



PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y RELACIONES INTERNACIONALES

Maestría en Gobierno del Territorio y Gestión Pública

**ARREGLO INSTITUCIONAL PARA EL MODELO PILOTO INTERCULTURAL DE
ATENCIÓN Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA POBLACIÓN
INDÍGENA DEL DEPARTAMENTO DEL AMAZONAS: UNA PROPUESTA A
PARTIR DE LA SISTEMATIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Autor por:

Angélica María Villegas Manrique

Cel. +57 322 760 8702

villegasa@javeriana.edu.co

Tutor:

Julia Isabel Eslava Rincón

Bogotá DC. Julio 09 de 2018

AGRADECIMIENTOS

Según Van mannen (1990) existen cuatro elementos existenciales; el espacio vivido, el cuerpo vivido, el tiempo vivido y las relaciones humanas vividas, esta experiencia de poder retomar la memoria histórica del proceso vivido permitió que tuviera mayor sentido de pertenencia, amor y compromiso con mi territorio.

Al iniciar este proceso de investigación aplicada, tuve la fortuna de contar con un excelente grupo de seres muy humanos y con unas grandiosas y excepcionales capacidades técnicas en el manejo de procesos territoriales en salud propia y que además, fueron los participantes de la experiencia que conjuntamente revividos, mis “paisanos” “mis amigos de pensamiento” como nos decimos y en medio de reconstrucción de lo vivido poder establecer unas lecciones aprendidas para promover un arreglo institucional a la luz de las nuevas reformas. Pues no hubo nada más satisfactorio que contar con personas tan maravillosas y especiales a lo largo de este camino que enriquecieron tanto el camino como los resultados de este trabajo, pero sobretodo porque tengo la oportunidad de poder devolver este cariño y apoyo en mi tesis que los actores la tomaron como propia, para servicio a mi departamento, con todo el amor y responsabilidad y así fortalecer la gestión del gobierno territorial a través del diseño de esta propuesta de ajuste a una experiencia de la cual hice parte en su formulación y ejecución.

Agradezco a Dios profundamente por amarme tanto y darme el mejor tiempo de mi vida para estar aquí y haber desarrollado este proceso de investigación acompañada de las mejores personas. Dios es mi todo.

Todo lo aquí contenido fue producto de una disciplinada orientación de mi tutora a quién le debo todo y cada una de mis etapas de planeación del proyecto de investigación, a la profesora Julia Isabel Eslava Rincón, gracias de corazón por el apoyo y acompañamiento incondicional, por su valioso tiempo y paciencia, por sacar tiempo en medio de tantas responsabilidades conjuntas, por compartir sus valiosos conocimientos y por generar día a día un interés mayor por dar lo mejor de mí en esta propuesta, a la Universidad Javeriana por ofrecerme todo este procesos de enseñanza tan magnífica, necesaria y pertinente para mi experiencia de vida profesional y laboral, a cada uno de mis profesores de maestría, gracias ¡ gracias! por sus enseñanzas realmente me siento orgullosa de mi universidad, Gracias a la Fundación Ceiba, por financiar mi maestría creyendo en un proyecto de investigación que sí puede ser aplicado a mi territorio, a mis padres, Hernán y Esmeralda, a mis hermanos, Camilo y Fabián, porque son la fuerza y motivación más grande en todo lo que emprendo.

Mi corazón estará eternamente agradecido y permanecerán allí con muchos recuerdos y compromisos que seguiremos cumpliendo conjuntamente, a cada uno de mis territorios indígenas no municipalizados, mis resguardos indígenas, mis AATIS, mis abuelos sabedores, a mis médicos tradicionales, a mis parteras, mis promotores indígenas, a mis auxiliares de salud pública, mis líderes indígenas, cuánto los amo, a mi equipo de trabajo de la Secretaría de Salud Departamental, compuesto por profesionales de campo y muy humanos, a cada una de las personas que nombraré a continuación cuánto agradecimiento por permitirme acompañar el proceso de reconstrucción de lo vivido en escenarios y talleres que se propiciaron para fortalecer aún los procesos de concertación con los territorios, a la Gobernación de Amazonas, inmensamente agradecida por el apoyo constante, por la beca otorgada en alianza con la Fundación CEIBA, a quién también expreso toda mi gratitud, que de corazón valoro y agradezco nuevamente.

Es muy emocionante encontrar en lo vivido el sentido de todo este aprendizaje académico y personal. Dios mío ¡son tantos agradecimientos que me salen del corazón y del alma sin cada uno de ustedes esto no podía haber sido la mejor experiencia de mi vida. Dios los bendiga siempre en grande.

Agradecimientos:

<i>Patricia Mooré Pantoja (Q.E.P.D)</i>	<i>Crispín Angarita</i>	<i>Oscar Angarita Ferrer</i>
<i>Olbar Andrade Rincón</i>	<i>Gerardo Vieteri</i>	<i>Jaime Ramos</i>
<i>Arley Cañas</i>	<i>Dorka Cujía Argote</i>	<i>Evaristo Ramos</i>
<i>Hasson González</i>	<i>Eduardo Acosta</i>	<i>Roberto Vento Ramos</i>
<i>Daniel Corradine</i>	<i>Leonardo Alberto C.P.</i>	<i>Alejandro Parente</i>
<i>Ángel “Pedrera”</i>	<i>Alejandro Escobar</i>	<i>Jaime Riascos</i>

<i>Enriqueta Miraña</i>	<i>Juan Bernardo Seoneray</i>	<i>Horacio Manuel</i>
<i>Juan De Dios Seoneray</i>	<i>Abelito Márquez</i>	<i>Paulino Santos Fermin</i>
<i>Darío Perea</i>	<i>Erika Ahumada</i>	<i>Javier Jose Manuel</i>
<i>Juan Pablo Forero</i>	<i>Manuel Chuña</i>	<i>Jordy Antoni Angarita</i>
<i>Orlando Rayo</i>	<i>Falcón</i>	<i>Jose Ramos Cuellar</i>
<i>AIPEA</i>	<i>PANI</i>	<i>Alfredo Ramos Manuel</i>
<i>ACIMA</i>	<i>ACIYA</i>	<i>Alvaro Santos</i>
<i>CRIMA</i>	<i>COINPA</i>	<i>Crispin Angarita Santos</i>
<i>OIMA</i>	<i>AZICATCH</i>	<i>Segundo Mozombite</i>
<i>AIZA</i>	<i>AZCAITA</i>	<i>Alvaro Curico</i>
<i>ACITAM</i>	<i>ATICOYA</i>	<i>Idalino Pinto</i>
<i>CIMTAR</i>	<i>ASOAINTAM</i>	<i>Calixto Manuel Ramos</i>
<i>Angel Kuyoteka</i>	<i>Lorenzo Rojas</i>	<i>Oswaldo Alberto</i>
<i>Honorio Nonokudo</i>	<i>Heriberto Mayaritoma</i>	<i>Humberto Pascual</i>
<i>Juan Cancii Manaideke</i>	<i>Mariano Rotieroke</i>	<i>Gildardo Lombate</i>
<i>Armando Umire</i>	<i>Manuel Zafiana</i>	<i>Oscar Manduca</i>
<i>Gentil Sanchez</i>	<i>Nestor Joinama</i>	<i>Jesus Martines Ramos</i>
<i>Calixto Kuuru</i>	<i>Hermenegildo Atama</i>	<i>Ruben Careca</i>
<i>Pablo Neicace</i>	<i>Manuel Naforo</i>	<i>Mamerto Cahuachi</i>
<i>Cantalicio Eymenekene</i>	<i>Wilson Musuke</i>	<i>Jairo Ramos Vento</i>
<i>Enrique Teteye</i>	<i>Rufino Guapie</i>	<i>Sixto Vento</i>
<i>Fernando Gifichiu.</i>	<i>Ospino Funoratofe</i>	<i>Israel Basto</i>
<i>Enrique Ducha</i>	<i>Augusto Falcón</i>	<i>Oscar Angarita Ferrer</i>
<i>José Enmanuel Kuetgaje</i>	<i>Carlos Botyay Carvajal</i>	<i>Jaime Ramos</i>
<i>Iraní Macuna</i>	<i>Américo Sarco</i>	<i>Evaristo Ramos</i>
<i>Alexander Torres</i>	<i>Etelvino Cuello</i>	<i>Roberto Vento Ramos</i>
<i>Jaime Cuellar</i>	<i>Manuela Hipuchima</i>	<i>Alejandro Parente</i>
<i>Karen Luna</i>	<i>Gladys Santana</i>	<i>Orobio Angarita Manuel</i>
<i>Carlos Rodríguez</i>	<i>Julio Pascual</i>	<i>Horacio Manuel</i>
<i>Jose Araújo</i>	<i>José Painú</i>	<i>Paulino Santos Fermin</i>
<i>Gabriel Ayama</i>	<i>Natalia Ahué</i>	<i>Javier Jose Manuel</i>
<i>Florinda Ahuanari</i>	<i>Leonardo Alberto C. P.</i>	<i>Jordy Antoni Angarita</i>
<i>Marco Antonio Manuyama</i>	<i>Regina Calletano</i>	<i>Jose Ramos Cuellar</i>
<i>Toribio Sinarahua</i>	<i>Antonio Casado</i>	<i>Alfredo Ramos Manuel</i>
<i>Segundo Mozombite</i>	<i>Matilde Curico</i>	<i>Alvaro Santos</i>
<i>Lucinda Fernández</i>	<i>Orlando Rayo</i>	<i>Crispin Santos</i>
<i>Olgas Vasques Samuel</i>	<i>Ana Consuelo</i>	<i>Enrique Peñaloza</i>
<i>Tania Oliveros</i>	<i>Erika Agente Interventor</i>	<i>Andres Felipe Mora</i>
<i>Abrahan Manuel Murayari</i>	<i>Achín El Encanto</i>	<i>Manuel Perez</i>
<i>Justina Ramos</i>	<i>Iván De Los Ríos</i>	<i>Padre Edwin Murillo</i>
<i>Dersa Andres</i>	<i>Creusa Manuel Ramos</i>	<i>Luis Fernando Marín</i>
<i>Emiliana Sebastian</i>	<i>Orobio Angarita Manuel</i>	<i>Humberto Rojas</i>
<i>Silvia Bautista</i>	<i>Madeleine Manrique</i>	<i>Gabriel Tobón</i>

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	1
1. INTRODUCCIÓN	3
1.1. Síntesis de la Experiencia	7
2. MARCO DE REFERENCIA	
2.1. Instituciones y arreglos institucionales	8
2.2. Gobernanza	9
2.3. Marco institucional, político y normativo	10
3. MÉTODOS	
3.1. Tipo de investigación	12
3.2. Categorías analíticas, fuentes y técnicas	12
3.3. Ruta metodológica de la sistematización	14
3.3.1. Fase de inicio	14
3.3.2. Fase de desarrollo y despliegue de la sistematización	15
3.3.3. Fase de cierre	17
4. RESULTADOS	
4.1. Contexto de la Experiencia	17
4.2. Proceso operativo de diseño del Modelo Intercultural	19
4.3. Eje de sistematización: Implementación del Modelo Intercultural	22
4.4. Relaciones de Poder	25
4.5. Mecanismo, lógicas y arreglos de coordinación en la implementación	26
4.6. Principio de Interculturalidad positiva y Principio de Integralidad	30
4.7. Procesos y procedimientos para la atención	32
4.8. Lecciones aprendidas	34
4.8.1. Que se debe seguir haciendo	34
4.8.2. Que se debe mejorar	38
4.8.3. Que no puede volver a ocurrir	39
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1. Consideraciones finales	40
5.2. Recomendaciones	41
5.3. Propuesta de arreglo institucional	42

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52
7. ANEXOS	56

RESUMEN

El presente artículo presenta la sistematización del proceso de implementación del Modelo Intercultural de Atención y Prestación de Servicios de Salud para la Población Indígena del Amazonas desarrollado en el periodo 2010-2011 con el fin de reconstruir la lógica del proceso, generar lecciones aprendidas y analizar la pertinencia del modelo ajustado a las condiciones actuales que promueve la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) desde la perspectiva de los actores involucrados en la experiencia.

La sistematización, arrojó como resultado, una experiencia que da cuenta que sólo a través del arreglo institucional y la coordinación entre los responsables del sistema de salud, se puede generar importantes transformaciones que mejoran la calidad de vida de las poblaciones indígenas, que en su gran mayoría se encuentran muy distantes, y debido al difícil acceso no tiene los medios necesarios para acudir a tiempo a los servicios de salud que ofrece el Estado. Por lo tanto la APS (Atención Primaria en Salud) es la alternativa más adecuada, se requiere voluntad, recursos financieros, organización, planeación, agendas concertadas y fortalecimiento de la interculturalidad positiva y darle valor a las lecciones aprendidas para proponer el ajuste al modelo.

PALABRAS CLAVE

modelo intercultural, implementación modelo intercultural, salud tradicional, salud indígena y medicina tradicional, sistematización de experiencias.

ABSTRACT

This article presents the systematization of the process of implementation of the Intercultural Model of Attention and Delivery of Health Services for the Natives Population of the Amazon developed in the period 2010-2011 in order to reconstruct the logic of the process, generate lessons learned and analyze the relevance of the model adjusted to the current conditions promoted by the Comprehensive Health Care Policy (PAIS) and the Integral Model of Health Care (MIAS) from the perspective of the actors involved in the experience.

The systematization resulted in an experience that realizes that only through the institutional arrangement and coordination among those responsible for the health system, can important transformations be generated that improve the quality of life of the natives populations, which in its great Most of them are very distant, and due to the difficult access, they do not have the necessary means to go on time to the health services offered by the State. Therefore the PHC (Primary Health Care) is the most appropriate alternative requires will, financial resources, organization, planning, concerted agendas and strengthening of positive interculturality and give value to the lessons learned to propose the adjustment to the model.

KEYWORDS

intercultural model, implementation intercultural model, traditional health, native health and traditional medicine, systematization of experiences.

1. INTRODUCCION

Esta investigación describe y analiza la experiencia del modelo intercultural de atención en salud desarrollado en el departamento del Amazonas entre los años 2010 y 2011. Dicha experiencia se origina con la crisis en el sector salud ocurrida en el año 2008, que llevó a que las comunidades prohibieran el ingreso de las entidades públicas a sus territorios, la solución que planteó la administración departamental para concertar con las comunidades, fue conformar un equipo de profesionales en ciencias sociales en el que tuve la oportunidad de participar, para diseñar e implementar una estrategia de atención en salud para los pueblos indígenas, donde se respetara los principios de vida (plan de vida) de cada pueblo indígena, articulado con los prestadores de salud privados, esta experiencia fue muy exitosa, que fue reconocida con el Premio Nacional de Alta Gerencia 2011 otorgado por el Departamento Administrativo de la Función Pública, y, dejó grandes experiencias y lecciones favorables, de atención intercultural, respetando las normas y obligaciones de todos los actores involucrados.

Para contextualizar la zona de investigación, Amazonas es uno de los 32 departamentos de Colombia y es el de mayor extensión en Colombia, según el IGAC, (con un total de 109.665 km²), está ubicado en zona de frontera con Perú y Brasil, también pertenece a los denominados "antiguos territorios nacionales" que lograron su autonomía administrativa a partir de la Constitución de 1991. Solo tiene dos municipios: la capital Leticia y el municipio de Puerto Nariño y nueve territorios que se conforman como corregimientos departamentales o zonas no municipalizadas departamentales: El Encanto, La Chorrera, La Pedrera, La Victoria, Puerto Arica, Puerto Santander y Tarapacá, Mirití-Paraná, Puerto Alegría.

En el departamento están asentados 28 resguardos indígenas, la mayoría con menos de 500 personas y en riesgo de extinción física y cultural (incluido el pueblo Yuri – pueblo en estado natural y aislamiento voluntario) que corresponden al 85% de la población del departamento. El total de habitantes del departamento para el 2018 se estima en 78.830 habitantes. (DANE, 2018). Los pueblos indígenas del departamento, entre los que se encuentran Ticunas, Huitotos, Cocamas, Yaguas,

Andoque, Yuri, Bora, Cubeo, Karijona, entre otros, han fortalecido diferentes organizaciones de base, desarrollando estructuras de gobierno local sobre la figura jurídica de las Asociaciones de Autoridades Tradicionales Indígenas (AATI) que son reconocidas como Entidades Públicas de Carácter Especial. (Decreto 1088, 1993).

Los grupos étnicos indígenas del departamento del Amazonas, confluyen bajo un sistema de cultura, costumbres y de vida, que gira en torno al Plan de Vida, lo que para los occidentales sería el Plan de Desarrollo. En estos planes de vida, se involucran los legados ancestrales y lineamientos que establecen las formas de vida de las poblaciones indígenas en cada sector, cada pueblo indígena, tiene su propio programa para alcanzar su desarrollo y mantener viva la identidad cultural, crea su "Plan de Vida", orientado por las autoridades tradicionales, los mayores, los sabedores, médicos tradicionales, parteras, entre otros, que son la representación y expresión del respeto máximo y el poder del espíritu de sus antepasados, pues es la coexistencia del hombre con la naturaleza y la orientación del "Padre Creador¹" para mantener un bienestar social óptimo de las poblaciones. También es un proceso que fortalece la construcción colectiva de las formas como se ve, se habla, se piensa, se hace y debe ser la salud indígena. (Cañas & Villegas, 2011)

Para los diferentes pueblos y territorios indígenas, los Mambeaderos (lugar sagrado para las comunidades) son muy importantes porque se construyen los lineamientos de las formas cotidianas de preservar la cultura, se programan reuniones y encuentros con el objetivo de enriquecer el proceso de salud tradicional desde el ajuste y armonización de la salud occidental y tradicional por ejemplo. (Cocama, 2018)

Aunque existen políticas y planes territoriales de salud en el campo de acción e intervención en estos territorios, no han sido efectivos ni contundentes, debido a la imposición y no concertación efectiva con las poblaciones indígenas, que reclaman de forma permanente acompañamiento desde el enfoque diferencial, territorial y

¹El padre creador se refiere a esa divinidad y representación espiritual que dentro de su cosmogonía es el creador de la vida y que les entregó a sus antepasados el conocimiento sobre las formas de vivir en armonía con la comunidad en sus sagrados territorios.

coherente a sus necesidades y contextos. (Oficina de Gestión Integral en Salud Pública, 2010)

Hoy en día en los territorios indígenas se demanda la sistematización del proceso de implementación del modelo piloto y que ha sido considerado como exitoso tanto por las comunidades indígenas como por profesionales del sector salud que participaron en su diseño e implementación, puesto que más allá de cifras, narraciones y vivencias de los participantes se recalca la importancia de identificar y visibilizar lecciones aprendidas para el diseño del nuevo modelo de atención integral y diferencial que responda a los preceptos de la política de salud vigente para Colombia y promulgada en el año 2015 (Política, PAIS) como respuesta a la más reciente reforma a la salud que se centra en el derecho a la salud (Ministerio de Salud, 2015).

Aproximándose a los preceptos del SISPI en relación a la aplicación de modelos integrales de salud basados en la cultura propia y saberes ancestrales. En especial, para permitir proponer un arreglo institucional al modelo intercultural para su operatividad y puesta en funcionamiento teniendo en cuenta las condiciones actuales del territorio y del marco institucional vigente para la prestación de servicios de salud.

En esta línea, el problema central de esta investigación aplicada, concertado con las comunidades indígenas² se ubica en la NO institucionalización del modelo intercultural de atención y prestación de servicios de salud para la población indígena del departamento del Amazonas en el periodo de 2011, por esta razón existe en la actualidad una inoperancia del modelo y que se demanda su reactivación a la luz de las nuevas políticas del sistema de salud.

²Durante todo el año 2017 se estableció una agenda de trabajo incluyendo cronograma de actividades, con las autoridades indígenas, profesionales de salud, gerentes de las EPS, Hospital, Asociaciones Indígenas, para realizar este proceso, se trabajó fuertemente en la definición del planteamiento del problema y las posibles alternativas de solución, con estos actores, mediante las mesas de concertación institucionalizada como es la MPCÍ (Mesa Permanente de Coordinación Interinstitucional), visitas a territorios, entrevistas personalizadas, asistencia a reuniones en asambleas comunitarias.

Las expectativas futuras de estos actores territoriales es poder revivir la implementación de un modelo intercultural de atención y prestación de servicios de salud para la población del departamento de Amazonas; que reconozca, incluya y garantice las prácticas tradicionales de promoción, prevención y curación de enfermedades, en la búsqueda de lograr una articulación entre el pensamiento amerindio (medicina tradicional) y el pensamiento occidental (medicina facultativa), partiendo de identificar las necesidades de ajuste institucional al modelo piloto y las respuestas institucionales que se requerirían para su adaptación y adopción en línea con las políticas y marcos regulatorios

Por lo tanto, se plantea la siguiente pregunta de investigación ¿Cómo fue el proceso de implementación del modelo intercultural, los factores que intervinieron y sus relaciones entre sí, aspectos como la coordinación, concertación e interacción entre los actores, las instituciones y las lecciones aprendidas, que encaminan la redefinición del arreglo institucional para el modelo intercultural en concordancia con la política PAÍS y las condiciones y necesidades actuales del territorio?

La solución que se propone en esta investigación son arreglos institucionales para la coordinación de los actores y las acciones en los modelos interculturales de atención en salud, la investigación se sitúa en la experiencia del modelo piloto realizado en el Amazonas en el periodo 2010 a 2011 que fue considerada como una experiencia exitosa, galardonada con el Premio Nacional de Alta Gerencia, por el DAFP en el 2011, pero que, por diversos factores no contó con una institucionalización adecuada para su sostenibilidad. En el momento actual, bajo la nueva política de salud PAIS que se centra en los modelos integrales y diferenciados de atención en salud, se presenta una oportunidad para recuperar los aprendizajes generados del piloto en mención y diseñar una propuesta para el arreglo institucional a partir de su sistematización.

Es así como el objetivo central de esta investigación es sistematizar el proceso de implementación del modelo intercultural de atención y prestación de servicios de salud para la población indígena del departamento del Amazonas, los factores que

intervinieron y las lecciones aprendidas, que encaminen la redefinición del arreglo institucional en concordancia con la Política PAÍS y las condiciones y necesidades actuales del territorio, para lograr esto, los pasos a seguir son 1) Reconstruir la memoria del proceso de implementación con la participación de los involucrados; 2) Definir con la participación de los actores, las propuestas posibles y viables para el ajuste institucional al Modelo Intercultural a la luz de las condiciones actuales del sistema de salud y del territorio; 3) Favorecer el conocimiento, la interacción y reconocimiento de las particularidades del contexto territorial entre los diferentes actores que opera el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS); 4) Analizar las oportunidades en términos de los componentes de un arreglo institucional acorde a la Política de Atención Integral en Salud PAÍS.

1.1. Síntesis de la Experiencia

La experiencia “modelo intercultural de atención y prestación de servicios de salud para la población indígena del Amazonas”, MIAPSSPI, consistió en la estrategia gubernamental departamental “Plan Salva-Vidas o Plan de Plataforma”, que es la puesta en práctica de la estrategia atención primaria de salud, desarrollándose en el contexto extramural de las instituciones prestadoras de servicios de salud. Con un especial enfoque hacia la articulación de la medicina tradicional y la medicina occidental, a través de iniciativas y estrategias desarrolladas en el contexto sociocultural de cada uno de los territorios indígenas, vinculando a entidades como el DANE, para la actualización de censos poblacionales, ICBF, con los programas de familia e infancia, Fuerzas Militares, Saneamiento Básico, con el fin de realizar una integralidad de acciones que permitan dar respuesta a otros determinantes de la salud que afectan los territorios.

