la ley se vino a desarrollar al nivel de campo a mediados de 1994; dentro de esta normatividad se estableció que todo servicio de médico y odontológico entendido esto como la ciencias desarrolladas y aplicadas en forma alopática que se encontrara cubierto por el régimen subsidiado de salud dentro de la Ley N° 100, tenía que ser prestado por las empresas de régimen subsidiado.

Como el servicio médico que debían prestar estas empresas a las comunidades indígenas no era gratuito y el pago de la atención que ellos hicieran debía ser cubierto por el Estado, muchas empresas de salud denominadas por la Ley N° 100 —como ARS—, iniciaron una gran competencia en el interés por captar afiliados para que fueran incluidos en este sistema entrando a sus arcas, y de esta manera poder lucrarse a costa de los integrantes de las comunidades indígenas.

De esta forma, se presenta el primer fenómeno de irrupción territorial y cultural en muchas comunidades indígenas, las cuales muy pocas veces habían conocido de la existencia de una forma médica diferente a la tradicional, lo que podía entenderse desde el punto de vista cultural, como también por las difíciles condiciones geográficas en las que algunas de estas comunidades se encontraban, y de la poca presencia del sistema estatal en la prestación de los servicios o “necesidades esenciales” que debía tener a su cargo. Tampoco se puede pasar por alto que su presencia o existencia como comunidades indígenas en sí, no generaba ninguna ganancia económica que hiciera de ellas algo importante.

De otra parte, en muchas otras comunidades indígenas más cercanas a pequeñas y grandes ciudades, nunca se les había prestado el servicio de salud en forma gratuita y utilizaban a los médicos occidentales —como luego se les llamó—, únicamente en casos de extrema urgencia, siendo muy pocos los casos en que se usara y conociera por parte de indígenas esta práctica médica.

El segundo fenómeno fue el de la inclusión de prácticas culturales diferentes y la creación de nuevas necesidades en las comunidades; de esta forma las empresas prestadoras del servicio de salud entran a las comunidades, muchas de las cuales ni siquiera conocían su estructura organizativa. Estando ya en las comunidades se inicia una romería de casa en casa, explicando con términos extraños para los indígenas que “tenían” que firmar un papel al que los visitantes nuevos o extraños

le llamaban carnet, para beneficiarse de algo que nunca habían tenido y que ni siquiera entendían lo que era.

Este fenómeno que se estaba introduciendo generó nuevas necesidades para las empresas económicas que viven de la salud, pues era abrirles la posibilidad de autosostenerse a costa del Estado con los pobres y necesitados, que por tener esta condición desconocían cuáles eran "sus derechos" y para que servía estar afiliado o no.

A las empresas prestadoras del servicio de salud se les presentaron dificultades: el llegar a resguardos indígenas y encontrar gente que no hablaba español, que no creía en la medicina occidental, que a pesar de ser mayores de edad para el Estado, no poseían documento de identidad, que no sabían leer ni escribir y mucho menos firmar los carnets, que eran el comprobante de afiliación que el Estado necesitaba para pagar los costos de afiliación y atención.

El hecho de realizar esa búsqueda de afiliados individualmente —de casa en casa— alteró el sistema de organización y decisión de las comunidades indígenas, generando en los representantes de empresas de salud que visitaban las comunidades y las autoridades indígenas una contradicción con el sistema cultural propio, en cuanto a la toma de decisiones colectivas a través de asambleas y con la presencia del cabildo indígena.

El conflicto surge cuando la aplicación de un derecho fundamental de la salud y la vida, consagrado constitucionalmente como un "deber ser del Estado", que por lo tanto él debe proteger, irrumpe en el sistema sociocultural de las comunidades indígenas que tienen que tomar medidas urgentes de control y así evitar desórdenes culturales que transformarían la cosmovisión particular y colectiva.

EFFECTOS NEGATIVOS

Puede decirse que la inclusión de las comunidades indígenas en la Ley N° 100 de 1993, aunque para la cultura occidental puede reflejar una forma de conservación de la vida de los indígenas, los efectos secundarios de ésta han bombardeado la cultura y la cosmovisión interna de los grupos. han generado otras formas de poder entre los que tiene un sueldo pagado por una empresa de salud y conocen la significación de los términos nuevos, otra clasificación o jerarquía en relación con los que tienen un carnet para ser atendidos y los que no, otros valores socioculturales respecto a los niños, la familia, sus mayores y sus sabios.

Los efectos negativos de muchos de estos resultados de las primeras incursiones en la conquista de los afiliados indígenas han dado como resultado el cambio de varios usos y costumbres internas, han hecho que en varios resguardos se deje a un lado a los médicos consejeros y tradicionales. Ahora se les relega, ven como personas sin importancia social a quienes antes poseían y contaban con gran respeto; así, se van perdiendo costumbres ancestrales y se van adquiriendo nuevas costumbres occidentales.

Se ha utilizado a comuneros indígenas para lucrar con la inscripción en las ARS particulares y recibir los subsidios dados por el gobierno; para ello se han desplazado a los lugares más apartados del departamento y después no han vuelto a estos lugares, dejándoles únicamente de recuerdo el carnet de afiliación.