El modelo afianzó los principios trazados con las 14 organizaciones indígenas del departamento, a través del diálogo de saberes, consenso y concertación. Estos principios rectores fueron: Respeto por el conocimiento y prácticas tradicionales y occidentales, Articulación de la medicina tradicional y occidental, Responsabilidad poblacional y territorial, adecuación a las características socio-culturales y

dispersión geográfica, Promoción del enfoque familiar y comunitario, Detección y abordaje temprano de riesgos y condicionantes.

2. MARCO DE REFERENCIA

2.1. Instituciones y arreglos institucionales

Las instituciones se refieren a la gama más amplia de las reglas, normas y acuerdos que estructuran las interacciones humanas (Uphoff & M, 1994).

El proceso adquiere un valor importante en la estructuración del diseño institucional, clave para esta investigación, al no referirse solamente al diseño y rediseño de estructuras meramente formales (por ejemplo, estructuras constitucionales para la organización del parlamento o de los tribunales), sino también a las de tipo informal con gran significado simbólico, entonces, el diseño institucional va a sostener postulados, que refiere a las intervenciones en todos los acuerdos que coordinan la conducta de los individuos dentro de la sociedad.

Las disputas sobre la legitimidad de incluir a los interesados específicos seguramente surgen, pero la colaboración exitosa depende de incluir un amplio espectro de actores para reflejar el problema y posibilita el análisis sobre la necesidad e importancia de los arreglos institucionales, interpretados como diferentes regímenes y coaliciones formales e informales para la acción colectiva y la coordinación entre los agentes (o coordinación interagerencial), que van desde la cooperación público-privada, pasando por esquemas de contratación, redes de organizaciones hasta los acuerdos de política (Geels, 2004; Klein y Teisman, 2000).

Se puede generar un espectro de arreglos interorganizacionales integrados (Ira Moscovice, 1997) el cual sostiene unos tipos de arreglos institucionales que tendrá que analizarse según su ubicación y contexto, por ejemplo, estos tipos de arreglos institucionales pueden ser de tipo Informal, formal y de tipo sistema (Hollingsworth, 2000); en el cual cada uno tiene unos atributos que los caracteriza y las acciones conjuntas que se presentan en los tres tipos de arreglos, por ejemplo, en el caso de los arreglos informales éstos se dan sin acuerdos escritos contrario a los arreglos formales, el de tipo sistema se requieren acuerdos escritos, igualmente, pero existe

una autonomía individual que caracteriza a los arreglos de tipo formal e informal, sin embargo, en el tipo sistema existe una característica que es de propiedad común.

Dentro del análisis de los ajustes institucionales se considera un contexto actual de normas y rutinas en las organizaciones que facilitan el aprendizaje de instituciones que permiten a los individuos involucrarse en dichos intercambios (Ayala, 1996).

En esa misma línea teórica, Elinor Ostrom, (Ostrom, 2000), sostiene que para lograr un ajuste institucional este deberá tener en cuenta los límites claramente definidos del proceso, es decir, especificidad de los roles de los actores en tanto derechos y deberes de cada uno, equivalencia proporcional entre beneficios y costos, acuerdos de elección colectiva que se generaron, monitoreo y seguimiento, sanciones graduales, mecanismos de resolución de conflictos, reconocimiento mínimo de derechos para organizar y establecer empresas en las cuales la apropiación, la ejecución, el seguimiento, la resolución de conflictos y la gobernanza están adaptadas en etapas, clanes, clases o grupos.

En efecto resulta imposible deslindar las políticas de su efectiva implementación, la mayoría de los bienes públicos o intereses generales no dependen de la acción de un único departamento ni pueden ser alcanzados únicamente con la acción pública (Prats, 2005). Volker Schneider y David Levi-Faur (VOLKER & Levi-Faur, 2012) sostienen dentro de la teoría de la complejidad la existencia de un marco normativo e institucional que se debe tener en cuenta en esas interacciones.

Moreno (1995) Señala que la relación vivida de los pueblos indígenas en el marco de la salud intercultural, se inscribe por decirlo y desdecirlo de alguna manera en esa forma de vida que es el conocer, y ahí la comprendemos como epistémico central dinámico de toda la matriz - episteme popular. La sociología de la alteridad radica en la lógica de lo vivido y lo convivial (Córdova 1995).

2.2. Gobernanza

La gobernanza moderna incluye también ciertas formas de autorregulación social, en la que los actores privados cumplen funciones reguladoras que son en definitiva

de interés público (Mayntz, El Estado y la sociedad civil en la gobernanza moderna, 2011), lo que supone entonces, analizar la forma en que se realiza esta interacción de agentes mediante redes y el papel del Estado y la Administración, pues la gobernanza se trata de una nueva manera de gobernar diferente del modelo de control jerárquico, más cooperativo, en el que los actores estatales y no estatales participan en redes mixtas público-privadas (Mayntz, “Nuevos desafíos de la teoría de la gobernanza”, en CERRILO I. Martinez, A.(coor.), La Gobernanza Hoy: 10 textos de referencia, 2005).

Al tener en cuenta, las experiencias recogidas tanto en la formulación de la estrategia como en la implementación del modelo piloto, así como las vivencias de las comunidades indígenas en el tiempo en el que estuvo activo el modelo intercultural, podemos identificar que esta investigación enmarca principalmente el eje de gobernanza en tanto privilegia una respuesta situada en los arreglos institucionales para la implementación de un programa público con enfoque intercultural, esto es, el modelo integral de atención para la población indígena del departamento de Amazonas. Se servirá por tanto de las teorías y metodologías asociadas al análisis institucional y del tipo de investigación aplicada, sistematización de experiencias que privilegia la lógica participativa de los actores involucrados en las experiencias, en este caso del diseño e implementación del modelo piloto, para recabar lecciones aprendidas desde los procesos, mecanismos, interacciones para la, coordinación del modelo, sus aciertos y fallas vistas desde el contexto territorial entre los diferentes actores comunitarios con el fin de identificar las oportunidades y formas de operar apropiadas para el ajuste del nuevo modelo que responda a los preceptos de la ley estatutaria y la política PAIS.

2.3. Marco Institucional, Político, Normativo.

En Colombia, con la promulgación de la Ley 1751 de 2015 o Ley Estatutaria de Salud, el Ministerio de Salud y Protección Social lanzó la Política PAIS, cuyo objetivo primordial es centrar la acción de salud en las personas, a nivel individual, familiar y colectivo; no en las Instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) ni en las Entidades promotoras de salud (EPS).

La política comprende un componente estratégico, que determina las prioridades del sector salud en el largo plazo; y un componente operativo, que consiste en el MIAS, que se constituye en el marco para la organización y coordinación de actores e instituciones para garantizar que los ciudadanos accedan a servicios seguros, accesibles y humanizados. (Ministerio de Salud, 2015)

La política comprende un componente estratégico, que determina las prioridades del sector salud en el largo plazo; y un componente operativo, que consiste en el MIAS, que se constituye en el marco para la organización y coordinación de actores e instituciones. Dará mayor resolutivez en el nivel primario de atención, para que la puerta de entrada de los pacientes al sistema de salud no sean las urgencias de las clínicas y hospitales especializados, sino a través de la medicina familiar y comunitaria. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

Uno de los procesos más significativos que los propios territorios indígenas reconocen y avalan es la promulgación para la constitución del SISPI que requeriría una atención especial para la armonización con la Política PAÍS y los MIAS en la práctica.

El 7 de septiembre de 2014, el Presidente Santos aprobó el Decreto Autónomo para la comunidad indígena como resultado de los acuerdos de la Mesa Permanente de Concertación Nacional de los pueblos indígenas en donde hace parte Autoridades Indígenas de Colombia–AICO–Social, donde enfatizó que a partir de este decreto, los territorios indígenas podrían administrar directamente la asignación especial para resguardos indígenas que está dispuesta en el Sistema General de Participaciones (Andes, 2014), lo que supone que en materia de salud se debería seguir avanzando en el fortalecimiento del SISPI, porque este es una construcción colectiva entre distintos actores que busca garantizar el derecho fundamental a la salud de los pueblos indígenas.

Con el decreto 1973 de 2013, la resolución 5593 de 2015 y la resolución 6411 de 2016 el Ministerio de Salud busca aterrizar los principios y promulgaciones del SISPI.

Las reformas a la ley 100/93 que de algún modo impulsaron el interés territorial por rescatar el enfoque humano en la prestación del servicio, le dan un especial trato y busca reglamentar el derecho fundamental de la salud (Ley1751/15), especialmente el capítulo IV acerca de los servicios en zonas marginadas. Fortaleciendo el tema de las barreras para la afiliación (artículo 6, numeral c) y acogiendo sanciones a la negación de servicios, igualmente, define unos lineamientos referentes a la accesibilidad, integralidad de los servicios, la promoción y prevención, la articulación intersectorial.

La política PAIS, presentada el 16 de febrero de 2016, por el Gobierno Nacional, como respuesta transversal a lo establecido en la Ley 1751/15, propicia el inicio en algunos departamentos de Colombia, la implementación del MIAS y el cual aunque no está priorizado para el Departamento del Amazonas, este departamento logró con el modelo intercultural implementado durante el año 2011 transformar las maneras de prestar servicios de salud para la población indígena.

3. MÉTODOS

3.1. Tipo de investigación

El tipo de estudio correspondió a una sistematización de experiencias, que consiste en una interpretación crítica, a partir de su ordenamiento y reconstrucción, para visibilizar y explicar el proceso vivido, los factores intervinientes, las formas de hacer y, de ese modo, posibilitar la orientación hacia el futuro con una perspectiva transformadora (Jara, 2012). Además se trata de una sistematización retrospectiva, porque refiere a una experiencia del pasado. Implica una lógica participativa pues en la sistematización se involucró a quienes la vivieron, no solo como informantes clave, sino como protagonistas que aportaron en la reflexión crítica y generación de propuestas.

3.2. Categorías analíticas, fuentes y técnicas

Teniendo en cuenta la pregunta de investigación y el eje de sistematización descrito previamente, se estructura una serie de categorías analíticas en torno a las cuales se desarrolla el proceso de reconstrucción, descripción y análisis crítico del modelo

intercultural, como se describe en la Tabla 1. También se definen las preguntas orientadoras, las fuentes de información primaria y secundaria y las técnicas de recolección de información que se implementaron en el proceso de sistematización.

Categorías para la Sistematización	Preguntas Orientadoras	Fuentes Primarias	Fuentes Secundarias	Técnicas
Contexto de la Experiencia. Hitos Históricos. Perspectiva de los Actores.	¿Qué es el modelo? ¿En qué contexto político o histórico se dio?: ¿Cuál hecho histórico y político impactante usted recuerda que haya dado apertura al modelo? ¿Dónde, cuándo y quiénes participaron en la experiencia? ¿Con qué propósito se dio el modelo?	Actores Indígenas: Presidentes y secretarios de salud de las asociaciones de autoridades tradicionales indígenas, Presidentes de las asociaciones de cabildos indígenas del trapezio amazónico, auxiliares indígenas de salud pública, Gobernadores o Curacas Indígenas, Representantes o Líderes indígenas, médicos tradicionales indígenas, parteras.	- Planes de Vida de las Asociaciones Indígenas. - Informes de Gestión Programa de Gestión Integral en Salud Pública GISP-Secretaría de Salud Departamental 2011. -Comunicado de Prensa No. 233 de 2009 Registraduría Nacional del Estado Civil. Elecciones Atípicas. - Actas de la MPC 2008, 2009 y 2010 -Artículo web. (El tiempo, 2009) -Decreto 394 07 de marzo de 2016 (Sanción Gobernador de Amazonas 2009)	- Análisis de Documentos -Observación Interna Participante. -Historias de Vida -Entrevistas a Profundidad
Nivel de Involucramiento en el Diseño e Implementación	¿Cómo, cuándo y cuál fue su participación en la experiencia? ¿Cuál fue el rol que desempeñó?	Actores Estatales del ámbito local. Gerente del Hospital San Rafael de Leticia, Coordinador de Salud Pública del Hospital San Rafael de Leticia, Secretario de Salud	Informes de Gestión de la Secretaría de Salud Departamental. Actas y Compromisos establecidos. Archivo Documental de las Asociaciones Indígenas.	- Análisis de Documentos. -Entrevistas a profundidad. - Anecdotario o Incidente crítico.
Relevancia y Pertinencia del Modelo	¿Qué es para usted el principio de integralidad y considera que el modelo lo acogió? ¿Cuál es el grado de legitimación y apropiación del modelo?	Actores Estatales del ámbito local. Gerente del Hospital San Rafael de Leticia, Coordinador de Salud Pública del Hospital San Rafael de Leticia, Secretario de Salud	Página Oficial Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP. Premio Nacional al modelo. (DAFP, 2012) Premio Nacional de Alta Gerencia al Modelo (Amazonas, http://www.amazonas.gov.co/index.shtml?x=1368139 , 2011) Página Gobierno en línea Amazonas (Amazonas, Gobierno en Línea, 2013) Plan de Vida de las AATIS. Actas Reuniones	- Entrevista -Historias de Vida -Anecdotario o Incidente crítico. -Análisis de Documento.
Coordinación en la Implementación del modelo - Diseño Institucional	¿Qué actores intervinieron en la implementación y cómo fue el modo de interacción entre ellos? ¿Cómo fueron las relaciones de poder entre los actores? ¿Cuáles mecanismos de resolución de conflictos existieron? ¿Cómo funcionaban? ¿Cómo fue la colaboración entre los actores? ¿Qué procesos, reglas y acuerdos llegaron a establecerse y cómo funcionaban? ¿Qué instituciones formales e informales se crearon y cómo funcionaban? ¿Qué reglas formales e informales se acordaron e identificaron?	Gerente del Hospital San Rafael de Leticia, Gerente del Proyecto de Gestión Integral en Salud Pública GISP-Dptal, Gerente de Desarrollo y Prestación de Servicios de la Secretaría de Salud Departamental, Gobernador de Amazonas 2009 – 2011, , Profesionales de la Salud. Actores Privados: Gerente de la Eps-Mallamas, Gerente de la Eps-Humanavivir 2010-2011, Droguería Gloria Leticia, Amazonas, Medios de Comunicación escrita y radial Local. ONGS-GAIA, CODEBA.	Informes de Gestión Hospital San Rafael 2011. Informes de Gestión Secretaría de Salud 2011. Consultas a Documentos e Informes EPS Documento de formulación e implementación de la experiencia, Secretaría de Salud Departamental. Consulta de documentos producidos por parte de las AATIS.	- Observación Participante. -Historias de vida - Entrevista a profundidad. -Representaciones gráficas. -Notas de Campo -Presentación de Matrices -Análisis documental.
Lecciones Aprendidas	¿Qué enseñanzas ha dejado la experiencia? ¿Qué aciertos y desaciertos tuvo el modelo? ¿Cómo les podría servir para un futuro? ¿Qué elementos no se tuvieron en cuenta y cómo podrían vincularse?	Gerente de la Eps-Mallamas, Gerente de la Eps-Humanavivir 2010-2011, Droguería Gloria Leticia, Amazonas, Medios de Comunicación escrita y radial Local. ONGS-GAIA, CODEBA.	Informes Hospital San Rafael de Leticia. Informes Programa de Gestión Integral en Salud Pública GISP. Documentos reflexivos producidos por los actores.	- Registro Anecdótico -Entrevista a profundidad -Notas de Campo -Análisis documental.
Propuestas y Recomendaciones	¿Qué recomendarías a alguien que quisiera, en un futuro, realizar una experiencia similar? ¿Qué propone para reactivar el modelo, mejorarlo y fortalecerlo para su continuidad y		Documentos e Informes de las asociaciones indígenas sobre recomendaciones y propuestas. Ley Estatutaria de Salud 1751 DE 2015. Política de Atención Integral de Salud PAIS. Modelo Integral de Atención en Salud MIAS.	-Entrevistas a profundidad -Notas de Campo -Análisis Documental.

	sostenibilidad? ¿Qué sugerencias establecería para mejorar la estrategia o métodos utilizados en la experiencia?		Documentos Nacionales Producidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. Documentos e Informes producidos por los demás actores.	
--	--	--	---	--

TABLA 1, CATEGORÍAS ANALÍTICAS, FUENTES E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

3.3. Ruta y desarrollo de la sistematización del MIAPSSPA

La ruta metodológica desarrollada para la sistematización comprendió tres fases: la fase de inicio de la bitácora del proceso de sistematización; la fase de desarrollo (despliegue del proceso de sistematización) y la fase de cierre (comunicación y socialización de aprendizajes).

3.3.1. Fase de inicio

Fase 1. Bitácora socialización del proceso de investigación, Se llevó a cabo el contacto directo con varios participantes de la experiencia y trabajo de campo para la socialización y concertación del proceso durante el mes de noviembre de 2016.

En primer lugar, con los actores indígenas, se comunicó en reunión de la Mesa Permanente de Coordinación Interinstitucional (MPCI) entre la Gobernación de Amazonas y las Asociaciones de Autoridades Tradicionales Indígenas (AATIS), las intenciones del proyecto de investigación, se discutió en torno a las necesidades prácticas y se recabaron los elementos sustanciales para la definición y delimitación del problema de investigación. Posteriormente, en el mes de mayo de 2017 y durante la sesión de la MPCI se contó con la presencia de todos los presidentes indígenas y secretarios de salud de las AATIS, gerente de la EPS indígena Mallamas, IPS, y equipo de Salud departamental, para dar inicio al trabajo en campo.

Ya en mesas privadas por cada AATI y con presencia de la EPS Mallamas y el Hospital San Rafael, se acuerdan las formas de trabajo para adelantar el proyecto de investigación acordado, consistente en la sistematización de la experiencia, con la participación activa de miembros de las comunidades indígenas. La metodología desarrollada en esta fase se sintetiza en la Tabla 2

INSTANCIAS	ACTORES	TÉCNICAS	LOGROS
Mesa Permanente de Coordinación año 2016	a) 11 AATIS: Secretarios de salud y Presidentes de AATIS: Acima, Aipea,	Observación participante en la MPCI mayo y noviembre de 2016.	Al momento de iniciar la metodología, se pudo constatar que algunos actores ya no estaban en la arena de acción,

	<p>Aciya, Crima, Azicatch, Cimtar, Asoaintam, Coinpa, Aiza, Oima, Pani</p> <p>b) Gerente EPS-Mallamas</p> <p>c) Gerentes Proyecto Salud Pública Secretaría de Salud</p> <p>d) 4 Curacas y/o Gobernadores indígenas</p>	<p>a) 22 entrevistas: a 11 presidentes de las AATIS 11 entrevistas a secretarios de salud indígenas.</p> <p>b) 1 entrevista Gerente EPS-Mallamas</p> <p>c) 14 entrevistas Gerente Proyectos Salud Pública SSD.</p> <p>d) 4 entrevistas realizadas a curacas y/o gobernadores indígenas.</p>	<p>como fue el caso de las EPS de Humanavivir, Caprecom y Selvasalud. Eps liquidadas.</p> <p>Otros actores como CODEBA, GAIA no hicieron parte del proceso de investigación por decisión conjunta con los territorios/AATIS Pues se trabajarían sólo desde el ámbito gubernamental local, EPSMallamas, ICBF, Fuerzas Militares y actores comunitarios.</p> <p>Se realizó el consenso para el planteamiento del problema en asamblea de la MPC en el mes de noviembre de 2016 y la delimitación del eje de sistematización. Se acuerdan planes de trabajo con cada AATIS.</p> <p>Al momento de iniciar la investigación no existía la ordenanza no.030 de 2017 que unifica la instancia del MIPITA con la MPC. Hoy en día se fusionaron todas las asociaciones y organizaciones de cabildos en una sola instancia de concertación y coordinación y se llamarán todas AATIS.</p>
--	--	---	--

TABLA 2, SINTESIS SOCIALIZACIÓN PROCESO DE INVESTIGACIÓN

3.3.2. Fase de desarrollo y despliegue de la sistematización

Fase 2. Despliegue del proceso de sistematización en campo. Esta etapa se ejecutó entre Junio de 2017 y Noviembre de 2017. Se realizó la planeación de la intervención a cada territorio; para ello, se contó con un equipo de líderes indígenas y auxiliares de salud pública, promotores voluntarios pertenecientes a cada corregimiento y municipio que apoyó en la coordinación para la recolección de información en cada territorio. Además, se logró la vinculación de la Gobernación de Amazonas en la asistencia a diferentes talleres de consenso con las AATIS, la participación en mesas de trabajo con población indígena para la construcción de dos planes de desarrollo (por el momento histórico que atravesó el departamento al contar con elecciones atípicas en medio del desarrollo de esta investigación), además con el apoyo del Ejército Nacional para el desplazamiento en algunos territorios. También se realizó revisión de información secundaria asociada a la experiencia³ y se realiza el despliegue en pleno del trabajo de campo. Finalmente se cerró esta etapa con el análisis de los resultados arrojados, en el que se enriqueció la sistematización con los aportes de todos los actores en las lecciones aprendidas, recomendaciones y propuestas.

TERRITORIO	ACTOR	TECNICAS	LOGROS
Corregimiento Chorrera	<p>Presidente de AATI</p> <p>Secretario de salud</p> <p>Docente del Internado indígena</p> <p>2 Auxiliares de Salud indígena</p>	<p>Observación participante</p> <p>Entrevista</p> <p>Registro anecdótico</p>	<p>Se acordó el apoyo de un líder huitoto que acompañó la experiencia para levantar entrevistas a los médicos tradicionales de comunidades rurales del casco urbano de chorrera en los meses que se podía ingresar por el tiempo y clima y en el que infortunadamente la investigadora no pudo asistir, llegando sólo hasta la cabecera corregimental.</p>

³ Se priorizaron los siguientes documentos: informes de la SSD, Hospital San Rafael de Leticia, Ley Estatuaría 1751/15. Política PAÍS, MIAS, RIAS, SISPI circular 011 de 2018, decretos 1953 de 2014, modelos interculturales de salud (Minsalud). Así como la revisión de los planes de vida de cada AATIS, sus perfiles epidemiológicos, actas de reunión y se estructuró un material académico aparte.

	6 médicos tradicionales Un líder indígena de juventudes 2 abuelos sabedores		
Corregimiento Pedrera	1 paciente del modelo comunidad resguardo puerto córdoba 3 médicos tradicionales Presidente de AATI Un auxiliar indígena 1 abuelo sabedor	Entrevista Registro anecdótico Notas de campo Observación Participante en 1 asamblea comunitaria en el año 2017 Asamblea de concertación	Se realizó 1 taller de diálogo de saberes en el que se tuvo la oportunidad de participar para conocer la perspectiva de los actores de las AATIS del eje Caquetá, ACIMA, AIPEA, PANI, ACIYA.
Corregimiento Puerto Arica	1 Presidente AATI 1 Secretario de salud 1 Auxiliar indígena de salud pública 1 abuelo sabedor 1 líder indígena	Entrevistas	Se acordó el apoyo de un auxiliar indígena de salud pública que acompañó la experiencia para levantar entrevistas a los actores de este corregimiento en unas fechas concertadas.
Corregimiento Puerto Alegría	Presidente AATI 1 Secretario de salud 1 Auxiliar indígena de salud pública 1 abuelo sabedor 1 líder indígena	Entrevistas	Se acordó el apoyo de un auxiliar indígena de salud pública que acompañó la experiencia para levantar entrevistas a los actores de este corregimiento en unas fechas concertadas.
Corregimiento Tarapacá	Presidente AATI 1 Secretario de salud 1 Auxiliar indígena de salud pública 1 abuelo sabedor 1 líder indígena	Notas de campo Entrevistas Observación participante	La AATI Cimtar, representa las comunidades dispersas y rurales del corregimiento y adelanta perfiles epidemiológicos propios, Asoaintam representa a las comunidades de la cabecera corregimental.
Corregimiento Mirití	Presidente AATI 1 Secretario de salud 1 Auxiliar indígena de salud pública 1 abuelo sabedor 1 líder indígena	Entrevistas	Se acordó el apoyo de un auxiliar indígena de salud pública que acompañó la experiencia para levantar entrevistas a los actores de este corregimiento en unas fechas concertadas. AATIS-ACIMA, cuenta con un perfil epidemiológico de enfermedades propias y protocolos de intervención.
Corregimiento el Encanto	Presidente AATIS 1 Secretario de salud 1 Auxiliar indígena de salud pública 1 abuelo sabedor 1 líder indígena	Observación participante Entrevistas Notas de campo Construcción colectiva de saberes: Talleres con las AATIS del eje Putumayo	En este corregimiento se participó de un taller titulado Construcción colectiva de saberes, en el que participaron las AATIS pertenecientes al eje de Putumayo: COINPA, AIZA, ASOAINAM, CIMTAR, OIMA, se realizaron notas de campo y se escuchaban las propuestas que resultaban dentro de estos espacios para fortalecer la salud indígena a partir del renacimiento del modelo intercultural
Corregimiento Pacoa	1 corregidor corregimental 1 abuelo sabedor 1 líder indígena	Nota de campo Historia de vida	Pacoa cuenta con un corregidor quien hace las veces de concertador y coordinador de todos los temas de salud propia. El corregidor hace parte de la nómina de la Gobernación de Amazonas y es el que se encarga de todo lo administrativo y político del territorio. Persona que desarrolló entrevistas en campo como apoyo al proceso de investigación. Se presenció un caso novedoso. Se apoyó durante el proceso de investigación los trámites para desplazar una niña indígena de 1 año a la ciudad de Bogotá por caso grave de desnutrición física. Proceso difícil porque la familia no quería dejar que el corregidor la trasladara hacia un hospital en Bogotá por temas culturales y de desconfianza en el sistema. Se contó con el apoyo de la Gobernación de Vaupés y el ICBF Bogotá. La niña se recupera hoy en día en Bogotá.
Corregimiento Puerto Santander	Presidente AATI 1 Secretario de salud 1 Auxiliar indígena de salud pública 1 abuelo sabedor 1 líder indígena	Entrevistas	Se acordó el apoyo de un auxiliar indígena de salud pública que acompañó la experiencia para levantar entrevistas a los actores de este corregimiento en unas fechas concertadas.
Municipio Leticia	1 Gerente Hospital 1 Gerente Eps Mallamas 1 ex coordinadora del modelo desde el Hospital 11 Secretario de salud AATI 11 Presidente AATI Tres Auxiliares indígenas de salud pública 2 médicos occidentales 1 Ginecólogo del modelo 1 Pediatra del modelo 14 gerentes de proyecto de salud pública ssd 1 psicóloga ICBF Secretaria de salud municipal 1 motorista 1 odontóloga SSD 1 Procuradora de familia 1 defensor del pueblo asuntos étnicos	Entrevista a cada actor Diario de Campo en el Eje Trapecio Amazónico	Leticia, sigue siendo el centro de concentración de todos los procesos de toma de decisiones de políticas de salud indígena. El escenario de la MPC- AATIS hoy en día se ha convertido en la instancia más importante como mecanismo de coordinación para el modelo intercultural. Se definen tres ejes de intervención hacia los territorios indígenas del departamento AATIS Eje Putumayo AATIS Eje Caquetá AATIS Eje Trapecio Amazónico
Municipio Puerto Nariño	Presidente AATI Aticoya Secretario de salud AATI Aticoya 2 Parteras 2 Médicos Tradicionales	Entrevista a los actores Observación participante Experiencia de vida	En el momento de la sistematización de la experiencia se pudo apreciar un proyecto de investigación que está adelantando una profesional indígena del territorio en relación con un modelo de salud propio para el municipio. Que demuestra el interés que mantiene la comunidad desde hace años y que se pudo haber motivado más cuando se logró visibilizar el éxito de la experiencia.

	2 auxiliares indígenas de salud pública 1 líder indígena	Eje Trapecio	En una reunión con el presidente de la AATI ATICOYA, el señor rusvell, manifiesta que existe en su territorio la cura para enfermedades como el CÁNCER y el SIDA, que él espera que ellos puedan aportarle a la salud del departamento y del país, que tiene un caso donde una persona se curó del SIDA, y él quería que se registrara esta nota personal dentro de las novedades durante la sistematización de la experiencia pues señala que el árbol medicinal es la "Catagua, árbol frondoso y lleno de espinas", que tiene propiedades curativas, así como la corteza de la huacapurana.
--	---	--------------	---

TABLA 3, SINTESIS PROCESO DE SISTEMATIZACIÓN EN CAMPO

3.3.3. Fase de cierre

Fase 3. Socialización del Aprendizaje, en la fase de cierre. Se genera un compromiso con los actores centrales de la experiencia y la entrega de los productos de este proceso de sistematización, en instancias como la MPCÍ del 02 de julio de 2018, con el fin de retomar una propuesta para revivir el modelo de atención basado en un ajuste institucional que consagre armonización de políticas con el nivel nacional en materia legal de la política País y el MIAS, con el compromiso de establecer articulación entre los preceptos del SISPI que sigue en construcción nacional pero que deben enriquecer y definirse de manera particular por cada territorio.

INSTANCIAS	ACTORES	TÉCNICAS APLICADAS	LOGROS
Mesa Permanente de Coordinación MPCÍ año 2018	a) Gobernador de Amazonas b) Secretario de salud SSD c) Gerentes Proyecto Salud Pública Secretaría de Salud d) 14 AATIS: Secretarios de salud y Presidentes de AATIS: Acima, Aipea, Aciya, Crima, Azicatch, Cimtar, Asoaintam, Coínpa, Aiza, Oima, Pani, Incluidas con la nueva ordenanza 030 de 2018, Azcaita, Acitam y Aticoya, pertenecientes al trapecio amazónico. e) Gerente EPS-Mallamas f) Gerente Hospital	Observación participante en la MPCÍ mayo 2018. a) 28 entrevistas: a 14 presidentes de las AATIS 14 entrevistas a secretarios de salud indígenas. b) 1 entrevista Gerente EPS-Mallamas c) 14 entrevistas Gerente Proyectos Salud Pública SSD.	Se genera una oportunidad política de revivir el modelo intercultural a partir de los nuevos aportes del sistema de salud del país desde el ámbito normativo legal y desde la demanda de los territorios indígenas por la creación de una propuesta de salud indígena a partir del modelo de atención y los nuevos supuestos del MIAS, RIAS, que giren en torno a las pretensiones diferenciales y propias del SISPI, éste último se irá construyendo con cada territorio indígena. La EPS-Mallamas, es la única EPS indígena que ha venido fortaleciendo el modelo intercultural desde su competencia, en la medida que vinculó a médicos tradicionales en sus tamizajes y movilización a campo para la atención de los servicios de manera concertada con las AATIS y el gerente participa activamente en las instancias nacionales de debates sobre la salud indígena del país. La secretaría de salud continuó aplicando con el enfoque diferencial a través de los programas de ASAI-AIEPI, Política de seguridad alimentaria y nutricional. (Ver Anexos)

TABLA 4, SINTESIS SOCIALIZACIÓN DEL APRENDIZAJE

4. RESULTADOS

4.1. Contexto de la Experiencia – Hitos Históricos

En el año 2008 la dirección de salud departamental y las AATIs de ACIMA, CIMTAR y OIMA, firmaron un contrato interadministrativo para la elaboración de un diagnóstico en salud y una matriz de notificación de eventos de interés en salud pública con enfoque etnocultural para realizar la planeación y seguimiento a las actividades de salud pública, con la participación de los pueblos indígenas,

articulando de esta manera las acciones de medicina tradicional con la medicina occidental.

En el año 2010, la SSD fortaleció el enfoque etnocultural en sus acciones de salud pública mediante la contratación de profesionales de las ciencias sociales, con el fin de entender los problemas de salud desde una perspectiva holística y fomentar el diálogo de saberes y prácticas en salud “propias” y aquellas de los profesionales e instituciones que prestan servicios de salud basados en un pensamiento occidental.

En el año 2011, se creó en la SSD una dependencia denominada política pública salud intercultural, con el fin de acompañar y fortalecer los modelos de salud indígena y el modelo intercultural de atención y prestación de los servicios de salud de cada territorio, para el reconocimiento e inclusión de los procesos de salud que se venían adelantado cada una de las AATIS. Estas acciones fueron respaldadas por la ley 1438/11, que ampliaba las acciones de la atención primaria renovada y el enfoque diferencial.

El modelo se puso en marcha con una prueba piloto en el mes de febrero del año 2011 y culminó ese mismo año en el mes de diciembre, se lograron importantes resultados y evidencia de la factibilidad de articular la medicina tradicional con la medicina occidental, y se caracterizó por la inclusión de diferentes factores constitutivos de un arreglo institucional con la inclusión de referentes normativos, organizacionales y de coordinación atendiendo a las diversidades culturales del territorio y de las apuestas de los planes de vida propios de las comunidades y planes territoriales de salud del gobierno, concertando diferentes necesidades e intereses que estaban en juego. Lo anterior sugiere que en un modelo de atención intercultural deberían configurarse arreglos institucionales que incorporen las diversidades referentes culturales que están en juego.

En el año 2012 ante el cambio de Gobierno Departamental, se da la terminación del modelo piloto y por ende su inoperancia en los territorios indígenas, pese a la solicitud de continuidad y fortalecimiento del modelo por parte de las autoridades tradicionales indígenas en diferentes escenarios de discusión y coordinación con el

ente territorial del departamento entrante, los procesos de salud volvieron a tratarse por separado, cada programa de la secretaria de salud departamental realizaba lo que por ley le correspondía y hacía compromisos por separado y la tan anhelada integralidad por parte de las comunidades no se gestó.

Desde el cambio de administración en el año 2012 y hasta el momento actual, en los diferentes escenarios e instancias de diálogo entre el gobierno departamental y las autoridades indígenas, las exigencias territoriales han sido el fortalecimiento de las acciones de salud diferencial para la población indígena, con base en la implementación del modelo piloto intercultural (Seoneray & Angarita, 2017).

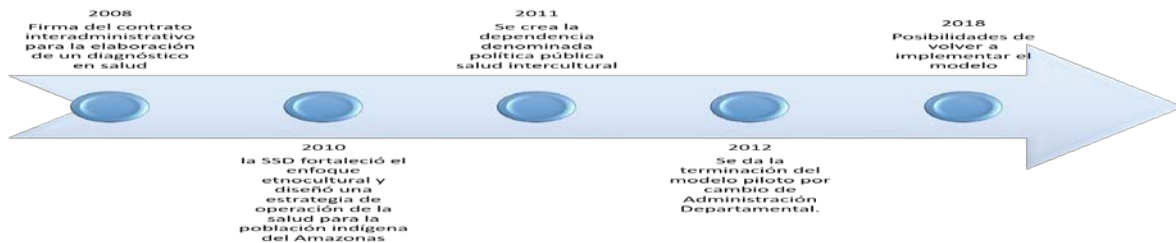


GRÁFICO 1, LINEA DE TIEMPO HISTÓRICA

Fuente: Elaboración propia 2018

4.2. Proceso operativo de diseño del Modelo Intercultural

La experiencia se desarrolló en cinco etapas complementarias y articuladas al objetivo de diseñar e implementar el Modelo Intercultural, las cuales se describen el gráfico 2, en clave de las fases del diseño de un arreglo institucional.

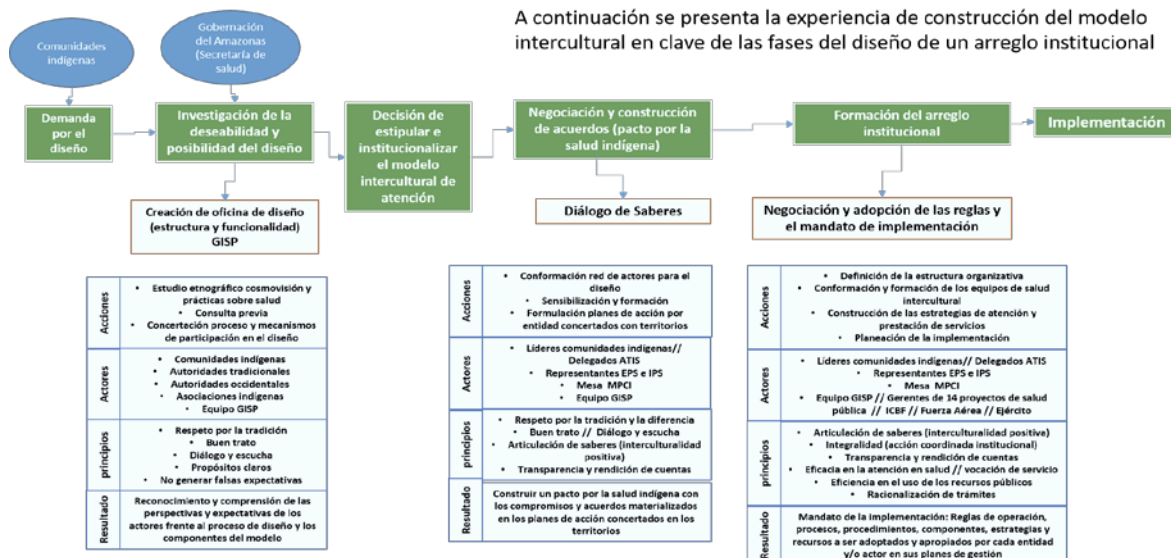


GRÁFICO 2, EXPERIENCIA DE CONSTRUCCIÓN DEL MODELO

Fuente: ELABORACIÓN PROPIA CON BASE EN ESLAVA JULIA.

“Diseño y Desempeño de la Justicia Comunitaria en Colombia”. Tesis doctoral, 2014.

La secretaria de salud departamental fortaleció el proyecto de Gestión Integral en Salud Pública (GISP), a través de la creación de una oficina conformado por dos profesionales (originarios del territorio) en antropología y ciencias políticas, para iniciar la primera fase investigativa en campo para comprender las necesidades reales de los territorios indígenas en materia de salud, por lo que se surtió un proceso de recolección de información, a través de métodos de consulta previa, concertación entre los actores indígenas, consolidando unos principios, acciones y resultados producto de la interacción con las comunidades indígenas.

Al recoger datos etnográficos se dio una comprensión de la perspectiva directa de los actores involucrados en el proceso de formulación e implementación de la estrategia del modelo de atención.

Una segunda fase consistió en pasar de los requerimientos de las bases sociales a la viabilidad de una propuesta de intervención en salud para pueblos indígenas y se tomó una decisión política al interior de la Gobernación de consolidar el diseño e implementación del modelo intercultural y así se dio comienzo al proceso de socialización y consenso con los demás actores responsables.

En una tercera fase, se generó una negociación y construcción de la propuesta de manera conjunta entre los demás actores responsables de la salud de los pueblos indígenas. Propuesta que pasó a debate público al interior de un mecanismo de coordinación muy importante y determinante de procesos indígenas que es la MPCCI (mesa permanente de coordinación interinstitucional) entre la Gobernación de Amazonas y las AATIS (Asociaciones de autoridades tradicionales indígenas). (Asamblea Departamental, 2011). En el mes de mayo de 2010 y en el que participaron las EPS y las IPS para entrar en diálogo de saberes y acordar los temas prioritarios de agenda en salud propia para todos los actores responsables. En este momento se conformó la red de actores que orientaron y aportaron el diseño de la propuesta. Esta etapa contó con el cierre de una firma de acuerdos que dieron paso al pacto por la salud indígena en el que las EPS-mallamas, Humanavivir y Caprecom, el hospital san Rafael, los proyectos de salud de la Gobernación de Amazonas y las de las alcaldías de Leticia y Puerto Nariño se vinculaban con el

compromiso de establecer planes de acción con cada territorio para las acciones de atención de primer nivel y segundo nivel bajo el esquema de APS(atención primaria en salud), promoción y prevención PYP, plan de intervenciones colectivas PIC, basados en unos principios trazados con los territorios indígenas.

La cuarta fase, consistió en la formación y adopción del arreglo institucional de manera que se construyeron las estrategias de atención y prestación de servicios interculturales, el esquema de operación, se definió la estructura organizativa en la que la coordinación y orientación de la experiencia estuvo a cargo de la secretaría de salud departamental, mediante el GISP, quien acordó con cada territorio, fechas para el ingreso, bajo principios y acciones que fueron concertados previamente, el Hospital en coordinación con las EPS, construyeron planes de acción con asignación de recursos financieros y humanos acordados con cada territorio indígena para los ingresos a campo y asegurar la atención diferencial. Las AATIS acordaron el tema diferencial con cada entidad de manera que fueran articulados en territorio, realizaron el alistamiento cultural y logístico para el desarrollo del modelo y conformaron los equipos indígenas comunitarios para apoyo al modelo, entre los que estaban médicos tradicionales y promotores indígenas de salud.

En esta etapa se realizaron una serie de mesas de trabajo para delimitar los campos de intervención de cada entidad, las reglas, principios y acciones y se vincularon al modelo entidades como el ICBF y las Fuerzas Militares para hacer parte del arreglo, actores que aportaron actividades sociales y de abordaje a la familia en contextos dispersos geográficamente y con amplia riqueza cultural como son estas zonas. El Ejército prestó servicio de los aviones para el traslado a los corregimientos de equipos de salud e insumos necesarios para el abordaje del modelo.

Esquema de Intervención a los territorios indígenas:

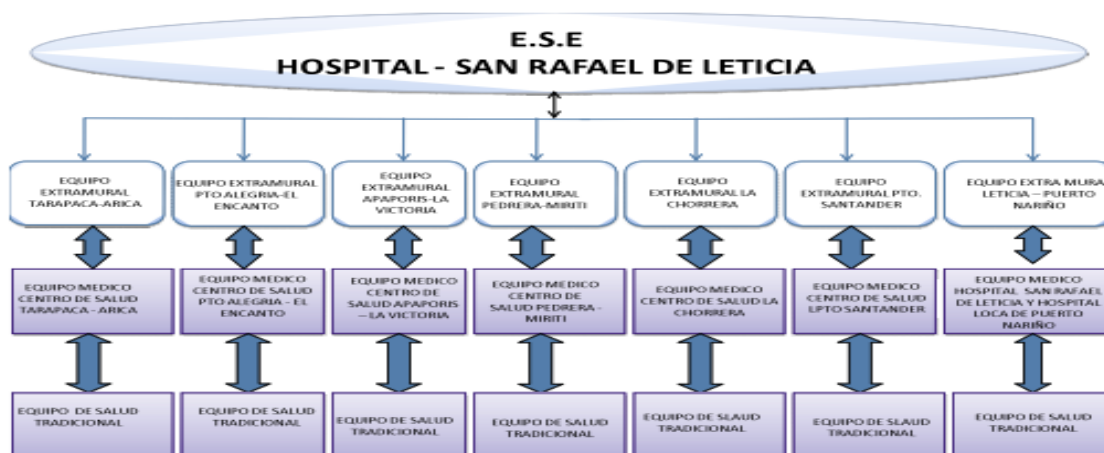


GRÁFICO 3, INTERVENCIÓN EN LOS TERRITORIOS

Fuente: Secretaría de Salud Departamental 2011

Finalmente la quinta fase consistió en el proceso de movilización de los profesionales a cada una de los territorios, mediante los equipos extramurales interculturales.

4.3. Eje de sistematización: Implementación del Modelo Intercultural

El Modelo intercultural de atención y prestación de servicios de salud para la población indígena del Amazonas, fue un sistema piloto de intervención del Estado mediante el liderazgo de la SSD para lograr una atención en salud con una cobertura del 100% en todo el territorio indígena con la participación e inclusión de las autoridades tradicionales, en actividades de primer y segundo nivel de complejidad. Bajo unas reglas y principios que dieran valor a la cosmovisión y prácticas ancestrales.

El esquema se desarrolla a partir de la optimización de los recursos de SGP- Salud puestos en territorio a través de un convenio y/o contratos interadministrativos entre el Hospital San Rafael de Leticia, como operador de la experiencia y la secretaría de salud departamental, y entre el Hospital y las EPS Mallamas, Humanavivir y Caprecom, en el que se circula en campo las acciones de plan de intervenciones colectivas PIC, prestación de servicios de I y II nivel de complejidad, sistema de referencia y contrareferencia, y en el que se ingresa a territorio dos veces al año en un primer momento para diagnóstico y búsqueda activa de perfiles epidemiológicos

y en el segundo momento para hacer hincapié y acentuar la atención especializada de acuerdo al perfil epidemiológico de cada territorio.

Se realizó un plan de acción por territorio entre la SSD y las AATIS, en el cual se acordaron las formas de coordinación para la implementación de la experiencia. La SSD se convirtió en el mediador y orientador del proceso a través de la instancia GISP-Salud Pública, en el que consolidó todas las formas de relación y coordinación entre las EPS. Hospital y AATIS, para ellos se establecieron unas reglas por cada zona no municipalizada y se crearon instancias de evaluación del modelo en cada territorio con los siguientes actores: Líderes comunitarios, secretario de salud indígena, trabajadores sociales, psicólogos, antropólogos, abuelos sabedores que pertenecían al consejo mayor de las autoridades indígenas.

Una vez en territorio, para la prestación del servicio de I nivel, el médico tradicional tenía un espacio propio para atender a sus pacientes en el cual una vez terminaba la atención lo remitía al médico occidental y así viceversa, según la preferencia de los pacientes, en el caso de la etnia Huitoto éstos preferían ser atendidos primeramente por el médico ancestral y luego pasaban al médico occidental, diferente en el caso de los pueblos ticunas, quienes preferían asistir primero al médico occidental, éste médico occidental se encontraba a 10 pasos del médico ancestral, con el fin de establecer comunicación y entendimiento de ambas prácticas. Este ejercicio funcionaba en cada corregimiento departamental indígena mediante la implementación de equipos extramurales dotados de insumos y de un equipo coordinador de los resultados de estas atenciones, en el que se instauraban procedimientos de referencia y contrareferencia para ser agilizados una vez terminaba la atención en cada territorio, esta institución creada desde la secretaría de salud fue el SAC, (Servicio de Atención a la Comunidad) quién contaba con el apoyo desde lo comunitario con la instancia creada de manera informal, los EIC (Equipos Indígenas Comunitarios) compuestos por líderes indígenas, secretarios de salud indígena de las AATIS, consejeros indígenas y, o abuelos sabedores, en el que además tenían la tarea de evaluar los resultados de las intervenciones occidentales y ancestrales. Una vez terminaba cada correría se perfilaba el estado

epidemiológico de cada zona para, en una segunda intervención extramural llegar con los especialistas para la atención de segundo y tercer nivel de complejidad requerido.

El modelo permitió que se coordinaran planes de acción entre los proyectos de salud pública de la secretaría y cada AATIS, en el cual se dieron actividades de promoción y prevención de la salud propia desde la orientación de los abuelos sabedores y de los secretarios de salud indígena, actividades como la aplicación de las 17 prácticas clave de AIEPI-Clínico y AIEPI-Comunitario, en el que se implementaron actividades de divulgación de material físico y visual para conocer las 17 formas de prevención de la salud pública con una perspectiva ancestral, por eso se contó con el apoyo de líderes indígenas, jóvenes y profesores indígenas.

En materia de nutrición y seguridad alimentaria se logró crear un sistema de indicadores propios para medir la seguridad alimentaria desde las prácticas culturales indígenas, no obstante, se tuvieron en cuenta las dimensiones nutricional y de seguridad alimentaria con sus respectivos indicadores de acuerdo a las políticas nacionales e internacionales de la FAO, pero además, se diseñaron dimensiones propias, como la institucional, por ejemplo, que medía el grado, cantidad y calidad de intervención de las instituciones externas al territorio, que tiene que ver con el desarrollo de capacidades, visiones, habilidades, actitudes para mejorar la calidad de la organización, lograr instituciones ágiles, dinámicas y oportunas, tanto en su gestión como en sus resultados (adaptado de López Casillas, 1999).