Las relaciones de poder han ido cambiando en la medida que los promotores de salud empiezan a desplazarse en sus resguardos, dándose a conocer más en la comunidad y ayudando en la prestación del servicio de salud; este papel de caminantes y sabios hace que las comunidades, en algunos casos, confíen más en los promotores de salud que en sus médicos tradicionales.

La dependencia hacia la medicina alopática y los medicamentos farmacéuticos ha llegado a relegar la utilización de las plantas medicinales, entrando en crisis la conservación de las huertas tradicionales, desconociendo el valor de los conocimientos que tienen los mayores en el manejo de las plantas, generando una dependencia externa tanto económica como en la conservación de la salud, lo que podría generar una pérdida de usos y costumbres médicos ancestrales.

Se ha generado un cambio en los hábitos alimenticios, producto de los esquemas dietéticos occidentales que hacen que no se emplee o se desconozca el uso del maíz, la col, la arracacha, entre otros, incitándolos a consumir productos que muchas veces no forman parte de su dieta y desplazando productos tradicionalmente consumidos y de gran fuente alimenticia.

En algunos resguardos se ha perdido la costumbre de emplear pulscadores, sobanderos y parteras, cambiándolos por médicos obstetras, traumatólogos, salas de parto y yeso, lo que incrementa los costos familiares debido a los desplazamientos necesarios y recursos adicionales para el tratamiento, desarraigando a los comuneros de su medio ambiente cultural y perdiéndose los beneficios que se obtenían con la utilización de los saberes tradicionales.

El cambio de las relaciones de poder internamente, en relación con la pertenencia o no a un sistema de salud como beneficiario, ha hecho que unos comuneros se encuentren en mejor nivel socioeconómico que otros; ello depende de la facilidad que tienen unos de acceder al servicio de salud occidental por tener el carnet de salud, en el cual han encontrado una herramienta que les da más estatus que la misma tierra. Además, varios comuneros viendo esta beneficiosa posición llegan a obtener dos o tres carnets que son expedidos inescrupulosamente por las ARS, perjudicando a muchos de los comuneros que no poseen carnet, ya que les quitan uno de los cupos que podrían tener.

Para los otros sistemas sociales también ha generado un interés particular en utilizar los servicios de los médicos tradicionales, no como una forma cultural propia sino para mejorar su suerte, su futuro, o hacer daño a través de la brujería. Para obtener los servicios de estas personas han recurrido a largos viajes a territorios indígenas y al pago con dinero por sus servicios, lo cual no se encontraba dentro de la concepción cultural propia de los médicos tradicionales. Así, se está volviendo mercantil una función que culturalmente debía emplearse para lograr el bienestar y equilibrio de la comunidad y no por una retribución económica, sino por una misión impuesta por los dioses a quienes debía agradecerse por ser elegido para intermediar entre las autoridades supremas y la comunidad.

EFFECTOS POSITIVOS

En este momento, la cultura y el sistema social modifican órdenes, como lo define Ester Sánchez, para adaptarse a unas nuevas categorías socioculturales y evitar así ver transformado totalmente su sistema tradicional.

Los sistemas (nacional e indígena caucano) empiezan a interactuar generándose nuevos valores y nuevas normas sociales de parte y parte. Resultado de esto fue la creación a través del Consejo Regional Indígena del Cauca (CRIC), de la primera ARS indígena de Colombia y de la Asociación indígena del Cauca (AIC), dirigida y conformada por indígenas, pero regida bajo los parámetros de la Ley N° 100 de 1993. Esto inició al interior de las comunidades un proceso de socialización y divulgación del régimen subsidiado en salud, se coordinó con las autoridades indígenas de los diferentes resguardos según sus usos y costumbres y se debió asumir una serie de elementos exógenos (términos y trámites jurídicos, médicos, y administrativos occidentales), los cuales estaban llegando a las comunidades indígenas debido a las presiones estatales y de las ARS externas, y que por tanto debían cumplirse al encontrarse consagradas en la ley.

A través de la Asociación Indígena del Cauca (AIC) se logra en su momento mantener la autonomía dentro de los territorios indígenas del Cauca, recuperando la potestad para intervenir en sus propios asuntos y tomar decisiones; aunque no se puede sacar a las otras ARS porque la ley prohíbe el monopolio económico y permite que éstas trabajen en el ámbito nacional. Además, ya tienen una gran parte de afiliados indígenas a los que no se les puede permitir perder ese beneficio obtenido, pero se logra hacer comprender a las comunidades la necesidad de formar parte de algo propio y de que son capaces de manejar sus propios recursos y hacer cumplir el derecho a la vida y la salud, no en beneficio de empresas extrañas sino en beneficio de ellas mismas.

Resultado de este trabajo emprendido por el CRIC, a través de la AIC, es el capacitar a indígenas en el entendimiento del nuevo sistema y del manejo de términos lingüísticos, procedimientos y organizaciones, debiendo utilizar en muchos casos elementos simbólicos que ellos ya conocen y adaptándolos a sus propias culturas.