La dimensión ambiental, se refería al desarrollo económico y humano que no debe ser una amenaza para el ambiente, ni debe agotar los recursos naturales, debe propiciar la producción de alimentos sin afectar el medio ambiente, debe constituir una forma de respeto con la naturaleza como nuestra única fuente de alimentación (UN – OBSAN), por ejemplo, se medía la cantidad de dantas que se podían cazar durante el ciclo del calendario ecológico, o que midiera la calidad del agua; por otro lado está la dimensión humana, desarrollo como humano y sociedad (que se garantice en términos de SAN), Servicios públicos agua potable, residuos energía,

educación (saberes) y finalmente la dimensión cultural, que medía el grado y calidad de la educación de generación en generación, cuánto conocimiento y qué tipo de conocimiento y de calidad del mismo había en la trasmisión de saberes, y en cada dimensión se estructuraron indicadores y una propuesta de monitoreo, esta implementación se realizó mediante la coordinación entre cada AATI y el proyecto de SAN (Seguridad Alimentaria y Nutricional) de la SSD (Secretaría de salud departamental). Propuesta que sigue discutiéndose en cada territorio indígena.

Este modelo fue diseñado para articular acciones de medicina occidental con los protocolos culturales propios en los planes de acción elaborados por cada zona no municipalizada a través de la concertación entre los actores del SSGSS y las AATIS bajo el liderazgo y coordinación central del GISP- SSD. Estas actividades consistieron en la promoción de la salud propia a través de la orientación de los abuelos sabedores en cada territorio.

4.4. Relaciones de Poder – Mecanismos de resolución de conflictos – Reglas, Instituciones formales y no formales.

Las relaciones de poder entre los actores tenían una regla central que consistió en que la coordinación de toda la experiencia tenía un liderazgo claro para el arreglo institucional para la implementación del Modelo, que fue el de la Gobernación de Amazonas, a través del GISP (oficina de Salud Pública de la SSD), en esta oficina se generó un acuerdo general para la implementación del mismo. Igualmente, el GISP, reconoció la autoridad de los actores indígenas, sus planes de vida, así como sus autoridades ancestrales y el saber propio en cada plan de acción que se generó con cada AATI en su territorio.

Las EPS acordaron que el consenso de las acciones en territorio estaría a cargo del GISP-SSD, con la política que, en cada arreglo o acuerdo con las AATIS, estuvieran siempre presentes los gerentes de las EPS y su equipo técnico para tener voz y voto, con el fundamento siempre de lograr como mínimo una mayoría en el consenso. Para ello se crearon unas instancias para la resolución de conflictos desde lo occidental y desde lo territorial ancestral.

4.5. Mecanismo, lógicas y arreglos de coordinación en la implementación

Luego de la formulación de la estrategia en el año 2010, concertando con cada uno de los actores involucrados en la prestación de servicios de salud y las comunidades indígenas, se logró establecer que papel y actividades específicas debía realizar cada involucrado (Oficina de Gestión Integral en Salud Pública, 2010).

“La secretaría de salud en su momento hizo un ejercicio de concertación importantísimo y de acercamiento a las organizaciones y a las comunidades indígenas para la consolidación de un Sistema de salud propio desde el enfoque obviamente diferencial hacia lo étnico hacia lo indígena”. (Gerente Eps Indígena Mallamas. Comunicación personal, Leticia, Amazonas, Octubre de 2017).

“Los equipos extramurales son una excelente estrategia para estos territorios tan dispersos geográficamente, se convierten en el complemento para una mejor gestión de la salud en las comunidades indígenas que presentan aún más dispersión geográfica y hasta a veces casi imposible ingresar en algunas épocas del año, pero con el modelo nos pudimos dar cuenta que facilitan procesos de promoción, prevención y atención en salud, pero no se pueden abandonar los puestos y centros de salud, se necesitan insumos y una infraestructura adecuada para solventar día a día los casos de salud que se presentan en estas zonas aisladas del centro urbano y cabeceras”. (Médico occidental participante del modelo. Comunicación personal. Leticia, Amazonas, Hospital San Rafael, octubre 2017).

“Yo participé del modelo a través de los equipos indígenas que habían en la comunidad, era promotor de salud voluntario, ahí se discutían los temas que debía contemplar el modelo cuando se diseñó, ya cuando vinieron aquí, nosotros con los compañeros fuimos veedores que el modelo vinculara a los médicos tradicionales, yo acompañé los equipos móviles, atendía a las familias en su casa con temas de promoción y prevención, veía cómo los profesionales de la secretaría de salud articulaban mis propuestas a sus acciones, con el modelo me capacitó en microscopía y hoy hago parte de la red de microscopía del departamento pero trabajo aquí en pedrera”. (Microscopista indígena, Comunidad Mariápolis, Comunicación personal. Pedrera, Mayo de 2017).

“Yo tenía la gran responsabilidad de sacar de la crisis financiera y social que venía presentando el Hospital San Rafael de Leticia, tuve la fortuna de encontrarme con personas humanas y con una gran capacidad técnica en salud que me permitieron realizar mi trabajo de manera muy acertada, en mi cargo decidí fortalecer los grupos extramurales que tenían como objetivo implementar el modelo de prestación de servicios de salud diferencial propuesto por la dirección de salud, para regiones como el Amazonas, que se caracterizan por su alta dispersión demográfica y de esta manera asegurar la asistencia en salud a la población con dificultades de accesibilidad y que adoptarán en el modelo de prestación de servicios, el modelo de atención intercultural que el Departamento con enfoque de atención primaria para población dispersa implementará mediante acto administrativo, para lo cual dispuse todo un equipo, coordinamos internamente los manuales de procedimiento para la operación y el despliegue de un piloto que fue el modelo, que terminó siendo la mejor opción para sacar de la crisis financiera y social que venía presentando el Hospital”. (Ex Agente Interventor de la Supersalud Hospital San Rafael, Comunicación personal. Bogotá junio de 2017).

A continuación se establecen las funciones por actor:

- La Secretaría de Salud Departamental, se encargó de concertar cada actividad previamente con las AATIS, ACITAM, AZCAITA Y ATICOYA.
- El Hospital, era el operador.
- EPS Mallamas, Humana Vivir, junto con el Hospital se encargaban del sistema de referencia y contrareferencia, coordinar la entrega de los medicamentos.
- Fuerzas Armadas – Aviación y Guardacostas, apoyaban las labores de logística y transporte.
- ICBF y DANE, apoyo logístico, actividades institucionales.
- Medios de Comunicación escrita y radial Local, Informaban los avances y logros del modelo intercultural.
- Cabildos indígenas del trapecio amazónico, ACITAM, ATICOYA y AZCAITA: Encargados de la coordinación de las actividades de salud en general tanto de prestación, como salud pública y la actualización de los censos.
- Auxiliares indígenas de salud pública: Responsables de las acciones de salud pública en cada territorio indígena.
- Gobernadores o Curacas Indígenas, y demás organizaciones indígenas. Son garantes del proceso.
- Representantes o Líderes indígenas, Garantes del proceso.

La Gobernación de Amazonas ejerció una Gobernanza en salud indígena, como garante de la prestación del servicio de salud para población dispersa y con grandes particularidades culturales, aplicando principios de calidad, oportunidad y sobretodo enfoque diferencial que respetó los usos y costumbres de los pueblos indígenas.

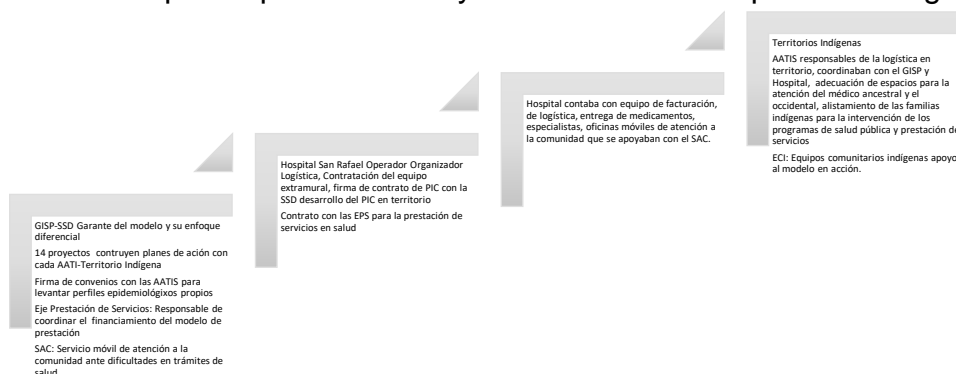


GRÁFICO 4, ESTRUCTURA ORGANIZATIVA

Fuente: Elaboración propia 2018

- A través de la secretaría de salud departamental, como responsable de la sinergia con los demás actores para la coordinación en la implementación de modelo intercultural de atención, fue el encargado de crear una instancia que orientó y ejerció el liderazgo de dicho proceso, la oficina de GISP, liderado por dos profesionales en ciencias sociales, originarios del territorio. GISP logró articular los ejes programáticos de la SSD, éstos fueron aseguramiento que se encargó de los sistemas de información y actualización de censos a través de un profesional en territorio. El eje de prestación de servicios y garantía de la calidad, fue el enlace con el Hospital san Rafael como operador del modelo para la atención de I y II nivel, éste eje inspeccionó la operación del hospital en campo. Asesoró además la creación de planes de gestión y operación interno para el funcionamiento con asignación de personal y recursos financieros. Este eje contó con un portavoz entre el hospital y el GISP y las relaciones de coordinación se mantuvieron bajo un esquema de comunicación constante y directa. El GISP, como ente mediador y orientador del modelo, creó además, un equipo de salud pública con los gerentes y/o delegados de los catorce proyectos que prepararon los planes de acción con asignación de recursos y de talento humano idóneo para trabajar en los contenidos de promoción y prevención, plan de intervenciones colectivas con enfoque diferencial que se acordaron con cada territorio indígena a través de las AATIS.
- El GISP tuvo a cargo la creación de una instancia, el SAC (servicio de atención a la comunidad) que se encargó de los temas de referencia y contrareferencia que agilizó trámites de cada territorio para la evacuación de pacientes bajo oportunidad y calidad. Esta oficina, tuvo un canal directo a través de los psicólogos y trabajadores sociales que fueron los enlaces en las instancias comunitarias como fueron los EIC (Equipos indígenas comunitarios) en los que se logró una coordinación de los procedimientos de salud propia y occidental que se desarrollaron en el marco de los extramurales pero también intramural.
- El SAC tuvo la función en articulación con los EIC, de resolver conflictos que se presentaron durante la implementación, en asocio con el GISP que luego fueron

socializados en la MPCl (Mesa permanente de coordinación interinstitucional) para mejorar los procesos.

- La MPCl, fue la instancia de coordinación central de la experiencia, fue el órgano de concertación y preparación de los principios rectores del modelo, por lo tanto, se ubica en el centro de la experiencia porque fue allí donde se generó el pacto por la salud en presencia de los demás actores del sistema de salud. Donde nacieron unas mesas de salud para diseñar, coordinar y ejecutar con las EPS-mallamas, caprecom y humanavivir, la agenda de implementación del modelo intercultural. Las Eps entraron en un diálogo de saberes con los actores de las instancias creadas, nombradas anteriormente para que a través de esas mesas se logaran mecanismos de coordinación y comunicación de cada fase de los procesos diseñado e implementado.
- Cada EPS contrató un promotor indígena de salud que permaneció en cada territorio y fue el portavoz en cada instancia SAC, EIC, GISP para fortalecer los canales de coordinación del modelo.
- Cada EPS entró en un diálogo de saberes con cada territorio para establecer los mecanismos de pago o incentivos intangibles o tangibles, para los médicos tradicionales definidos por las AATIS que hicieron parte del modelo de atención.
- Cada AATI como representante administrativo y político de cada territorio ante la Gobernación de Amazonas, (decreto 1088/93) contó con un sistema de coordinación interna muy importante; EIC, que tenían un enlace directo con el Consejo de Sabedores, instancia que aportó en el diseño del modelo y recomendó mejoras y procesos para fortalecer las prácticas indígenas durante su implementación, éstas recomendaciones pasaron al consejo ejecutivo de las AATIS con presencia del presidente, secretario de salud, educación, gobierno propio y soberanía ambiental, que tomaron luego discusión y decisión para ser trasladadas a las mesas de trabajo con el GISP.

Normas Formales	Normas Informales
<ul style="list-style-type: none"> • Decreto 1088/93 • Ordenanza 004 de 11 febrero de 2011 por el cual se crea la mesa permanente de coordinación administrativa MPCl entre el gobierno departamental, las AATIS cada corregimiento departamental. • Ley 1438 de 2011 	<ul style="list-style-type: none"> • Códigos de conducta • Respeto a la costumbre y al sistema de representaciones culturales que guían el tema de la salud propia • Respeto a las autoridades tradicionales • Respeto a los conductos regulares propios • Hablar con respeto hacia los abuelos sabedores

<ul style="list-style-type: none"> • Plan de vida de los pueblos indígenas • Plan territorial de salud con contenido del modelo intercultural • Plan de desarrollo 2009 – 2011 • Planes operativos anuales con contenido del modelo intercultural • Manual de Operación Ese San Rafael de Leticia I y II nivel de atención • Manual de procesos y procedimiento EPS-Mallamas • Contrato Plan de intervenciones colectivas 2011 entre SSD y EPS • Contrato de prestación de servicios entre el operador del modelo y las EPS 	<ul style="list-style-type: none"> • Tratar con respeto y paciencia a los pobladores indígenas • Al momento de ingresar a los territorios se debe hacer en compañía del curaca o gobernador del territorio • Al momento de ingresar a las malocas se debe entrar en silencio y dirigirse al consejo de sabedores y saludar sin dar la mano hasta que ellos lo permitan. • Se debe reunir a toda la comunidad en asamblea antes de iniciar el trabajo extramural, presentar el equipo y al cierre de cada actividad dar los agradecimientos y socializar con los equipos internos comunitarios y el de occidente los resultados en materia de salud cultural vivido. • Uso de las instancias de resolución de conflictos como los EIC a nivel comunitario y el SAC a nivel occidental • No se permitirá el ingreso a territorio de los actores que incumplan lo establecido en la MPCl y en las mesas de trabajo en salud creadas en cada territorio. • Deshonra colectiva a los líderes o autoridades indígenas que incumplan que les costará el cargo y desprestigio en la comunidad a él a y a sus familias. • Sistema de incentivos económicos para los médicos tradicionales que fueron definidos por AATIS, en sus territorios, acordados con las EPS. Compensación económica a través de sueldo, mercado a la familia, apoyo en el arreglo de sus casas u otros incentivos acordados
---	--

TABLA. 5. REGLAS FORMALES Y NO FORMALES

4.6. Principio de Interculturalidad positiva y Principio de Integralidad durante la implementación:

La interculturalidad positiva tiene que ver también con la relación entre los grupos humanos con identidades culturales diferentes, promoviendo el mutuo reconocimiento y respeto. En el campo de salud para los grupos étnicos, la interculturalidad pretende el mutuo reconocimiento y colaboración a partir del respeto y valoración de ambos enfoques sobre la salud de modo que las comunidades tengan la opción de acceder a uno u otro sistema, de acuerdo a sus propios criterios: “que mediante el diálogo entre el médico y el chamán se coordinen acciones que valoren el trabajo de cada quien”. Postura con la que concuerdan los líderes comunitarios, las familias indígenas, quienes, de acuerdo a la percepción de los entrevistados, “creen que el modelo logró levantar la salud propia y mejorar la calidad de vida y cotidianidad de los pobladores indígenas”. Comunidad de arara. Leticia Amazonas.

Esto se debió al componente de integralidad que se propició y se hizo realidad en la medida que en materia de salud la individualidad y lo comunitario, fueron tratados de manera integral, es decir, que el modelo logró cobertura en la atención y prestación desde la calidad y concepto del buen vivir vinculando a los actores ancestrales y territoriales desde la primera fase del proceso, articulando un trabajo coordinado con los actores del sistema tradicional occidental, llegando a los

territorios de manera unificada y no por separado por lo que cada entidad mostró respeto en la forma de brindar atención.

Ahora bien, la OMS, OPS, (2014), sostienen que el enfoque Intercultural promueve la paridad de trato entre los diferentes grupos culturales; considera la Salud como un derecho fundamental y entiende como implícita la capacidad de los profesionales de la salud de poder integrar el conocimiento con las creencias y las prácticas tradicionales al momento de enfrentar una enfermedad. Las políticas, programas y proyectos en salud son adaptables y transferibles al momento de confrontar la inequidad étnica mediante la inclusión de las poblaciones afectadas por la misma, dentro del marco de sus actividades. Se consideraron inclusivas y tradicionalmente sensibles aquellas políticas, programas y proyectos que consideraron dentro de sí la medicina y prácticas tradicionales. Con el modelo se logró una implicación de políticas, programas y proyectos culturalmente sensibles.

“Yo no pienso mal de la salud, pero hoy todo es diferente a veces veo correrías y son así porque corren los médicos atendiendo la gente y vienen dos días corriendo y se van yo ni me doy cuenta, antes cuando fue el modelo me gustó trabajar con los doctores y mostrarles cómo trabajo yo, que ellos me respetaron todo el tiempo cuando yo hacía mis trabajos”.
Médico Tradicional Etnia Yagua.

El principio de integralidad que el modelo acogió también hizo referencia a la vinculación de las secretarías de despacho como Gobierno, Ambiente, Planeación, Educación, así como de entidades como el ICBF, fuerzas militares, DANE, con el fin de desplazarse a los territorios indígenas aprovechando la movilización de los equipos extramurales en una atención primaria en salud APS, validando alternativas de solución ante las diversas problemáticas que afectan la salud pública de estas zonas, como por ejemplo, saneamiento básico que incluye el agua potable, viviendas en condiciones de salubridad, por otro lado, afectación por la minería ilegal, mercurio en el agua que se utiliza para la preparación de alimentos, sistemas de información real vs estadística del año 2005 que es con la que actualmente se sigue referenciando el territorio, entre otras problemáticas.

Igualmente, el principio de integralidad se da con la presencia de programas enfocados hacia la interculturalidad positiva de manera transversal e intersectorial que propiciaron los 14 programas y proyectos de la SSDA, compartiendo estrategias

de salud pública como por ejemplo, la salud sexual propia en el que el modelo comprendió que más que un programa o proyecto se refiere al que hacer de los hijos con sus padres, es decir la niña con la madre o abuela en la chagra, que es el espacio sagrado de cultivo de los alimentos, “Las chagras más que un área de cultivo dentro de la selva, es el lugar donde nace, crece y muere la etnia Ticuna”. (Las Chagras: un concepto más allá de la agricultura, 2011). Es así como los temas de salud pública, se relacionaron de manera integral y sobretodo natural, pues los alimentos, la tierra, el aire, el espíritu, la cosecha y los castigos, suceden allí en el cultivo sagrado, por eso la salud sexual se relaciona con otras actividades cotidianas, al igual que el niño con el padre o abuelo en la pesca y la caza, como la forma del menor auto-reconocerse y reconocer la importancia de aprender a respetarse y respetar su entorno y a quienes habitan en él. Hecho que durante la implementación del modelo fueron tratados intersectorial y transversalmente. Por ejemplo, el componente de educación sexual propia se fundamentó en “la palabra de consejo” donde se aprovecharon los eventos que se daban en el medio para educar al menor sobre las actividades cotidianas y el conocimiento que debe tener para el manejo de la familia, para organizar un hogar y el aprendizaje que debe adquirir para poder convivir con su pareja. Los programas de salud pública de la SSD, comprendieron que la educación sexual propia también ordena la mente, el cuerpo y el espíritu; es la iniciación del menor al conocimiento de habilidades para un buen vivir, para garantizar techo, comida, seguridad, amor y relación con la familia y la sociedad.

Esta coordinación la lideraban las asociaciones indígenas con sus autoridades ancestrales y líderes indígenas al interior de sus territorios con el apoyo del equipo de GISP-SSD.

4.7. Procesos y procedimientos para la atención

Uno de los componentes más importantes de la operación del modelo fue la articulación de la medicina tradicional con la medicina occidental en la forma de abordar los temas de salud pública y prestación de servicios de salud de primer nivel, a través de los equipos extramurales, que realizan acciones de promoción y

prevención, plan de intervenciones colectivas y atención y prestación de primer nivel.

La implementación dio comienzo el 21 de febrero del 2011 con el ingreso de los equipos extramurales al territorio, el 01 de marzo de 2011 ingresó a campo un segundo equipo extramural, del 15 al 30 de abril de 2011 se desplazó un tercer equipo extramural, pero prestando servicios en salud de segundo nivel de atención con las especialidades de oftalmología, ginecología, pediatría y cirugía, así como el desarrollo de las actividades del plan de intervenciones colectivas con enfoque intercultural.

Una vez, llegaban a cada cabecera corregimental los médicos occidentales y ancestrales se ubicaban en el mismo recinto, pero en espacios separados, así pasaban a los pacientes uno por uno, que de acuerdo a su libertad cultural escogían a dónde pasar primero (esto dependiendo de su etnia), pasaban primero donde el médico occidental (como ocurría con los ticunas), y éste, luego los hacía pasar donde el médico ancestral para que continuara su proceso de atención, por ejemplo, una desparasitación espiritual, se generaba un ejercicio de reconocimiento y legitimidad entre los dos saberes. En el caso de los yucunas y huitotos, preferían ser atendidos primero, por los médicos ancestrales o tradicionales. Igualmente, el médico ancestral luego de hacer su revisión lo remitía al médico occidental. Cada médico entregaba sus recetas y procedimientos de manera organizada y con la supervisión de los coordinadores de la secretaría de salud.

“Yo me acuerdo, que a doña Enriqueta Miraña de la pedrera, la mordió una serpiente talla x, y lo que hicimos fue correr a buscar ayuda con el médico tradicional él nos dijo que sólo podía tratarla con plantas que se daban sólo en el patio de su casa en la comunidad resguardo puerto córdoba y eso queda muy lejos, cuando vinieron los del equipo móvil de salud, se la llevaron para Leticia, allá la trató el ortopedista del hospital, y dijo que le tenía que amputar el brazo, entonces, el esposo de la señora que también es médico tradicional pero no es especialista en ese tema, dijo que le pagaran el pasaje al médico tradicional que dijo que podía curarla con sus plantas y rezos, la secretaria de salud del departamento de ese entonces, aceptó traerlo y empezó a tratarla con su protocolo propio pero el ortopedista estaba muy preocupado porque el brazo lo podía perder si no se amputaba la mano, pidió dejar constancia que él no se hacía responsable de lo que le ocurriera a la señora si la trataban con medicina tradicional, sin embargo, el antropólogo y la politóloga mediaron y en un diálogo de saberes con el ortopedista, hicieron comprender la importancia de darle atención con las dos medicinas, ya que ambas eran necesarias para poder salvar la mano de la señora, fue así como entre los dos lograron atenderla en la mañana el ortopedista con

su equipo de enfermos, y en las noches el médico tradicional, logrando un resultado incompresible, pero real, la señora Enriqueta no perdió su mano logró curarse con el tratamiento de ambos saberes, ella hoy sigue en la pedrera trabajando en la chagra". (Profesional de la Secretaría de Salud Departamental, Comunicación personal. Leticia, Amazonas 12 agosto de 2017).

Por otro lado, mientras se realizaban las atenciones de primer nivel, los actores de salud pública, realizaron sus actividades de manera ordenada según la agenda establecida con cada AATI y los EIC (equipos indígenas comunitarios) fueron de mucho apoyo en la coordinación porque se convirtieron en canales de comunicación con las familias indígenas. Se visitaron las casas para revisar temas de salud ambiental y prevención en ETV (enfermedades transmitidas por vectores), se realizaron visitas del equipo de salud mental para abordar la familia en temas de drogadicción, alcoholismo, suicidios, preservación cultural, entre otros, con el apoyo de los consejos de salud mental comunitarios creados con el modelo y que el manejo de éstos fenómenos contenía enfoque diferencial.

Los proyectos de salud pública de la SSD, a partir del modelo intercultural, construyeron sus planes operativos anuales, con base a lo concertado con los pueblos indígenas, en los que determinaron los componentes de salud que desarrollaron durante la implementación: Educación, medicina tradicional, tuberculosis, el cuidado en la alimentación y desarrollo del niño, salud sexual propia, salud mental, salud oral, enfermedades transmitidas por vectores (ETV), enfermedades crónicas, incluyendo componentes de otros ejes programáticos como el sistema de referencia y contra-referencia y aseguramiento.

4.8. Lecciones aprendidas

El modelo dejó como enseñanza que cuando se va a emprender un proyecto o iniciativa vinculante y con incidencia e inclusión de varios actores, se debe pensar en crear mecanismos, formas, estrategias que institucionalicen procesos que permitan su sostenibilidad en el tiempo y que genere planes de mejoramiento continuos para la calidad del mismo.

4.8.1. Que se debe seguir haciendo:

Se debe propender por la vinculación de profesionales indígenas u originarios del territorio, que fortalezcan los perfiles y la pertinencia territorial, así como la identidad cultural de los equipos. Igualmente, se debe generar fortalecimiento de capacidades al personal de salud que no cuentan con experiencia al servicio de poblaciones indígenas dispersas. Con esta experiencia los profesionales que ingresan a los territorios indígenas para diseñar e implementar procesos y políticas de salud diferencial desde el gobierno departamental, generan legitimidad y confianza en el proceso, porque son originarios del territorio, conocen y respetan la cultura y el saber ancestral, por lo tanto, son especialistas de procesos de políticas públicas territoriales con enfoque humano.

El tener profesionales de la salud que no fueron entrenados para abordar población indígena hizo muchas veces que el proceso fuera más lento, sin embargo, al respecto se dieron inducciones de contexto amazónico que les facilitaron herramientas al profesional de salud que llegaba a prestar sus servicios al departamento.

Se debe continuar con el proceso de fortalecimiento de capacidades a las entidades locales, particularmente al hospital y a la secretaría de salud, desde el nivel nacional de Supersalud, con un recurso humano capacitado y con capacidad de negociación política, con capacidad de diálogo y mediación con las comunidades, la experiencia demostró que se ganó legitimidad, confianza y credibilidad. Con esta experiencia dicho proceso de fortalecimiento estaba fundamentado en principios y lineamientos técnicos, que permitieron consolidar al Hospital como el ejecutor del modelo logrando mejorar su situación financiera, social y cultural.

Se debe continuar con aspectos de legitimidad del proceso. En la experiencia una lección aprendida positiva fue que se logró un proceso de sensibilización al personal del salud del hospital y personal de la secretaría de salud, al ICBF, sobre la apropiación cultural y enfoque diferencial y territorial a la salud, la necesidad de atender oportunamente a las poblaciones que venían presentando casos graves de salud pública, la importancia de vincular a las autoridades ancestrales, sabedores,

parteras, médicos tradicionales en esta experiencia para que el interés se propagara y generar la credibilidad y confianza que resultó.

Instancia como el Servicio a la Comunidad (SAC) que tenía como finalidad mediar entre las EPS y las poblaciones indígenas que tenían represadas autorizaciones de referencia y contrareferencia, inconvenientes en el suministro de medicamentos, entre otros conflictos que se presentaban durante la implementación para su resolución, es pertinente en territorios dispersos y con grandes diferencias culturales porque fue representativo y exitoso en el desarrollo de sus funciones además, contaba con una comunicación y apoyo directo del Ministerio de Salud, Supersalud, Procuraduría Regional y Defensoría.

Por otro lado, se debe fortalecer con capacidades institucionales la instancia que tenga la competencia de agrupar los proyectos de salud pública, tales como: salud sexual reproductiva, nutrición, seguridad alimentaria, seguridad ambiental, AIEPI, atención integrada de enfermedades prevalentes de la infancia, enfermedades transmitidas por vectores, laboratorio de salud pública, enfermedades crónicas, epidemiología, vacunación, salud mental, entre otros, con el fin de ejercer un liderazgo dentro de las secretarías de salud para la mediación entre las autoridades tradicionales indígenas y la entidad territorial, que, además cuente con la experticia de acoger a los otros tres (3) ejes programáticos como columnas vertebrales del sistema de salud que son aseguramiento, inspección vigilancia y control y prestación de servicios.

Con esta experiencia se fortaleció la oficina de Gestión Integral en Salud Pública GISP de la SSD, que como coordinación general de la implementación de la experiencia fue quién recogió la necesidad de los territorios y la transformó en una propuesta estructurada con apoyo de las mismas comunidades indígenas y actores del sistema de salud occidental, que fuera viable financieramente y dentro del marco jurídico del SSSSG, pero sobre todo porque lideró un proceso de gobernanza legitimada por los territorios. Tuvo la experticia de reunir los requerimientos de los tres ejes programáticos y ser mediador de procesos de consenso para la creación

de planes de acción por cada asociación indígena, basados en los preceptos del plan de desarrollo del departamento y planes de vida de cada territorio indígena.

“Estamos satisfechos, eso es lo que estábamos esperando después de 20 años de lucha”.
(Comunidad de Arara. Asamblea general).

La estrategia extramural es el único mecanismo que garantiza acceso, oportunidad y garantía de la atención y prestación de los servicios de salud para población en situación de dispersión geográfica. (Se anexa resultado de cobertura y financiero Hospital San Rafael de Leticia).

Los programas de salud pública en temas de promoción y prevención tienen mayor acogida y la gente se empodera con mayor facilidad cuando son respetados en su dimensión territorial, política, económica y cultural, facilitando la aceptación y práctica de nuevas acciones de prevención y curación. Con esta experiencia se logró determinar la importancia de la sinergia que debe darse con las demás entidades como el ICBF, las Fuerzas Militares y el Gobierno Nacional para llegar a estos territorios con programas conjuntos de prevención y promoción, sólidos y continuos.

“Nunca nos habían tratado con tanta dedicación y alegría, yo le agradezco a la doctora Patricia Mooré la secretaria de salud, de haber traído a estos dos muchachos a que nos escucharan y saber cómo queremos ser atendidos, vinieron preguntaron y luego nos trajeron lo que les pedimos, la doctora ya murió pero Dios le tiene un espacio en ese cielo”. (Gestor cultural indígena, Pedrera, Amazonas, Diciembre de 2017).

La definición de los planes, estrategias, proyectos y acciones, deben hacerse de forma concertada con cada una de las asociaciones, para reconocer e incorporar la lógica diferencial existente dentro de la interculturalidad. Con esta experiencia al abordar los temas de salud indígena, bajo un plan de acción con cada una de las 14 asociaciones indígenas del departamento, generaron sentimientos de confianza, entusiasmo, apoyo y credibilidad institucional.

La definición de los planes de intervenciones en prevención y promoción intercultural debe considerar los referentes de representación simbólica, lingüística, saberes e insumos propios. Las campañas, publicidad, deben basarse en dichas cosmovisiones. Por ejemplo, al momento de implementar la experiencia se lograron

desarrollar diversos programas con enfoque diferencial que las comunidades apropiaron e institucionalizaron de manera intangible pero simbólica socioculturalmente. Estas fueron las estrategias: AIEPI Infancia, titulado como ASAI, Atención en Salud Indígena para la Infancia, desarrollo de las 17 prácticas claves adaptado a los usos y prácticas culturales, Ruta de atención para la tuberculosis y Construcción de indicadores propios para medir la seguridad alimentaria desde el enfoque propio.

Se debe promover la institucionalización sociocultural, que consiste en la apropiación de los componentes sagrados del territorio, así como sus autoridades ancestrales, los líderes indígenas, sabedores, en el que la participación de sus actores propios tengan una vinculación real de principio a fin de cualquier proceso de salud dirigido a estas poblaciones, ya que en el colectivo imaginario, que es tan importante, se fortalezcan las capacidades de estos territorios y su conservación cultural.

Con esta experiencia se involucraron a las autoridades ancestrales, abuelos sabedores, médicos tradicionales, parteras, intérpretes de lengua, líderes indígenas, que generaron total agrado y disposición de trabajo comunitario al interior de los territorios indígenas del departamento, quienes reciben de manera positiva esta articulación de pensamientos y prácticas lo que ha permitido la aceptación de nuevos comportamientos y actitudes frente a la realización del trabajo, el desempeño de las funciones o la prestación de los servicios de los actores occidentales.

“La comunidad, quedó satisfecha con los servicios prestados por el equipo y las demás actividades realizadas durante los días de trabajo” (Abuelo Sabedor. Comunidad Mue, Chorrera, Amazonas. Agosto 2017).

4.8.2. Que se debe mejorar:

No se planearon mecanismos de control e institucionalización que permitieran la sostenibilidad financiera y política del modelo en los diferentes territorios. Es decir, la falla fue el desconocimiento del proceso y no seguir el proceso relacionado con la obligatoriedad de la consulta previa, por ejemplo. No se siguió el proceso de institucionalización formal acorde con los marcos legales o institucionales vigentes.

“El ejercicio en algún momento fracasó en la medida en que pues las concertaciones adelantadas y todos los acercamientos llegaron a la asamblea departamental para volverse una ordenanza pero pues no tenía la consulta previa que estos procesos requieren y el fracasó fue básicamente desde lo legal más no desde lo antropológico y de lo cultural que quedó un ejercicio académico buenísimo”. (Gerente Eps Indígena Mallamas. Comunicación personal, Leticia, Amazonas, Octubre de 2017).

El proceso de fortalecimiento de capacidades no debe ser un evento contingente, sino que debe ser un proceso sostenido en el tiempo. En la experiencia se dieron fallas en el proceso de institucionalización a nivel organizacional y a nivel político. Falló porque este fortalecimiento fue un plan de contingencia, era sólo mientras se daba una oportunidad al hospital de salir de la crisis financiera y como ya se logró mejorar la situación financiera, se creyó que ya iba a continuar así, pero no se contó con que no había ningún instrumento jurídico que soportara este nuevo proceso del hospital, se cambió el personal, llegó un gerente nuevo al hospital y a la secretaría de salud, con distintas formas de entender la salud y como no había obligatoriedad ni institucionalización todo cambió.

No se debe permitir que la elección o nombramiento de gerentes de hospitales, a pesar que ser un proceso meritocrático, en la práctica sea el clientelismo político lo que prime. “En el año 2012 llegó un nuevo gerente que no le dio continuidad al proceso, llevándolo otra vez a la crisis”. (Coordinadora salud pública Hospital San Rafael, Leticia, Amazonas, Noviembre de 2017).

4.8.3. Que no puede volver a ocurrir:

No se debe promover, ni fortalecer procesos/modelos/programas a costa del detrimento de otros procesos/modelos/programas que sean esenciales en el mandato y la misión que debe cumplir la entidad.

Se descuidaron los equipos intramurales, para fortalecer los equipos extra murales durante la ejecución del piloto, los centros de salud de los territorios no se intervinieron adecuadamente, la dotación, el equipamiento, los insumos, la infraestructura, el personal no era suficiente y permanente, la implementación del piloto mejoro un poco las condiciones, pero no fue sostenible ni permanente.

No se planteó un sistema de seguimiento y monitoreo del modelo, que permitiera analizar impactos a futuro. En la experiencia, no se contó con un seguimiento, monitoreo, reporte, registro y evaluación de cada etapa del proceso de implementación, las actividades se ejecutaron como se planearon por un periodo de tiempo determinado (Gobierno Departamental 2009-2011), no se consolidó un plan que fuera sostenible. En el afán de dar respuesta se logró un “plan de contingencia” que si bien fue exitoso, no logró continuar, abandonando importantes resultados ya alcanzados en materia de legitimidad, reivindicación gubernamental, redes de trabajo coordinados, pero sobretodo la calidad de la salud, oportunidad y acceso para los territorios.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Consideraciones finales

Existe un nuevo escenario político para el departamento, nuevos actores en el gobierno tratando de impulsar estrategias diferenciadas, ya existe una experiencia exitosa y hay una necesidad sentida y colectiva desde los territorios indígenas por volver a fortalecer el modelo a la luz de las nuevas políticas de salud del país. Los actores involucrados no tienen otro camino que el de conducir sus actividades enfocadas hacia las necesidades reales del territorio, su contexto y su historia, hoy las organizaciones y asociaciones indígenas tienen claro la forma que quieren ser intervenidas en materia de atención y prestación de los servicios de salud y reconocen el MIAS, SISPI dentro de los objetivos del modelo intercultural ya vivido.

El proceso de implementación del modelo fue la respuesta de una entidad pública que tomó el liderazgo y presentó soluciones a las problemáticas de esa época, para realizar un cambio entre los diferentes actores público y privados se requiere nuevamente el liderazgo de la entidad gubernamental, con el fin de mejorar contundentemente y rescatar nuevamente de la crisis en la que se encuentra la prestación de los servicios en las poblaciones indígenas del departamento.

La generación de una movilización de acciones colectivas consagradas ya previamente en el documento de acuerdo en la MPCCI permitió el éxito de la experiencia.

Al momento de iniciar esta investigación, se despertó esperanza, interés, el sentir de los pueblos indígenas del departamento para recapitular lo vivido y de ese modo hoy en día estructurar nuevamente modelos interculturales de atención en el cual la Gobernación de Amazonas solicitó a los territorios indígenas formular una propuesta desde los planteamientos del MIAS y en el marco del SISPI, un modelo viable y sostenible que en el trapezio amazónico avanza fuertemente.

5.2. Recomendaciones

Se deben adaptar estrategias de trabajo integrado para reducir costos, gestiones administrativas y tiempos. La contratación de especialistas tales como cardiólogo, urólogo, dermatología, otorrinolaringólogo y oftalmólogo, incrementan el costo de contratación en servicios por evento, pero con el modelo intercultural de ese entonces, dicha contratación también ofreció la disminución de costos para los contratos capitados, pues se aprovechó la presencia del profesional en el Departamento, disminuyendo gastos de consulta, desplazamiento y alojamiento, etc.

Se debe permitir una gestión integral de las formas de garantizar la salud vista desde occidente, articulada con elementos sagrados y propios de las poblaciones indígenas del departamento concertadas desde el inicio hasta el fin con los actores del territorio.

Es decir, que todo lo que hasta ahora se ha propuesto debe estar integrados en un solo escenario de acuerdo político y arreglo institucional y es el aprovechamiento de la MPCl que está institucionalizada y cuenta con la presencia de los entes de control, por lo que es un solo escenario abierto y de discusión de procesos de salud indígena, para lo cual es determinante que sea un solo equipo que se encargue de hacer seguimiento a los compromisos que se firman en acta, actuar a tiempo para corresponder con los castigos en caso de incumplimientos e impartir recomendaciones a las que haya lugar, con un elemento muy significativo, el papel de liderazgo y gobernanza que establecerá el ente gubernamental. Esto es porque existe un enlace de intercambio en un tipo de arreglos informales que concuerda

con la experiencia del modelo intercultural que es de tipo sistema que es jerárquico y que funciona.

Por lo anterior, se deben establecer los límites que tendrá la intervención de los actores del sistema, la primera es que no se pueden cambiar las reglas durante el proceso de implementación del MIAS basado en la experiencia del Modelo. Para ello se definen concertadamente y con responsabilidad los roles, derechos y deberes de cada uno de los actores y se escribe en el acuerdo firmado en la MPCCI con copia a la defensoría, procuraduría, Consejos de política social departamental para ser garantes.

5.3. Propuesta de arreglo institucional

Para el arreglo institucional, se considera determinante la existencia de un actor que ejerza el liderazgo del arreglo, con capacidad de mediación y con la capacidad de promover y dar capacidad a los demás actores del proceso. Este actor debe cumplir un papel de orientador y facilitador en procesos como la implementación del MIAS, así como los RIAS, que pueda articular estos lineamientos con aspectos relacionados con el SISPI que se encuentren unificados y consolidados en la operación de un modelo de salud propio. En esta experiencia, el liderazgo lo ejerció un actor gubernamental que era vinculante de otros actores y actuaciones, fue la secretaría de salud departamental, quién tuvo la función de una coordinación que tomó el control para ejercer el arreglo institucional.

De este modo se propone un arreglo en el que se debe definir una ruta de institucionalización en cuatro (4) escenarios: Escenario de institucionalización normativa formal, Institucionalización organizacional, Institucionalización sociocultural e Institucionalización política.

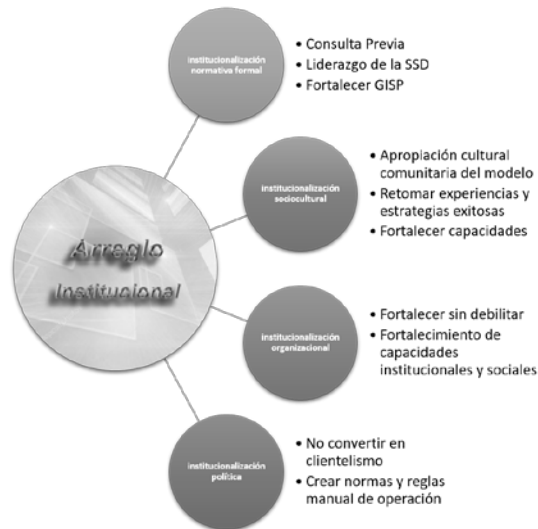


GRÁFICO 5, ARREGLOS INSTITUCIONALES

Fuente: Elaboración propia 2018

El proceso para la institucionalización normativa formal: Se requiere la preparación del proceso de consulta previa para lograr un avance en la institucionalización desde lo formal legal del modelo de atención intercultural, para ello se requiere que la Secretaría de salud departamental tome el liderazgo y conforme un equipo interdisciplinario para adelantar procesos administrativos que cuenten con el acompañamiento formal del ministerio del interior.



GRÁFICO 6, INSTITUCIONALIZACION NORMATIVA FORMAL

Fuente: Elaboración propia 2018

Durante la formulación del plan de desarrollo departamental actual se deben armonizar políticas nacionales con los procesos territoriales, específicamente la que consagra la ley estatutaria 1751 de 2015, correspondiente a la política de atención integral en salud PAIS, el plan de desarrollo departamental en el que se integre el capítulo de salud indígena de acuerdo a los lineamientos nacionales del MIAS (Modelos integrales de atención en salud), los RIAS (Rutas integrales de atención en salud) que apunten hacia el fortalecimiento de la salud propia de los pueblos

indígenas del departamento del Amazonas, con base a los postulados del sistema indígena de salud propia e intercultural SISPI.

En este capítulo, es importante que no se caiga en el error de confundir procesos, el SISPI es el sistema y lo componen unos modelos de salud que dependerán del contexto al que se aplique, el SISPI se está construyendo y se ubica después de la política PAÍS, como independiente del MIAS, que es de obligatorio cumplimiento. En la realidad territorial éstos deberán converger bajo un mismo proyecto de dirección de la salud indígena, la responsabilidad está en los delegados indígenas que representan a las comunidades indígenas en las instancias como la ONIC (Organización Nacional Indígena) y la OPIAC (Organización nacional de los pueblos indígenas de la Amazonía colombiana) para que el debate que se genera en el nivel de las bases sociales llegue directa y sin distracción alguna a la mesa nacional de concertación. Para ello, se requiere con carácter urgente que se defina un equipo integrado por autoridades tradicionales indígenas, representantes legales de las asociaciones indígenas, curacas, líderes indígenas y autoridades locales del gobierno departamental y personal de salud occidental, que cuente con voto e incidencia en las decisiones del departamento y de la región para que sea esta instancia quien canalice y haga seguimiento de todos los desarrollos que se den en materia de salud territoriales hacia las instancias nacionales.

“El ministerio de la salud desde hace años atrás viene motivando y consolidando acercamiento con las organizaciones indígenas del país para el SISPI, ese Sispi plantea un tratamiento diferencial de la salud hacia las minorías étnicas donde están obviamente incluidas las negritudes, los ROM, ese ejercicio lleva aproximadamente unos 10 años y ha sido muy complicado de construir dada la diversidad étnica del país, diversidad cultural y la diversidad en la concepción que tiene cada grupo o cada etnia, cada sector del país y estas tipologías han dificultado porque las comunidades indígenas puedan ponerse de acuerdo frente a cosas fundamentales que es la promoción de la salud y la curación”. (Gerente proyecto de gestión integral en salud pública, GISP. Comunicación personal. Leticia, Amazonas, Agosto 2017).

“Hace muchos años recuerdo que el Ministerio de la salud, estaba perfilando el sistema de salud propio indígena desde el escenario de las comunidades del Cauca que son suficientemente organizadoras en su salud, pero que obviamente no refleja los intereses ni las formas de darse la salud de otras comunidades, por ejemplo, la del Amazonas. Ha tenido mucha resistencia la construcción del modelo y lo que se llegó a concluir que, si bien todos están de acuerdo en la creación y consolidación del SISPI, tiene que tenerse en cuenta de que dentro de ese sistema tienen que cohabitar y coexistir modelos diferenciales dependiendo del arraigo indígena que tenga. Eso quiere decir que el escenario Amazónico debe tener uno propio, el escenario putumayense otro, de la sierra nevada otro, los ingas otro, los caucas desde los naza, paeces y gumbianos otro, los pijao, en el Tolima otro, y a

raíz de esa construcción de modelos articularse dentro de un sistema. Que es lo que se ha tratado de fortalecer últimamente con el SISPI y que hoy en día ya va funcionando de mejor manera". (Presidente AATIS ACITAM. Comunicación personal, Macedonia, Amazonas, Septiembre de 2017).

El MIAS es un proyecto bandera del Ministerio de salud, y por lo tanto, una política pública que tiene que implementarse, asimismo, con la circular 011 de 2018, en el contexto territorial, se puede generar una oportunidad que puede aprovecharse para fortalecer coherente y pertinentemente los procesos de salud propia que el departamento ya viene adelantando en el marco de la mesa permanente de coordinación entre la Gobernación y los territorios indígenas.

Se requiere el uso de instrumentos de política pública para institucionalizar desde el ámbito normativo formal, tales como la inclusión del modelo intercultural en el plan territorial de salud PTS-Amazonas y en el ASIS (Análisis de la situación de salud) con enfoque diferencial y en el plan de gestión de la secretaría de salud departamental y municipal, y en el plan de gestión del hospital y de las EPS adscritas al proceso.

Otros instrumentos formales que se pueden aprovechar son: Caracterización de grupos de riesgos, Plan de intervenciones colectivas con enfoque intercultural. Incorporación del modelo en los planes de acción de las entidades participantes y proyectos y programas de la secretaría de salud incorporados en el plan de desarrollo.

Para esta función se propone que sea liderada por el proyecto de GISP de la secretaría de salud con un equipo de profesionales de las ciencias humanas con experiencia en proceso de concertación de políticas territoriales para poblaciones indígenas y dispersas.

El proceso para la institucionalización sociocultural, se postula de la siguiente manera:

- Se debe aprovechar que las comunidades indígenas mantienen la memoria de la experiencia que vivieron en forma colectiva y transmitida a los nuevos miembros en los territorios. Así como los actores del sistema de salud del departamento ven una oportunidad de generar el cambio y pensar en el

bienestar de las poblaciones indígenas. El reconocimiento de conciencia de la vocación del servicio humano en la salud por parte del personal de salud occidental.

- Fortalecimiento de capacidades institucionales y sociales: Se propone una estrategia importante de fortalecimiento de la oficina de Promoción social de la SSD, específicamente el SAC, para aprovecharla como instancia de resolución de conflictos que se encargará de realizar dos labores; apoyo en la celeridad de procesos del sistema de referencia y contra referencia así como la atención de las PQRS que tiene que ver con la operación del MIAS-Modelo Intercultural. El SAC Contará con personal idóneo y contará con la cooperación directa por cada zona de un representante indígena que será la voz delegada para apoyar el proceso de salud indígena y también la resolución de los conflictos.
- Fortalecimiento de capacidades del personal de salud.
- La secretaría de salud debe continuar contratando a los auxiliares indígenas de salud pública que cuentan con dos saberes legítimos que permiten que sus acciones al interior de los territorios se vean fortalecida en materia cultural y desde la asistencia clínica sanitaria occidental y comunitaria. A estos actores territoriales se les debe capacitar constantemente y fortalecer con insumos y herramientas para mejorar su labor.