Ejemplo de esto —y para no desequilibrar o entrar en choque con los grupos indígenas en lo que respecta a su propia cultura— es la manera como empieza a integrarse al The Wala, la Plidesera, el Jaibana, el sobandero, la partera, entre otros, como parte de la medicina conocida como alternativa y con la misma importancia de la medicina alopática. Se logra hacer reconocer su validez y profundos conocimientos tanto en la salud como en la naturaleza y en los grupos indígenas. También se logra que sea avalada por el sistema de seguridad social y el Ministerio de Salud, sin necesidad de que se tenga un título universitario de “médicos tradicionales”.

Para llegar a que el sistema general de seguridad social y el Ministerio de Salud entendieran estos términos y la función que estas personas desempeñaban en sus comunidades, tuvieron (como una necesidad imperativa) que darles un nuevo nombre que aunque no era entendido internamente en las comunidades pudiera ser aceptado y entendido por la sociedad occidental. De ahí surge el nombre genérico de medicina tradicional o médicos tradicionales, incluidos en el régimen de la Ley N° 100.

El proceso que se realizaba puerta a puerta con las otras ARS, se ha cambiado y se maneja a través de asambleas comunitarias dirigidas por los gobernadores indígenas, llevándose un registro de todos los afiliados relacionado con el registro del censo indígena que poseen los resguardos; el nombramiento de los entes directivos se realiza entre miembros de las diferentes comunidades indígenas que forman parte de la AIC, que son elegidas por ellos mismos. Los promotores de

salud, las enfermeras y auxiliares de salud, en su gran mayoría, son personas indígenas ya capacitadas a través de la AIC para estos trabajos.

Dentro del programa de salud se ha incluido como parte de la inversión para el mejoramiento de la salud, la recuperación, conservación y mejoramiento de huertas tradicionales y huertas medicinales. Esto se trabaja con los médicos tradicionales o con comuneros indígenas para fortalecer el trabajo de la medicina tradicional.

La AIC tiene la capacidad de afiliados suficiente para cumplir con los toques exigidos por el Ministerio de Salud, que es el encargado de vigilar estas organizaciones. Cada vez se solicitan más cupos de afiliación, lo que hace que la ARS funcione de manera más eficiente y se reduzcan los costos administrativos a lo estrictamente necesario.

Muchas de las ARS indígenas existentes actualmente en Colombia tomaron como ejemplo a la AIC y fueron asesoradas para que pudieran desarrollarse efectivamente y así lograr mantener la autonomía, el control territorial y proteger sus usos y costumbres.

LOGROS OBTENIDOS A LA FECHA EN LA QUE HACE PARTE LA ANTROPOLOGÍA JURÍDICA

Además de los logros obtenidos a través de la creación de la AIC, este estudio se ha llevado a cabo desde 1996 por el Consejo Regional Indígena del Cauca (CRIC) y la Asociación Indígena del Cauca (AIC). El trabajo ha sido exitoso pero aún quedan muchos elementos que evaluar y continuar desarrollando con mayor detenimiento; se debe continuar trabajando sin dejar que las políticas internacionales de globalización deterioren las culturas y la antropología jurídica debe continuar interactuando fundamentándose en ordenes jurídicos, pero ante todo sin perder la visión del otro para mantener la identidad y autodeterminación de las comunidades indígenas.

Actualmente, la AIC tiene un total de 74 732 afiliados, lo que ha hecho que se modifiquen los sistemas normativos internos —se ha cambiado el orden social de las comunidades indígenas del Cauca—, producto de unas políticas externas que son efecto de la globalización que afecta los usos y costumbres de las comunidades indígenas minoritarias.

La antropología jurídica debe tener presencia en este proceso para que ambas partes, el sistema médico occidental y el sistema cultural indígena, logren un entendimiento que pueda ser interpretado de acuerdo a cada una de sus condiciones socioculturales y sean aceptados los cambios sociales sin perder su identidad cultural.

Estos cambios culturales no hacen que los indígenas dejen de serlo, pero sí permite que estas culturas indígenas logren adaptarse a las nuevas condiciones que les impone la sociedad mayoritaria; por eso, en este caso, el derecho no puede tomarse de una manera exegeta, las normas deben acomodarse a mejorar las condiciones que permitan que los valores culturales no se pierdan, sino que por el contrario logren trascender como un antecedente de la existencia de comunidades americanas con identidad.

A través de los diferentes organismos y entes preocupados por la conservación de los recursos y valores culturales americanos, debe continuar el esfuerzo para que el derecho y las leyes no sean un instrumento de destrucción de las comunidades indígenas de América, y que por el contrario sean fortalecedores de la pervivencia de estos grupos étnicos indígenas con grandes valores históricos que pueden contribuir con sus conocimientos a mejorar las sociedades actuales. Ese debe ser el papel del antropólogo jurídico, enlazar los sistemas culturales para construir mejores sociedades. □

Notas

1. *Abogada. Alianza Social Indígena de Colombia.*
2. *Los datos en cifras aquí consignados forman parte de la información suministrada por el Consejo Regional Indígena del Cauca CRIC y la AIC, en noviembre del año 2000.*