Interculturalidad Positiva: Cuando se considera la diversidad cultural como un factor de riqueza de cualquier sociedad y se benefician las relaciones entre culturas y la interacción se torna respetuosa de la diferencia y logra ser óptima cuando se trata bajo un plano de igualdad y sin imposiciones de una cultura sobre otra. En el caso de la experiencia, se generó un proceso de diálogo y legitimación de saberes, en el que los dos pensamientos se consideraron igual de valiosos y necesarios para el desarrollo efectivo de la salud indígena. Se facilitaron la incorporación y la inserción social de las poblaciones indígenas en los procesos de atención desde occidente, una articulación basada siempre en el respeto y no en la imposición.

El proceso para la institucionalización organizacional: Se requiere la creación de manuales de procedimientos como proceso propio de cada actor, en este caso,

para la secretaría de salud y sus proyectos de salud pública y sus ejes programáticos específicamente el de prestación de servicios, en el que se asignan recursos del SGP salud pública para el plan de intervenciones colectivas por ejemplo, recursos financieros de atención de I, II y III nivel para la población indígena vinculada, en el que los recursos son definidos y son claros en el manual, así como la asignación de recursos humanos para el desarrollo del proceso para la implementación del modelo.

La creación de un manual de operación del modelo dentro del hospital y dentro de la secretaría de salud, con una asignación de recursos de capital humano y financieros que quede consignado en el manual de procesos de cada entidad.

Una de las fallas de institucionalización organizacional fue la ausencia de mecanismos de control para el seguimiento de los procesos, un sistema de monitoreo de registro y estadística de los avances y alertas para realizar planes de mejora del mismo, se hace indispensable.

Igualmente, una de las fallas también fue en el proceso de fortalecimiento de capacidades que no fue constante, por lo tanto, se requiere innovación y sostenibilidad en el tiempo. Para este aspecto las entidades como la secretaría de salud, las Eps y el hospital deberán contar con procesos de fortalecimiento del recurso humano, así como en temas de desarrollo administrativo a través de gobernanza, gestión de apoyo, asesorías, capacitación, estudios e investigaciones, elaboración de instrumentos, financiamiento e incentivos, mecanismos de coordinación asistencial, instrumentos de evaluación continua, realización de eventos de difusión y seguimiento a las entidades para minimizar las fallas en la implementación de las políticas públicas en temas propios como gerencia pública, humanización de procesos de salud, democratización de la administración pública, sistemas integrados de gestión y control, buen gobierno, vocación por el servicio, racionalización de trámites, procesos y procedimientos, sistemas de información dispuestos para administrar la información propia de las políticas.

Se propone el uso de mecanismos institucionales para fortalecer la institucionalización organizacional estos serían:

1. Equipos multidisciplinarios
2. Gestión de casos de salud indígena por corregimiento coordinado con su respectiva autoridad y asociación indígena.
3. Planeación estratégica que cuente con un manual de procesos que establezca la asignación de recursos financieros y humanos.
4. Evaluación de desempeños compartidos.
5. Definición de funciones y responsabilidades de cada componente de la red que se establece como parte del continuo de prestación de servicios de salud.
6. Inclusión en instancias creadas para que el personal de salud y los usuarios de la gobernanza propuesta, puedan tener participación óptima.
7. Establecer diseños organizacionales matriciales, es decir enfocada a funciones y proyectos. Es decir, que se basa en una estructura organizacional que divide la autoridad, tanto por área funcional y por proyecto. En una estructura de matriz, cada uno de los empleados responde a dos supervisores inmediatos: un supervisor funcional y un supervisor del proyecto.
8. Creación de centrales o dependencias que regulen el proceso al interior de cada entidad.
9. Creación de equipos de asistencia social en cada entidad para la coordinación intersectorial.

El proceso para la institucionalización política: Se refiere a la institucionalización de la acción política dirigido hacia la institucionalización de instituciones que es el Estado. En el que se debe generar tanto una regulación y continuidad de procesos y gestión pública de transparencia, lo política se institucionaliza cuando se organizan en instituciones, *entes organizacionales colectivos e impersonales sujetos a normas, a procedimientos y a protocolos estables y conocidos, que perduran en el tiempo más allá de los individuos que las integran, porque finalmente, dicha institucionalización debe responder a:* Considerar a las instituciones del poder y del Estado como recursos para promover y fortalecer sus propias agendas y aspiraciones, para trasladar las demandas ciudadanas al plano de las políticas públicas. (Rodríguez, 2018) , considerar en las decisiones y acciones políticas unos

patrones morales *que proporcionen un escenario para guiar la acción humana* en política.

Dichos procesos de meritocracia, por ejemplo, en instancia de deliberación y decisión de políticas públicas en salud como es la elección del gerente del hospital en el que la junta del Hospital surte un proceso de elección bajo meritocracia y no bajo el clientelismo político que muchas veces es lo que prevalece.

“No se debe permitir que la elección o nombramiento de gerentes de hospitales, a pesar que ser un proceso meritocrático, en la práctica sea el clientelismo político lo que prime. “En el año 2012 llegó un nuevo gerente que no le dio continuidad al proceso, llevándolo otra vez a la crisis”. (Ex coordinadora salud pública Hospital San Rafael, Leticia, Amazonas, Noviembre de 2017).

Ruta para la implementación del modelo bajo los lineamientos obligatorios del MIAS y RIAS.

Adaptación con base en la metodología contenida en la resolución de los RIAS y lineamientos del ministerio, con interés en adecuación del enfoque diferencial (SISPI) y armonización de políticas MIAS, se generan 5 procesos que permiten consolidar el arreglo institucional:

Proceso 1 alistamiento y adecuación organizacional

PASOS	MOMENTOS	ACTIVIDADES
PLANEACIÓN PARA LA IMPLEMENTACIÓN	CONFORMACIÓN DEL EQUIPO TERRITORIAL	A cargo de Equipo GISP-SSD: Conformar equipos sectoriales e intersectoriales para la adopción, adaptación e implementación. Definición por mesas sectoriales de trabajo las reglas de operación a cargo del Equipo GISP-SSD
	DESARROLLO DE CAPACIDADES AL TALENTO HUMANO SECTORIAL	Progresiva socialización al talento humano que gestiona y presta las intervenciones y procedimientos de forma coordinada entre los actores conforme a los acuerdos para implementación. Lógica centrada en poblaciones indígenas y dispersas geográficamente. Comprende: Reconocimiento de las competencias y la forma de participación de cada agente del sistema en el desarrollo del modelo de atención. Definición y fortalecimiento de los mecanismos de coordinación y mecanismos de control.

TABLA 6, ADAPTACION ALISTAMIENTO Y ADECUACIÓN

Proceso 2 Apropiación del modelo

PASOS	MOMENTOS	ACTIVIDADES
ESTANDARIZACIÓN DE CRITERIOS METODOLÓGICOS	REVISIÓN DE LAS REGLAS ESTABLECIDAS	Apropiar marco normativo (Ley 1751 de 2015, Resolución 429 de 2016, Resolución 3202 de 2016, Resolución 1441 de 2016, Resolución 1536 de 2015, Resolución 518 de 2015, entre otros). Apropiar Modelo Integral de Atención en Salud y demás documentos de orientación conceptual, metodológica y operativa emanados por el Ministerio de salud y la protección social MSPS. A cargo de GISP-SSD. Liderar proceso de apropiación del modelo para ellos se debe conformar el equipo territorial (conformar grupos de estudio, eventos de socialización, talleres, entre otros). Creación de otro equipo que liderará este proceso al interior de los territorios indígenas, en la gestión gubernamental, en la EPS-Mallamas y en el Hospital. Identificar las acciones que cada proyecto o entidad debe transformar para mejorar en relación con transformaciones en organización funcional, capacitación de talento humano,

		manuales de procedimientos y/o manuales de gestión internos, con asignación clara de funciones dentro de la operación del modelo y asignación de recursos financieros.
	RECONOCIMIENTO DE ENFOQUES Y SUS IMPLICACIONES EN EL MODELO	Facilitar la apropiación del enfoque diferencial, familiar y comunitario en el desarrollo de los programas y proyectos de promoción y prevención, PIC y acciones acordadas con los territorios indígenas. Reconocer los contenidos diferenciales y técnicos de las intervenciones del modelo, con el fin de facilitar su comprensión e implementación en los territorios.
PRIORIZACION DE COMPONENTES A IMPLEMENTAR	IDENTIFICACIÓN Y PRIORIZACIÓN DE LAS INTERVENCIONES EN SALUD ACORDE A PRIORIDADES DE LA SITUACIÓN DE SALUD DEL TERRITORIO	Rutas de atención en alto a la tuberculosis Plan de acción para fortalecer la seguridad y soberanía alimentaria Plan de acción para fortalecer programas de salud mental e instancias como los consejos de salud mental comunitarios. Plan de Atención en salud indígena ASAI-para la infancia y abordaje de las familias (prácticas clave) Atención a los Perfiles epidemiológicos culturales por cada AATI
ARMONIZACION PROGRAMÁTICA	ALINEACIÓN DE RESULTADOS O METAS SANITARIAS DEL PST CON LOS RESULTADOS DE LAS INTERVENCIONES DEL MODELO	Alinear las metas sanitarias del PST vigente con los resultados en salud de impacto e intermedios planteados en el modelo. Identificar las intervenciones en poblaciones indígenas definidas actualmente en el PST que le aportan a los resultados en salud prioritarios para el territorio y cuál ha sido su contribución a los mismos en caso de contar con seguimiento y evaluación de las mismas.
	ARMONIZACIÓN DE RESULTADOS A ALCANZAR Y DE INTERVENCIONES A LAS POBLACIONES INDÍGENAS.	Definir los ajustes requeridos en las intervenciones colectivas indígenas del modelo de forma que sean complementarias a las intervenciones individuales y colectivas de las RIAS y en el caso del PIC departamental complementario y concurrente al de los municipios. En el caso de las intervenciones colectivas de manera que se transite a intervenciones integrales por entorno. Incorporar los ajustes del modelo en el plan de acción en salud anual

TABLA 7, ADAPTACION APROPIACION DEL MODELO

Proceso 3 barreras y facilitadores

PASOS	MOMENTOS	ACTIVIDADES
IDENTIFICACIÓN DE BARRERAS Y FACILITADORES	ANÁLISIS DEL CONTEXTO	Definición de rutas para la definición de los escenarios de institucionalización normativa, política, sociocultural y organizacional. Que establezca marco normativo y de política, voluntad política, Disponibilidad de recursos regulares y de otros Definición de las problemáticas y situaciones particulares del territorio (conflicto) Dinámicas de organización social
	ANÁLISIS ORGANIZACIONAL	Definición de la Arquitectura institucional Cultura organizacional Rectoría sanitaria Liderazgo y efectividad Mecanismos de seguimiento, evaluación y control Flujo de recursos financieros
	ANÁLISIS DE LAS PERSONAS	Actitud al cambio Humanización Trabajo en equipo Satisfacción con los servicios
	ANÁLISIS GLOBAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN	Análisis de la implementación del Modelo dentro de los lineamientos del MIAS-RIAS en relación con el tipo de ámbito territorial y condiciones de accesibilidad a los territorios. Análisis de la disponibilidad de oferta de servicios, promoción y mantenimiento de la salud con enfoque diferencial. Análisis de perfiles y competencias del talento humano para la operación en el Territorio del modelo Análisis de los actores y sectores con oferta de planes, programas, proyectos, entre otros, que incidan sobre la Atención Integral en Salud en el Territorio Análisis de los requerimientos y procesos del sistema de información frente al modelo. Análisis de las fuentes de financiamiento del modelo para las acciones de promoción, prestación y mantenimiento de la salud. Análisis de los mecanismos de contratación para el modelo Análisis de los Hitos Análisis de los resultados esperados

TABLA 8, ADAPTACION BARRERAS Y FACILITADORES

Proceso 4 Implementación

PASOS	MOMENTOS	ACTIVIDADES
GESTION ESTRATEGICA PARA LA IMPLEMENTACION	ACUERDOS Y ELABORACION DEL PLAN DE IMPLEMENTACION	Generar los acuerdos requeridos para la implementación del modelo entre los actores acorde al análisis de barreras y facilitadores

	ACUERDOS PARA LA ADAPTABILIDAD	<p>Elaborar el plan para la implementación del modelo que concreta dichos acuerdos</p> <p>Organizar la gestión y la prestación en una lógica centrada en las personas de los territorios indígenas, su cosmovisión y prácticas.</p> <p>Implementar las adaptaciones y arreglos acordados</p> <p>Elaborar el plan para la implementación del modelo que concreta dichos acuerdos</p>
	ACUERDOS SECTORIALES PARA LA GESTIÓN DE LAS BARRERAS	<p>Participar en la elaboración del plan de implementación a partir de los compromisos que hagan posible la implementación de los modelos.</p> <p>Participar en el seguimiento y evaluación de la implementación del modelo mediante la entrega oportuna de la información contemplada en el sistema de monitoreo y evaluación así como en los espacios de análisis, una vez este en implementación en sistema.</p> <p>Mecanismos de control instaurados para el seguimiento de la misma.</p>
	ACUERDOS INTERSECTORIALES	<p>Reconocer las políticas, programas, planes, proyectos, estrategias, intervenciones, de responsabilidad de otros sectores que afecten la salud de la población en el territorio (discriminando por sector afectaciones positivas y negativas a la salud).</p> <p>Identificar intereses, influencias y posiciones de los actores intersectoriales en relación con la promoción de la salud.</p> <p>Identificar actores que pueden actuar como socios estratégicos para el logro de los resultados en salud.</p> <p>Realizar abogacía con los tomadores de decisiones para realizar convocatoria y concertación con los sectores que puedan incidir sobre la salud y calidad de vida del territorio.</p> <p>Establecer alianzas estratégicas con otros sectores para el logro de los resultados en salud.</p> <p>Participar en la evaluación y seguimiento de compromisos intersectoriales.</p>

TABLA 9, ADAPTACIÓN IMPLEMENTACIÓN

Proceso 5 Operación

PASOS	MOMENTOS	ACTIVIDADES
GESTION OPERATIVA	ACUERDOS Y ELABORACION DEL PLAN DE IMPLEMENTACION	<p>Carta de navegación para los actores para las rutas a implementar</p> <p>Plantear la cadena de valor. Productos y acciones acordadas relacionadas con los recursos y procesos requeridos y complementariedad para la implementación del modelo.</p> <p>Definir responsabilidades según competencia y tiempos para la progresividad en la implementación.</p> <p>Contemplar los indicadores para hacer seguimiento a lo acordado.</p>
	ORGANIZACIÓN DE LA GESTION Y PRESTACION CENTRADA EN LAS COMUNIDADES INDÍGENAS.	<p>Organización de la red de prestación de servicios (prestador primario y complementario) y modalidades de prestación garantizando la accesibilidad, suficiencia, calidad para las intervenciones y procedimientos de las RIAS teniendo en cuenta los ámbitos territoriales.</p> <p>Implementar las intervenciones de forma complementaria.</p> <p>Adecuar la arquitectura institucional (estructura, recursos y procesos) para gestionar la implementación del modelo en el marco del MIAS-RIAS.</p>
	PERTINENCIA DE LAS INTERVENCIONES	<p>Inclusión/Exclusión de intervenciones o actividades</p> <p>Objetivo/Alcance</p> <p>Especialmente en comunidades con cosmovisiones propias como es el caso</p>
	OFERTA PARA ENTREGA DE LAS INTERVENCIONES	<p>Modalidad de prestación</p> <p>Infraestructura y dotación</p> <p>Estrategias diferenciales en organización y funcionamiento</p> <p>Inclusión de agentes o actividades de sistemas o prácticas propias en la oferta: interpretes, participación de parteras, médicos tradicionales</p>
	ADOPCIÓN Y ADAPTACION	<p>Implementar las acciones acordadas para la adecuación sociocultural y técnica de las intervenciones del modelo en el departamento acorde al plan de implementación territorial elaborado.</p> <p>Realizar seguimiento a las adaptaciones realizadas a las intervenciones de cada una de las actividades y acciones de las entidades participantes.</p>
	MECANISMOS DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN	<p>Sistema de información en cada entidad (específicamente Hospital, EPS-Mallamas, SSD-Proyectos)</p> <p>Inclusión de indicadores nuevos según resultados acordados.</p>

TABLA 10, ADAPTACIÓN OPERACIÓN

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUILAR, Luis. 2015. Book review: Osborne, Stephen. 2010. *The New Public Governance? Emerging perspectives on the theory and practice of public governance*. Edited by Stephen P. Osborne. Routledge, New York. 2010. En línea.
- Albó X. 2004. Interculturalidad y salud. En: Fernández, G. *Salud e interculturalidad en América latina. Perspectivas Antropológicas*. Quito. Ed. Abya -Yala. En: Pérez-Gil, SE.
- ANSELL, Chris (2012). "*Collaborative governance*". En: David Levi-Faur. *The Oxford Handbook of Governance*. Oxford: Oxford University Press, pp. 498-511.
- Ayala. Espino, José. *Mercado, Elección Pública e Instituciones. Una revisión de las teorías modernas del Estado*, México, UNAM, 1996
- Ayala. Espino. *Instituciones y economía. Una introducción al Neoinstitucionalismo económico*. Fondo de Cultura Económica. México, 1999, pag.397. http://dev.lanic.utexas.edu/project/etext/colson/22/22_r2.pdf
- BARZELAY, Michael. *La nueva gestión pública*. México, Fondo de Cultura Económica, 2003. 172 P.
- Bourdieu, P. 2011. *Las estrategias de reproducción social*. Siglo XXI.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). *Salud materno infantil de pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina: una relectura desde el enfoque de derechos*. Naciones Unidas, octubre de 2010. Santiago de Chile. Obtenido de: <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/8/41668/LCW346.pdf>
- CORRALES, Javier, (2017) [en línea], *¿Puede Trump repuntar?*, The New York Times en Español, edición web del 25 de Junio de 2017, disponible en: <https://www.nytimes.com/es/2017/06/25/puede-trump-repuntar/?action=click&clickSource=inicio&contentPlacement=2&module=toppers®ion=rank&pgtype=Homepage> [Consultado el 25 de junio de 2017]

- Echeverri, J. A. 2004. Territorio como cuerpo y Territorio como Naturaleza ¿Diálogo Intercultural?. En Surrallés, A. y García, P. (eds). Tierra adentro: Territorio indígena y percepción del territorio.
- Elster. Jon, Rune. Slagstad: Constitutionalism and Democracy. Fondo de Cultura Económica. México D.F. DR.1999
- GALLICCHIO, Enrique (2010). “El desarrollo local: ¿territorializar políticas o generar políticas territoriales? Reflexiones desde la práctica”. En: Eutopia, No. 1 (Octubre de 2010), pp. 11-23.
- GIDDENS, Anthony. TURNER, Jonathan. ALBORÉS Rey. “La teoría social, hoy”. Madrid, España : Alianza, 1987 (2001). Pág. 537
- (GIDDENS & TURNER, 2001)GUTIÉRREZ, Francisco, (2007), ¿Lo que el viento se llevó? Los partidos políticos y la democracia en Colombia 1958 - 2002. Capítulo 3: Las aporías de la modernización desde los partidos políticos (pp.123 - 167), capítulo 4: La gallera política: el oficialismo y sus mañas (pp. 169 - 210).
- Herrera, E. Alzate, M. 2008. Creencias y Prácticas en el cuidado de la salud. Avances en Enfermería, Vol XXVI. No. 1, Enero – Junio 2008, pag. 112-123. <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/7/3396/5.pdf>
- Informes Secretaría de Salud Programa GISP 2010 – 2011
- Informes de las Asociaciones indígenas 2010 – 2011
- Ley Estatutaria 1751 de 2015 Política País.
- Mary P. Van Hook, Ph.D. and Marvella Ford, Ph. Administration and Policy in Mental Health Vol. 22, No. 6, July 1995 LINKING MENTAL AND PRIMARY HEALTH CARE IN RURAL AREAS.
- Ministerio de la Protección Social. 2007. Decreto 3039 de 2007. 10 de agosto de 2007. Bogotá DC. Colombia.
- Ministerio de la Protección Social. 2011. Ley 1438 de 2011. Bogotá DC. Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección. (2016). *Política de atención integral en salud*.

- Moore, Mark. Gestión Estratégica y creación del valor público en el sector público. Barcelona, Paidós, 1998. 438 P
- ORGANIZACIÓN PARA LA COOPERACIÓN Y EL DESARROLLO ECONÓMICO (2014), “Gobernanza multinivel en Colombia”. En: Colombia: La implementación del buen gobierno. Paris: OCDE, pp. 211-277.
- Ostrom, E. (2000). El Gobierno de los Bienes Comunes. La evolución de las Instituciones de Acción Colectiva. Mexico D.F: Fondo de Cultura Económica.
- Plan de Desarrollo Departamento del Amazonas 2016 – 2019
- Planes de Vida de las Asociaciones Tradicionales Indígenas del Departamento del Amazonas.
- PRATS, Joan (2005). “Modos de gobernación de las sociedades globales”. En: Agustí Cerrillo (Compilador). La gobernanza hoy: 10 textos de referencia. Madrid: Instituto Nacional de Administración Pública, pp. 145-172.
- Ramis, A. 2013. El concepto de bienes comunes en la obra de Elinor Ostrom <http://www.ecologiapolitica.info/?p=957>
- Saavedra. Saúl. Instituciones, actores y cambio institucional. Perspectivas Internacionales. Ciencia Política y Relaciones Internacionales. 2011. <http://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/perspectivasinternacionales/article/viewFile/828/1353>
- SARTORI, Giovanni (1994), ¿Qué es la democracia?, Capítulo VII, Lo que no es la democracia, (pp. 115 – 134).
- Simon Bidwell. Successful Models of Rural Health Service Delivery and Community Involvement in Rural Health: INTERNATIONAL LITERATURE REVIEW Centre for Rural Health January 2001.
- Soja, E. (1999) Tercer Espacio: extendiendo el alcance de la imaginación geográfica. En: Benach, N y Albet, A. 2015. Edward W Soja. La perspectiva posmoderna de un geógrafo radical. Icara. Descargar en: http://iner.udea.edu.co/grupos/GET/Seminario_Geografia_Perla_Zusman/8-soja.pdf
- TILLY, Charles, (2007), Democracia, capítulo I: ¿Qué es democracia?, (pp. 31 - 56).

- Torfing, Jacob (2012) "Governance network" en Levi-Faur, David, Oxford Handbook of Governance, Oxford University Press, March Zurbruggen, Cristina. (2011). La utilidad del análisis de redes de políticas públicas. Argumentos (México, D.F.), 24(66), 181-209.
- Uriarte. Álger. El cambio institucional en la administración pública en México y en Sinaloa. INNP Instituto Nacional de Administración Pública, A.C, 2013
- Valéria Alpino Bigonha Salgado y Sábado Nicolau Girardi. Nuevos arreglos institucionales para la gestión pública democrática en Brasil. Publicado en la Revista del CLAD Reforma y Democracia. No. 50. (Jun. 2011). Caracas <http://old.clad.org/portal/publicaciones-del-clad/revista-clad-reforma-democracia/articulos/050-junio-2011/alpino.pdf>
- VOLKER, Schneider (2012). "Governance and complexity". En: David Levi-Faur. The Oxford Handbook of Governance. Oxford: Oxford University Press, pp. 129-142.
- VOLKER, Schneider (2012). "Governance and complexity". En: David Levi-Faur. The Oxford Handbook of Governance. Oxford: Oxford University Press, pp. 129-142. ANSELL, Chris (2012). "Collaborative governance". En: David Levi-Faur. The Oxford Handbook of Governance. Oxford: Oxford University Press, pp. 498-511.

7. ANEXOS

ANEXO 1

MODELO INTERCULTURAL DE ATENCIÓN Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA POBLACIÓN INDÍGENA DEL DEPARTAMENTO DE AMAZONAS 2011 : PREMIO NACIONAL DE ALTA GERENCIA POR EL BANCO DE ÉXITOS DE LA DAFP ,REPÚBLICA DE COLOMBIA, 06 DICIEMBRE DE 2011

¿POR QUÉ SE IMPLEMENTÓ?

Las razones que motivaron el desarrollo de la experiencia “modelo intercultural de atención y prestación de servicios de salud para la población Indígena del departamento del Amazonas”, hacen parte de la necesidad de generar un Modelo o Esquema de Servicio de Salud, Humano, Intercultural y de Bien-Estar, de “Buen Trato al Indígena” (Atención) y de Calidad en la Prestación”. “Por un Bien Vivir”. De esta manera están basadas en la problemática en salud que vienen presentado los pueblos indígenas de la Amazonía colombiana referente a múltiples factores relacionados con el desconocimiento institucional de la diversidad étnica y cultural del departamento, la Implementación de políticas y acciones que desconocen las particularidades de regiones como la amazonia, debilidades administrativas y financieras, persistencia de múltiples barreras de acceso, debilidad en la inspección vigilancia y control de la red de salud del departamento, altos costos de operación y oportunidad, persistencia de indicadores de salud y calidad de vida inferiores a los promedios nacionales, insuficiente cobertura de servicios y programas de salud pública, deficiencia en la calidad, oportunidad y continuidad de la atención, actividades de salud pública con población indígena no concertadas, desconocimiento de la realidad social, cultural y geográfica del departamento por parte de muchos profesionales de la red de salud, diagnósticos de salud que desconocen la caracterización socio-cultural de la población, debilidad en la coordinación intersectorial, entre otros. Pero ante todo, lo que fundamenta la presente experiencia tienen que ver con la importancia de implementar una estrategia de atención y prestación de servicios de salud de servicios que reconozca, incluya y garantice las prácticas tradicionales de promoción, prevención

y curación de enfermedades, en la búsqueda de lograr una articulación entre el pensamiento amerindio (medicina tradicional) y el pensamiento occidental (medicina facultativa).



Pie de Foto 1. Concertación previa con la Asociación de Autoridad Tradicional Indígena de cada territorio. En Asamblea comunitaria la población en general participa activamente.

El modelo intercultural se orientó a generar una prestación de servicios basada en criterios de acceso, oportunidad y calidad, en la medida que se articularon actores y autoridades indígenas que el **Modelo de Atención** Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS- FCI) es el conjunto de estrategias, normas, procedimientos, herramientas y recursos que al complementarse, organiza el Sistema Nacional de Salud para responder a las necesidades de salud de las personas, las familias y la comunidad (Ministerio de Salud) en el cual el Compromiso es con la persona se Considera el contexto, entorno y cultura • Centrado en la familia • Cada contacto es una oportunidad para prevenir y educar • Intervención del riesgo • El equipo de salud hace parte de la red de apoyo • Autoconocimiento • Eficiencia en el manejo de recursos. Aprendizajes esenciales para el buen vivir de estas poblaciones, pues la salud propia para los pueblos indígenas es cumplir y obedecer con la palabra de vida, mantener el buen espíritu del creador, viviendo de manera armónica y ordenada entorno con la familia, naturaleza y nosotros mismo. La salud

también tiene que ver con la educación, la tradición sabia de dar consejos para la vida, la práctica de eventos como rituales que fortalecen lo espiritual y lo corporal para poder armonizar los trabajos y no exponer el cuerpo y el espíritu a diferentes situaciones y circunstancia que no ayudan a mantener el equilibrio. De manera general se puede argumentar que el concepto de salud propia, se refiere a la vida, al equilibrio entre lo material-natural con lo espiritual y/o mental, es armonía, es recordar la historia, es un vínculo entre el hombre y el padre creador, entre la naturaleza y el hombre. (Informe Secretaria de Salud departamental 2011).

A ello se refieren los presidentes de las asociaciones y médicos tradicionales entrevistados, quienes sostienen que el modelo precisó en el respeto a esta diversidad es un principio fundamental del sistema de salud y condición necesaria para el abordaje de la población del Amazonas por su gran diversidad étnica y cultural; situación que impone al equipo de salud el abordaje de estrategias que faciliten la relación agente de salud-población. La necesidad de desarrollar procesos interculturales en salud se ha generado en países latinoamericanos por diversas razones históricas, sociopolíticas y epidemiológicas, las cuales han motivado iniciativas tendientes a evitar que la identidad étnica y cultural del usuario constituya una barrera en el acceso y oportunidad a una mejor atención de salud

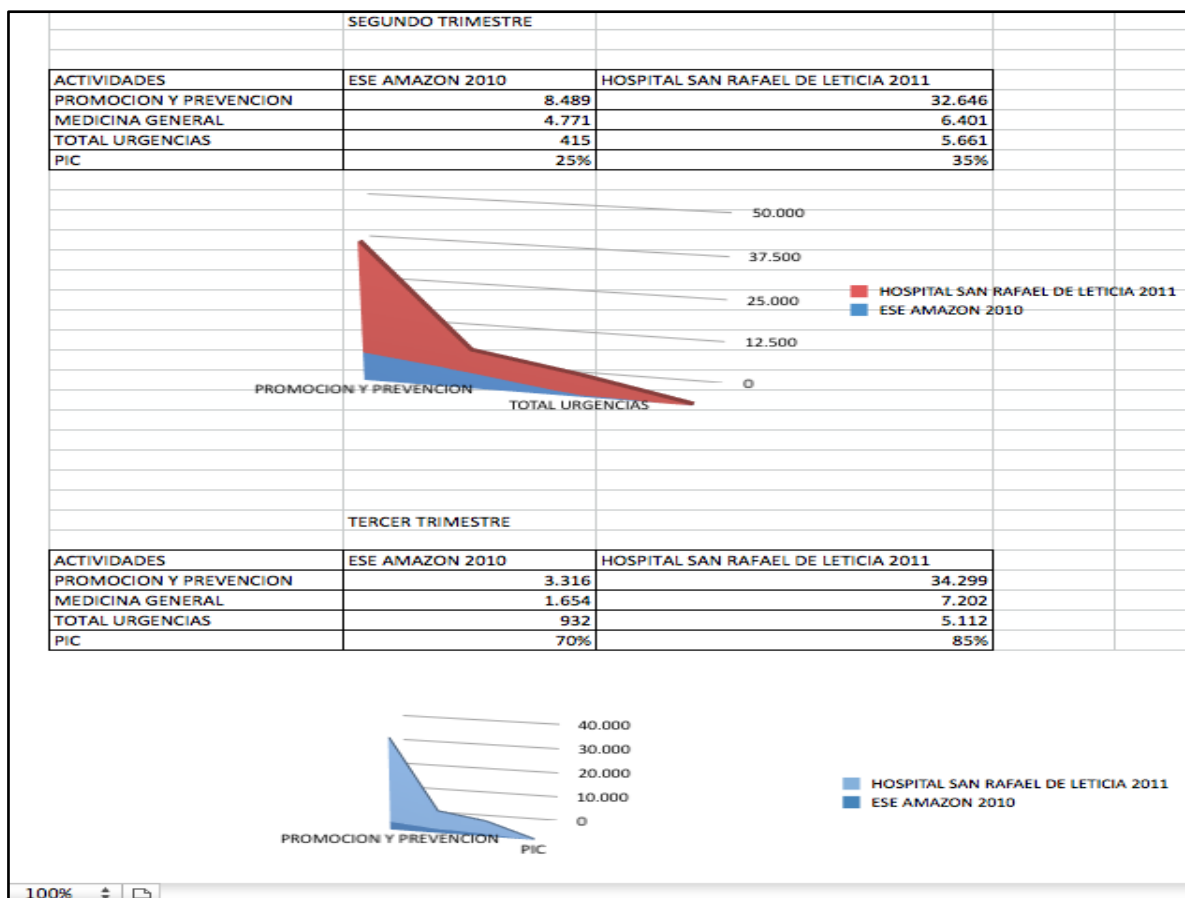


Pie de Foto 2. Ejercicio de trabajo articulado con el médico tradicional - ancestral y el médico occidental. Se practicaba la referencia y contrareferencia intercultural. Posibilidad de Réplica

Resultados Verificables y Susceptibles de Medición

Estudio financiero y administrativo donde se comparan las actividades desarrolladas en el primer trimestre y segundo trimestre del año 2010 y 2011. Donde se evidencia

el incremento de actividades realizadas por el Operador del Modelo Intercultural en comparación con las actividades realizadas por la ESE-Amazonvida, que fue el Prestador de Servicios de Salud en los Corregimientos del Departamento hasta enero de 2011.



FACTURACIÓN

9100100019 E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE LETICIA Año: 2010

Tipo de Pagador	Contratado	Facturado	Ingresos Sin Facturar	Glosa Inicial (Objeciones pendientes de la vigencia)	Glosada Definitiva de la Vigencia	Recaudo Vigencia Actual	Recaudo Vigencias Anteriores	Total Recaudado
Régimen Contributivo	296.170.170	296.170.170		35.002.090	31.430.815	122.574.029	12.248.719	134.822.748
Régimen Subsidiado	7.192.352.822	7.192.352.821		61.010.726	45.444.611	4.633.130.826	1.191.007.023	5.824.137.849
Población Pobre en lo No Cubierto con Subsidios a la Demanda	6.530.108.758	6.530.108.759		0	0	6.327.034.144	0	6.327.034.144
...Población Pobre no afiliada al Régimen Subsidiado	6.530.108.758	6.530.108.759		0	0	6.327.034.144	0	6.327.034.144
...Servicios y tecnologías sin cobertura en el POS a los afiliados al Régimen Subsidiado	0	0		0	0	0	0	0
SOAT (Diferentes a ECAT)	0	42.460.913		0	0	40.268.218	1.536.856	41.805.074
ADRES (Antes FOSYGA)	0	53.598.777		0	0	0	0	0
Plan de intervenciones colectivas (antes PAB)	0	0		0	0	0	0	0
Otras Ventas de Servicios de Salud	2.183.097.541	3.365.535.666		93.846.110	93.846.110	2.784.913.933	323.661.265	3.108.575.198
Total venta de servicios de salud	16.201.729.291	17.480.227.106		189.858.926	170.721.536	13.907.921.150	1.528.453.863	15.436.375.013

FACTURACIÓN

9100100019 E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE LETICIA Año: 2010

Tipo de Pagador	Contratado	Facturado	Ingresos Sin Facturar	Glosa Inicial (Objeciones pendientes de la vigencia)	Glosada Definitiva de la Vigencia	Recaudo Vigencia Actual	Recaudo Vigencias Anteriores	Total Recaudado
Régimen Contributivo	0	129.466.479		23.030.214	0	22.786.140	6.807.017	29.593.157
Régimen Subsidiado	3.868.287.682	4.498.996.158		202.496.555	48.068.012	2.059.623.193	153.456.501	2.213.079.694
Población Pobre en lo No Cubierto con Subsidios a la Demanda	3.183.800.000	4.125.833.099		0	0	4.125.833.099	420.947.810	4.546.780.909
...Población Pobre no afiliada al Régimen Subsidiado	3.183.800.000	4.125.833.099		0	0	4.125.833.099	420.947.810	4.546.780.909
...Servicios y tecnologías sin cobertura en el POS a los afiliados al Régimen Subsidiado	0	0		0	0	0	0	0
SOAT (Diferentes a ECAT)	0	72.261.988		18.520.125	0	11.929.812	4.498.384	16.428.196
ADRES (Antes FOSYGA)	0	0		0	0	0	0	0
Plan de intervenciones colectivas (antes PAB)	0	0		0	0	0	0	0
Otras Ventas de Servicios de Salud	734.455.000	1.463.807.317		29.520.761	29.520.761	1.101.654.628	85.390.021	1.187.044.649
Total venta de servicios de salud	7.786.542.682	10.290.365.041		273.567.655	77.588.773	7.321.826.872	671.099.733	7.992.926.605

ANEXO 2

APROPIACIÓN DEL MODELO INTERCULTURAL DE 2011 POR PARTE DE LOS ACTORES

Comprender el principio de Integralidad.

Integralidad hace relación a una visión global (holística), integradora de los múltiples aspectos relacionados con la salud: lo espiritual, lo orgánico y el medio ambiente; el individuo, la familia y la comunidad; la protección, prevención, educación, atención y rehabilitación; la salud, la nutrición, la generación de ingresos; las disponibilidad, acceso, oportunidad y calidad de los servicios, etc. La integralidad implica necesariamente para garantizar la protección social en salud. La integralidad conlleva necesariamente a la concurrencia intersectorial y la coordinación interinstitucional ya que difícilmente los problemas de salud pueden resolverse por acciones exclusivas del denominado Sector de la Salud. Se requiere de la intervención intersectorial en aspectos como: nutrición, vivienda, saneamiento, educación, empleo, seguridad, protección territorial y acceso a servicios básicos: agua potable, energía, transporte, vías, comunicaciones, etc.

Apropiación del Modelo en las Comunidades Indígenas.

COMPONENTES	EXPLICACIÓN
Docentes participan del modelo intercultural en los colegios.	Los docentes a través del PEI (Programa de Educación Indígena) en los colegios vienen destacando la importancia de la medicina tradicional y la medicina facultativa para la salud de los pueblos indígenas.
Derecho a la atención diferencial	Las comunidades vienen liderando unas concertaciones directas con cada actor, ICBF, MALLAMAS-EPs, SSD, aunque por separado porque no hay un liderazgo de concentración y articulación intersectorial e integralidad, en materia de la atención diferencial de acuerdo a las competencias de cada actor. Autonomía y participación. Los pueblos indígenas tuvieron el derecho a la autonomía, es decir, a gobernarse por sí mismos y a participar en la toma de decisiones públicas sobre los asuntos que les incumbe como sujetos

COMPONENTES	EXPLICACIÓN
	<p>colectivos, tal es el caso de la salud. La autonomía implica el reconocimiento de las autoridades y organizaciones indígenas, entrar a concertar acciones y mediante acuerdos de voluntad firmados lograr la sostenibilidad del mismo, que en su infortunio no trascendió en la actualidad porque la SSD no lideró más esta experiencia y hoy en día son las propias asociaciones las que vienen liderando la estrategia desde la coordinación directamente con la EPS mallamas sobre fechas para las correrías, entrega de medicamentos, atención de las remisiones con celeridad, acuerdos para ser tratados bajo sus costumbres propias y esta EPS ha manifestado una importante voluntad de mejorar sus intervenciones en campo, una vez se terminó la experiencia éste continuó con las concertaciones directas con las comunidades y adelantar acciones en búsqueda del posicionamiento del modelo intercultural propio bajo su propia función y competencia.</p> <p>“El señor Ordoñez, gerente de Mallamas, ha venido a visitarnos muy seguido, viene con los doctores y los medicamentos, aunque no viene con todas esas entidades como venían en el 2011, por lo menos nos reúne a los médicos tradicionales para ver cómo trabajamos y ahí hacemos pactos” Honorio Nonukudo. Comunidad. Asociación Nativa.</p> <p>“La SSD viene trabajando con sus programas por separado, llegan a las comunidades y la gente está cansada que vengan todos por separado, ellos dicen por qué no vienen de manera integral, así el impacto es mayor y transforma, pero por separado es más desgastante y los resultados no son los mismos que como fueron con la implementación del modelo”. Iraní Macuna. Profesional de Salud Vacunación PAI. SSD.</p> <p>“Nosotros seguimos llegando a los territorios acordando con las asociaciones pero no es lo mismo, ellos exigen el principio de integralidad, se requiere una movilización integral de las entidades, el impacto visiblemente fue muy</p>

COMPONENTES	EXPLICACIÓN
	<p>grande cuando llegamos con el modelo intercultural, pero todo depende de la voluntad de los actores pero sobretodo de identificar el liderazgo de la estrategia y tener la habilidad de hacer acuerdos que se cumplan, mi programa ha avanzado en la estructuración de unos indicadores diferenciales para medir la seguridad alimentaria y nutricional en poblaciones indígenas, con el modelo lo iniciamos y hoy en día tiene sus frutos”. Daniel Corradine. Coordinador Departamental de SAN-SSD</p>
<p>Caracterización de la comunidad</p>	<p>Las AATIS, ACITAM, ATICOYA, AZCAITA, cuentan con los diagnósticos y avances de perfiles epidemiológicos culturales. Están intentando en la actualidad lograr la firma de convenios interadministrativos con la SSD para acordar el manejo que tendrán estos estudios propios para la intervención de los programas y para la prestación de los servicios con enfoque diferencial.</p> <p>Con el modelo se logró firmar 14 convenios en el que se realizó un respetuoso trabajo de levantamiento de información de perfil epidemiológico en las comunidades, desde la concepción ancestral y sus protocolos de atención.</p> <p>● CLASIFICACION DE LAS ENFERMEDADES SEGÚN LA CONCEPCION DE CADA PUEBLO. Corregimiento de la Chorrera.</p> <p>Durante el proceso de investigación se pudo connotar que los cuatro pueblos coincidían clasificando de forma secuencial en cinco niveles las diferentes enfermedades que se presentan con gran frecuencia de acuerdo al calendario ecológico del territorio</p>

COMPONENTES	EXPLICACIÓN
	<ul style="list-style-type: none"> ⊙ PUEBLO UITOTO ⊙ NIVEL 1 ⊙ JENUIZA+: <p>Enfermedad de origen natural de infancia no epidémica</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊙ NIVEL 2 ⊙ OT+T+KO: ⊙ Enfermedad relacionada al cambio del calendario ecológico con tendencia epidémica <ul style="list-style-type: none"> ⊙ PUEBLO UITOTO ⊙ NIVEL 3 ⊙ RA+KO: ⊙ Enfermedad de alto riesgo a causa del mal manejo de la palabra <ul style="list-style-type: none"> ⊙ NIVEL 4 ⊙ Z+ERA: ⊙ Consecuencia del abuso de nuestra practica tradicionales <ul style="list-style-type: none"> ⊙ NIVEL 5 ⊙ - YURAKOTAIDE ⊙ PUEBLO BORA <p>NIVEL 1 (fecundación)</p> <p>DAAR+TEJ+.</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊙ Anemia ⊙ Malformaciones ⊙ Perdida de apetito ⊙ Riesgo de aborto ⊙ Complicaciones del parto - Atención del parto <p>PUEBLO BORA</p> <p>NIVEL 2</p> <p>NIHO TEHMEJU (atención al recién- nacido)</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊙ Afecciones de los ojos ⊙ Sangrado del ombligo

COMPONENTES	EXPLICACIÓN
	<ul style="list-style-type: none"> ⊙ Hemorragia ⊙ Post parto - mastitis ⊙ PUEBLO BORA ⊙ NIVEL 3 ⊙ LLUUI (desnutrición) ⊙ Diarrea persistente ⊙ Diarrea con sangre ⊙ Diarrea de color verde ⊙ Dieta ⊙ Parasitosis ⊙ Sapos ⊙ Tos ⊙ Caída del cabello ⊙ Utilización de medicamentos en casa ⊙ PUEBLO BORA ⊙ NIVEL 5 ⊙ TUHUBE (Enfermedades de la tercera edad) ⊙ Consecuencia del mal manejo de la palabra ⊙ Anemias ⊙ Vicios ⊙ Artritis ⊙ Enfermedades dentales ⊙ Acortamiento visual ⊙ Sordera ⊙ Problemas del corazón ⊙ PUEBLO OKAINA ⊙ SALUD = AXUBANA ⊙ NIVEL 1: DSUINA ⊙ NIVEL 2: TYUFIYU ⊙ NIVEL 3: ONTABEYA ⊙ NIVEL 4: DYAJ+X <p>PUEBLO MUINANE</p>

COMPONENTES	EXPLICACIÓN
	<p>NIVEL 1: YUHI ENFERMEDADES POR EL INCUMPLIMIENTO DE LA PALABRA</p> <ul style="list-style-type: none"> - NIVEL 2: FAGOJI,DIJUY+= CONCEJO _ NIVEL 3:GUIUBA. <p>ENFERMEDADES DEL TIEMPO(cambio de la naturaleza) NIVEL 4: TUJABA Enfermedades de la candela</p> <p>Todos estos reportes se encuentran en la SSD como resultado de los convenios firmados con la Asociación de AZICATCH, que les sirvió para intervenir desde la oficina de epidemiología de la SSD. Ahora bien, la misma asociación cuenta con esta información para que conozcan su cosmovisión y cultura para entender y trabajar en su territorio sagrado.</p>
La medicina tradicional	<p>Los médicos tradicionales siguen siendo autoridades ancestrales, los abuelos sabedores, y después del modelo ellos siguen siendo el principal actor rector del enfoque intercultural, sus conocimientos son la base de la preservación de la cultura y pervivencia de los pueblos, por eso se exige hoy en día a todos los actores que ingresan al territorio que se les de la participación, atención y vinculación a los procesos que se desarrollen en salud desde la siguiente concepción: “La Salud es un estado que integra, es un estado de armonía, que responde a condiciones de integralidad y de la cosmovisión de cada pueblo; depende de las relaciones de la persona consigo misma, la familia, la comunidad y la naturaleza. La salud se expresa en la relación con el territorio y su cuidado, con el ambiente y las relaciones sociales, la autoridad, el respeto, la colectividad, la producción y alimentación, las relaciones</p>

COMPONENTES	EXPLICACIÓN
	con otros pueblos, culturas y con el estado”. Enrique Teteye. Abuelo Sabedor. Comunidad Providencia Nuevo.
Situación de la salud en la comunidad.	<p>Se cuenta con el diagnóstico de la situación de salud de las poblaciones indígenas, cada asociación tiene sus propias propuestas de trabajo, resultado de los avances del modelo intercultural.</p> <p>“Nuestra lucha está orientada a fortalecer el conocimiento de todas las naciones indígenas sobre el Ordenamiento Territorial y el Gobierno Propio, en torno a las autoridades ancestrales. Nuestra política es de vida, por lo tanto tendremos que proyectar la vida de los pueblos indígenas para asumir una posición clara frente a los retos. Tenemos que despertar y tomar conciencia que no estamos solos en el territorio y por lo tanto será con las entidades que nos respeten, con las cuales tendremos que construir las nuevas sociedades indígenas. “Emperatriz Cahuache Casado Presidente Codeba Líder Indígena Kokama. (Q.E.D)</p>
Problemática de la atención y el aseguramiento	Hoy en día se avanza en la actualización de los censos poblaciones para mejorar la atención y la calidad en la prestación a esta población, cada comunidad vive actualizando sus censos y fortaleciendo los sistemas de información.
MODELO INTERCULTURAL	<p>Apropiación desde los territorios indígenas. A lo largo del tiempo nuestras nuevas generaciones han venido mostrando poco interés por lo mítico, lo autóctono, lo propio y en muchas ocasiones con la tendencia a desertar de la tierra a la cual corresponden, Muchos exponiéndose a la amenaza que representa para los nativos la gran selva de cemento (LA CAPITAL).</p> <p>Olvidando lo importante que son y lo mucho que pueden brindar a sus pueblos con la aplicación del saber ancestral y el conocimiento occidental que llega a nuestra casa con</p>

COMPONENTES	EXPLICACIÓN
	el propósito de ayudarnos a ser más productivos y más humanos”. AZICATCH. Chorrera.
Abordar el concepto del modelo intercultural de atención desde cada zona y etnia.	Principios rectores diálogo de saberes, interculturalidad, integralidad, autonomía, educación ancestral. Se logró a través de la experiencia apropiar fuertemente el tema de seguridad alimentaria en el departamento logrando los siguientes avances en materia de fortalecimiento de las prácticas culturales para fortalecer el tema.
Establecer unos Objetivos y Estrategias con cada actor que visita o desea trabajar en el territorio.	Con la experiencia del modelo se exige que con base a los planes de vida se concreten actividades y con base al calendario ecológico las fechas de los ingresos, de manera separada, pero se realiza en un grado bajo pero importante.
Definir mecanismos de coordinación, reglas por cada territorio, sistema de incentivos y castigos.	Con el modelo se tenía una organización interna por cada asociación que lideraban y controlaban la implementación, cómo se iba a desarrollar la participación de la comunidad, las reuniones en los mambeaderos o malocas sagradas, para el diálogo de saberes, coordinación interinstitucional y evaluación de los resultados, concertación de planes, programas y proyectos con la SSD; y programas extramurales.
Coordinación intercultural: entre comunidades y entidades	Con el modelo se acordaron y se contaba con: agendas periódicas de planificación y coordinación; conformación de equipos interdisciplinarios, incluyendo indígenas; programas conjuntos de prevención, protección y promoción de la salud; equipos extramurales; participación en consejos de política pública dptales y municipal para informar los avances y en instancias técnicas relacionadas con salud y medio ambiente.

MODELO INTERCULTURAL	Apropiación desde lo público departamental.
Programa de SSD	Se acordaron mecanismos institucionales formales como ajustar la política pública de SAN de los pueblos indígenas, gracias a los resultados de los diagnósticos y perfiles epidemiológicos generados por el modelo intercultural, la SSD logró incluir el tema para evaluación con los demás actores en los Consejos de política social dptal y en los comités técnicos. Así establecieron agendas periódicas de planificación y coordinación; conformación de equipos interdisciplinarios para visitar los territorios y solicitando informes a los medios de comunicación y asamblea departamental de los resultados de los equipos extramurales.
Planes integrales de acción intercultural en salud	<p>Durante la implementación se concretaron planes de acción a corto, mediano y largo plazo, tanto en salud pública como en atención de enfermedades.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Salud • Vivienda Saludable programas de Seguridad Ambiental y Prevención de Vectores. • Seguridad alimentaria (Siendo el que más avanzó que hoy en día cuenta con resultados muy importantes).
Financiación	Se aseguraron a través de la aprobación de la asamblea departamental por un lado, de los recursos que financiarían la operación del modelo, trasladando los recursos de SGP- Salud, PIC-PYP-Prestación de Servicios al Hospital, Así como coordinación general con las EPS para optimizar los recursos.

APROPIACIÓN DEL MODELO INTERCULTURAL EN MATERIA DE SAN (Seguridad alimentaria y nutricional)

Se logró crear en conjunto con todos los actores de salud indicadores diferenciales para fortalecer la SAN sobretudo en campo en territorio con las comunidades indígenas y así intervenir mejor con programas y proyectos.

Dimensión	Soberanía Alimentaria	Nutricional	Humana	Ambiental	Institucional (Todas)
Definición	tiene otros elementos adicionales a la seguridad humana y a la seguridad ambiental, éstos son la disponibilidad, el acceso, el consumo y el aprovechamiento biológico los cuales son más tangibles en el día a día de la comunidad (UN - OBSAN)		El desarrollo humano sostenible es el desarrollo que no solo suscita un crecimiento económico sino que también distribuye equitativamente sus beneficios, que regenera el medio ambiente en lugar de destruirlo, que fomente la autonomía de las personas en lugar de marginarlas. Es un desarrollo que favorece a los seres humanos, favorece a la naturaleza, favorece la creación de empleos y favorece a la mujer” (PNUD 1994).	El desarrollo económico y humano no debe ser una amenaza para el ambiente, ni debe agotar los recursos naturales, debe propiciar la producción de alimentos sin afectar el medio ambiente, debe constituir una forma de respeto con la naturaleza como nuestra única fuente de alimentación (UN - OBSAN)	El desarrollo de capacidades, visiones, habilidades, actitudes para mejorar la calidad de la organización, lograr instituciones ágiles, dinámicas y oportunas, tanto en su gestión como en sus resultados. (adaptado de López Casillas, 1999)
Componentes	DISPONIBILIDAD : Producción, comercialización, expendio, adquisición, oferta alimentaria VULNERABILIDAD ALIMENTARIA: Consumo y asistencia alimentaria	Consumo como ingesta Aprovechamiento biológico: Salud y nutrición.	Desarrollo como humano y sociedad (que se garantice en términos de SAN) Servicios públicos agua potable, residuos energía Educación (saberes)	Vulnerabilidad climática y ambiental (ecosistemas) Acceso y uso del bosque	Recursos humanos y materiales (física) Estructura organizacional y eficacia de sus instrumentos de gestión Gobernanza
Vulneración al derecho (consecuencias)	Insuficiencia alimentaria Alto % pérdida hábitos alimentarios tradicionales Aumento de la dependencia alimentaria Dieta CESA	Retraso en talla Anemia Mortalidad por desnutrición Desnutrición global, aguda.	Pobreza (en términos monetarios o en términos de acceso y uso del bosque) Bajos ingresos o baja capacidad aprovechamiento Deficiencias en educación (etnoeducación)	Impacto negativo de agrocombustibles GEI Cambio climático Perturbación a ecosistemas	Inseguridad y vulnerabilidad alimentaria (desatención institucional)

ANEXO 3

PROPUESTA DE ARMONIZACIÓN DEL MIAS EN RELACIÓN CON EL MODELO DE ATENCIÓN INTERCULTURAL PROPUESTO

Establecer un arreglo institucional entre la Gobernación de Amazonas, Secretaría de salud, Alcaldías de Leticia y Puerto Nariño, Departamento de la Prosperidad Social DPS, Procuraduría Regional, Defensoría del Pueblo, Hospital San Rafael de Leticia, Eps Mallamas, e ICBF, AATIS, que contenga las estrategias de redes integradas entre los actores responsables de la salud y los que tienen alguna implicación en salud con el fin de retomar el modelo intercultural de atención basado en los principios trazados al interior de la MPCl bajo los lineamientos que a continuación se describen.

Expedición de la Resolución 429 de 2016, el Ministerio de Salud y Protección Social adoptó la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), la cual es de obligatorio cumplimiento para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud.

De otra parte la Resolución 3202 de 2016 establece que las disposiciones contenidas en la misma serán de obligatorio cumplimiento para las Entidades Territoriales, las Entidades Promotoras de Salud, las Entidades Obligadas a Compensar, los Regímenes de Excepción, los Regímenes Especiales, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y demás entidades responsables de las intervenciones relacionadas con la promoción, mantenimiento de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y en general que desarrollan acciones en salud, de acuerdo con sus competencias, responsabilidades y funciones en el marco de la operación del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) dentro de la PAIS.

El alcance de sus obligaciones y competencias que actualmente relacionan su entidad con la implementación obligatoria de las RIAS de Promoción y mantenimiento de la salud por momentos de curso de vida, la RIA 008 Materno perinatal, la RIA 001 cardio cerebro vascular y metabólica así como

progresivamente de las RIAS que se hayan priorizado por grupos de riesgo para el territorio definen que las EAPB deben

- a) Adoptar, adaptar, implementar, seguir y evaluar las RIAS (Gestión de intervenciones individuales y de educación en salud)
- b) Participar en asistencia técnica para adopción, adaptación, implementación, seguimiento/evaluación de RIAS
- c) Articular con las IPS mecanismos que garanticen el acceso efectivo a los servicios de salud a sus afiliados.
- d) Establecer con las IPS - mecanismos para hacer seguimiento y evaluación a la operación de las RIAS
- e) Garantizar la integralidad en la atención de la población afiliada.

Procesos o procedimientos para el Ajuste al Modelo:

- Procesos de concertación
- Construcción participativa de planes por asociación
- Proceso de prestación de servicios intercultural // redes.
- Fortalecimiento de equipo extramural e intramural
- Proceso de monitoreo seguimiento y evaluación
- Procesos de resolución de conflictos
- Procesos de sensibilización o movilización

Fase de Alistamiento:

Aval Político, Liderazgo y Gobernanza a cargo de la Gobernación de Amazonas.

Esta acción de Gobernanza es el ejercicio de la implementación integral. No cada actor por su lado porque se continuaría con los dos grandes problemas que ha afectado el sistema de salud, la fragmentación y segmentación y no se lograría el fin de la política PAÍS, que consiste en cerrar la brecha de la inequidad.

Existen instrumentos que aportan en el camino de la ruta para un ejercicio de implementación integral como lo establece por ejemplo, la metodología de competencias que está en la R 3202.

Por lo tanto, los acuerdos se establecerían sectorialmente e intersectorialmente para las intervenciones poblacionales a aquellas que no tienen competencias en salud pero que son determinantes con efectos en la salud como son saneamiento básico y nutrición por ejemplo.

Los acuerdos para superar las barreras que se han identificado en todos los 12 análisis que hay que hacer para la adopción y adaptación de los MIAS. Acuerdos que es donde se encuentra la experticia, planeación estratégica y liderazgo de la entidad territorial, que cuenta con el respaldo del marco normativo actual que obliga al cumplimiento, por ejemplo, el propósito de las rutas es regular la atención.

Lo primero es identificar todas las barreras de contexto de organizaciones y de las personas para superarlas a través de facilitadores.

El modelo intercultural cobra vigencia gracias a estos avances de la Política PAIS.

Por lo tanto se considera pertinente que para el qué hacer y cómo hacerlo, existe una estructura de plan de acción que deberá crearse con cada zona del territorio indígena y bajo el concurso de entidades públicas que se consideren pertinente involucrar para la intervención de salud y todos sus determinantes bajo la perspectiva de la “Salud como un hecho social que es intersectorial e integral”.

Para el ajuste institucional al modelo, se considera que la priorización de las rutas (RIAS) e identificación de barreras, es un paso previo que se debe generar antes de la estructuración de los planes de acción.

En el arreglo institucional la clave son los actores, sus responsabilidades y reglas establecidas para sus actuaciones.

Aspecto organizativo: red de servicios

Cómo debería ser la operación de la red de prestación de servicios de salud para la población indígena, que será mediante APS, equipos extramurales, fortalecimiento de lo intramural en cada territorio indígena.

Para ello se deberá crear un equipo interdisciplinario e idóneo conocedor del proceso que se encargue de la formulación y que cuente con la capacidad de

concordar las estructura del MIAS en relación con el SISPI y la necesidad del territorio al que se le aplica.

Responsables de la Operación: Gobernación – SSD “Generando Gobernanza y liderazgo.

Quién Organiza: Gobernación de Amazonas a través de la Secretaría de salud, organiza el proceso, pero cada entidad como: Alcaldías de Leticia y Puerto Nariño (Secretaría de salud municipal a cargo de liderar con sus equipos los planes de acción para intervenir en territorios indígenas de su jurisdicción, en materia de promoción y prevención y prestación de servicios, apropiar recursos para la movilización de personal de salud a los territorios indígenas, cumplir con la agenda establecida en la MPCl en el cual participan las asociaciones indígenas pertenecientes a los dos municipios), Hospital San Rafael de Leticia, (Operador del modelo, encargado de crear instancias internas para la facturación en tesorería, firma de convenios con las EPS que en este caso sería con quien tiene la afiliación mayor de población indígena Eps indígena Mallamas, equipo encargado de la gestión de medicamentos, definición de los equipos de profesionales y especialistas en salud, definición de la coordinación de salud pública del hospital responsable de la organización y ejecución de la operación del modelo desde la competencia del hospital, presentación de informes al equipo interdisciplinar del GISP, mantener contacto con el SAC para apoyar los procesos de referencia y contrareferencia) Eps Mallamas (Encargada de contratar con el Hospital las acciones prestación de servicios para la movilización de equipos extramurales, tiene a cargo la definición de los planes de acción de trabajo intercultural y diferencial en la prestación y atención de los servicios, coordinar con cada AATIS la participación de los médicos tradicionales y parteras al interior de la MPCl, para ello GISP será garante, además, Mallamas, debe atender a tiempo los trámites de referencia y contra referencia) e ICBF, (Programas de infancia y familia para poblaciones indígenas deben ser acordadas en el marco de la MPCl. El ICBF cuenta con un equipo Interdisciplinario de Unidad Móvil compuesto por un psicólogo, un trabajador social, una nutricionista

y un antropólogo que puede ser aprovechado para impactar más la comunidad para realizar la constatación de los derechos y la posterior atención integral a niños, niñas y adolescentes pertenecientes a las comunidades indígenas que se concentran en la región, así como a sus familias). AATIS, (Portavoz de las necesidades reales de cada comunidad y territorio indígena, definirán las prioridades de atención para ser acordadas con cada entidad, se encargarán de coordinar los planes de acción con cada entidad, armarán sus propios equipos indígenas comunitarios, encargados de ser garantes de las necesidades de la comunidad, gestionarán sus propios recursos para ponerlos a disponibilidad del modelo, esto dentro del SGP-Resguardos. Fuerzas Militares (Apoyan con sus programas sociales y de salud en el marco de la MPCl, todos integrados para intervenir en los corregimientos y proporcionan los aviones para el traslado del equipo de salud y equipos médicos, su vinculación dentro del modelo es fundamental).

Cada actor contará con un manual de procesos donde se especificará la manera de cómo se va a operar de acuerdo a las competencias de cada uno y los recursos humanos y financieros asignados y que diseñarán cada uno con los equipos internos que se crearán para facilitar los procesos, documento que compartirán con el equipo interdisciplinario de GISP.

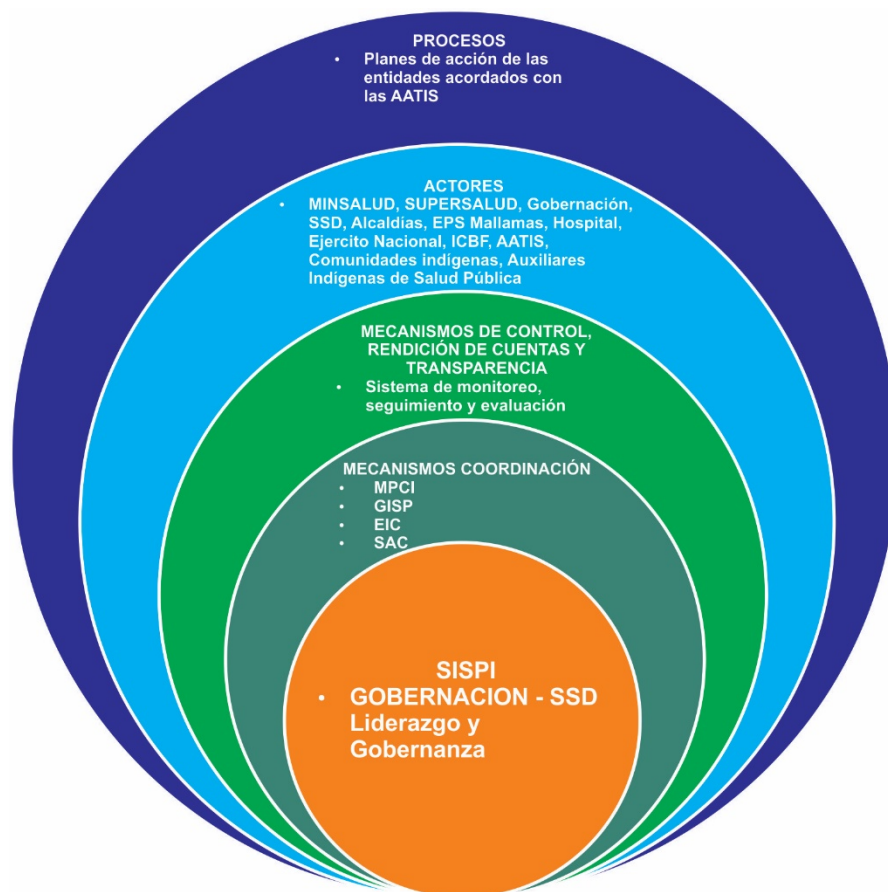
Quién Administra: Secretaría de Salud a cargo del proyecto GISP.

Quién Fiscaliza: El proceso en general: Procuraduría Regional, Defensoría del Pueblo (Tendrán a cargo la fiscalización de los acuerdos, su cumplimiento y oportunas observaciones, la defensoría del pueblo a través del defensor de asuntos étnicos quien además de ser indígena, las AATIS legitiman su participación y aportes).

El proceso a nivel interno de la secretaría de salud, Hospital y EPS en materia de trámites del sistema de referencia y contrareferencia.

SAC- Servicio a la Comunidad: dependencia de salud pública, encargado de hacer seguimiento a los trámites, autorizaciones de pacientes indígenas en concordancia con la EPS Mallamas, para darle un tratamiento adecuado y pertinente a los procesos de referencia y contrareferencia.

A nivel comunitario los equipos indígenas comunitarios, EIC, Compuesto por líderes indígenas, curaca o gobernador, auxiliares de salud indígena, que harán seguimiento a la implementación del modelo y de sus resultados, aportarán sus ideas y observaciones al equipo interdisciplinario del GISP-SSD.



Proceso de involucramiento y Participación

- Alistamiento
- Participación Social
- Diagnóstico de capacidades

- Responsabilidad compartida
- Competencias de los actores
- Implementación del modelo desde el consenso con los territorios AATIS para la intervención de programas de salud pública con enfoque intercultural e integral, para la gestión del riesgo (nueva categoría), y sistemas de información fortalecidos.
- Seguimiento y Evaluación del modelo
- Esta adopción es fundamental para la retroalimentación de los procesos y planes de mejoras continuos.

Gestión de Apoyo

- Hospital San Rafael como operador del modelo – I y II Nivel de Atención.
- ICBF: Actividades enfocadas a la familia, adulto mayor, niñez, primera infancia
- AATIS: Coordinadores del modelo al interior de sus territorios
- Entidades públicas que se considere pertinente involucrar: DANE, Fuerzas Militares, Guardacostas, Defensa Civil Amazonas, DPS, para que realicen sus actividades en el marco de una sola agenda de acuerdo vinculado en la MPCJ.

Principios acordados

1. Humanización en los procesos de salud
2. Respeto por la diversidad cultural
3. Responsabilidad compartida
4. Diálogo de Saberes
5. Integralidad entendida como aquella forma de trabajar los temas de salud desde la unificación de acciones integrales entre distintos sectores y entidades.
6. Oportunidad
7. Accesibilidad
8. Eficacia

9. Efectividad.

Para la implementación de un modelo ajustado a las nuevas reformas de la salud, requiere un consenso social por la SALUD.

Para ello se acuerdan los siguientes instrumentos de política pública y por otro lado los Mecanismos institucionales para generar instituciones en el desarrollo de la estrategia.

Instrumentos de Política Pública	Mecanismos institucionales
Asignación de la población que se atenderá, población y territorio.	Vías Clínicas – Asistencia Sanitaria
La planificación de los servicios de acuerdo a las necesidades de la población.	Equipos Multidisciplinarios
Definición de prioridades y cartera integral de servicios.	Rotación de personal entre los niveles de atención
Modelo de atención y Modelo de PYP (Promoción y Prevención) (Intercultural, centrado en la familia y comunidad).	Historias clínicas. Uso TICs
Utilización de la medicina tradicional.	Guías de referencia y contra referencia
Sensibilidad hacia la diversidad de la población.	Gestión de casos
Normalización de la puerta de entrada al sistema. (Sistemas de información y aseguramiento de la calidad).	Autocuidado y cuidados en el hogar debidamente apoyados.
Regulación del acceso a la atención especializada	Vías NO Clínicas – Proceso Asistencial
Las guías de práctica clínica	<i>La misión y visión de la organización compartidos.</i>
Políticas de formación y gestión de recursos humanos.	<i>Planificación estratégica, asignación de recursos y evaluación de desempeño compartidos.</i>
El pago per cápita ajustado según condiciones de riesgo de la población.	<i>La definición de funciones y responsabilidades de cada componente de la red dentro del acuerdo, como parte del continuo de prestación de servicios de salud.</i>
Políticas públicas integradas entre diferentes sectores (Integralidad e Intersectorialidad).	<i>La participación del personal de salud y los usuarios en la Gobernanza.</i>
Colaboración intersectorial para abordar los determinantes de la salud y la equidad de la salud.	<i>Los diseños organizacionales matriciales.</i>
	<i>Las centrales de regulación.</i>
	<i>Los sistemas de apoyo clínico, logístico compartidos.</i>
	<i>Los equipos de asistencia social para la coordinación intersectorial.</i>

Fuentes: SERIE: “La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas” N. 4. OPS. 2010.

Ámbito de Abordaje del ajuste institucional

Ámbito de Abordaje	Atributo Esencial	Responsable
<i>Modelo Asistencial</i>	Población/territorio a cargo definidos y amplio conocimiento de sus necesidades en salud, las cuales determinan la oferta de servicios de salud. Población y territorio Población/territorio a cargo definidos y amplio conocimiento de sus necesidades en salud, las cuales determinan la oferta de servicios de salud	Gobernación de Amazonas – AATIS – Ministerio de salud – - EPS

		<p>2. Oferta de servicios Una extensa red que comprende todos los niveles de atención y que provee e integra tanto los servicios de salud personales como los de salud pública</p> <p>3. Primer nivel de atención Actúa como puerta de entrada al sistema, integra y coordina el cuidado asistencial, y resuelve la mayoría de las necesidades de salud de la población</p> <p>4. Atención especializada Prestación de servicios especializados se dan preferentemente en ambientes extra- hospitalarios</p> <p>5. Coordinación asistencial Existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo del cuidado de la salud</p> <p>6. Foco de cuidado Centrado en la persona, la familia y la comunidad/territorio</p>	
<i>Gobernanza y Estrategia</i>		Gobernanza, Participación e Intersectorialidad. Se requiere un sistema único de gobernanza para la red en el cual todos los actores pactan su participación y responsabilidad compartida.	Gobernación de Amazonas - Secretaría de Salud Departamental
<i>Organización y Gestión</i>		<p>1. Gestión de apoyo Gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico</p> <p>2. Recursos humanos Suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red</p> <p>3. Sistemas de información Sistema de información integrado y que vincula a todos los miembros de la red, con datos desglosados según variables pertinentes</p> <p>4. Desempeño y resultados Medición de desempeño centrado en resultados en salud y satisfacción de usuarios</p>	Hospital San Rafael de Leticia – EPS
<i>Sistema de Asignación e Incentivos</i>		Financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la red como un todo	Gobernación de Amazonas

Fuente: Proyecto de plan estratégico de la organización panamericana de la salud 2014- 2019, Washington.

Las instituciones integrantes de la red pública de prestación de servicios de salud se constituyen como la principal alternativa para la prestación de servicios en el Departamento; que la prestación del servicio de Salud de la población indígena, sea asumida por el Hospital San Rafael de Leticia.

Para que el proceso de ajuste institucional se pueda dar de manera correcta y sin que se vayan a presentar consecuencias negativas para la población indígena del departamento, especialmente la más pobre y vulnerable, y se logre garantizar hacia el futuro la prestación del servicio de esta población, se establece los lineamientos estratégicos para cumplir este objetivo.

El proceso de fortalecimiento de la red de prestadores públicos del Departamento de Amazonas incluye una estrategia que permita que se sigan prestando los servicios de salud a la población bajo un nuevo esquema, sin que en ningún momento se dejen de prestar servicios a los usuarios.

Durante este proceso pueden ocurrir inconvenientes por lo que el Departamento debe estar preparado en todo momento para afrontar la situación y es por eso que se hace necesaria la elaboración del presente plan de arreglo institucional en el que el liderazgo y la gobernanza la ejerce la Gobernación de Amazonas, a través de la Secretaría de Salud Departamental.

Las partes deben prospectar un plan de acción desde sus obligaciones y competencias para el año en curso para cada una de las actividades acordadas bajo estos conceptos como producto del consenso realizado en la MPCl.