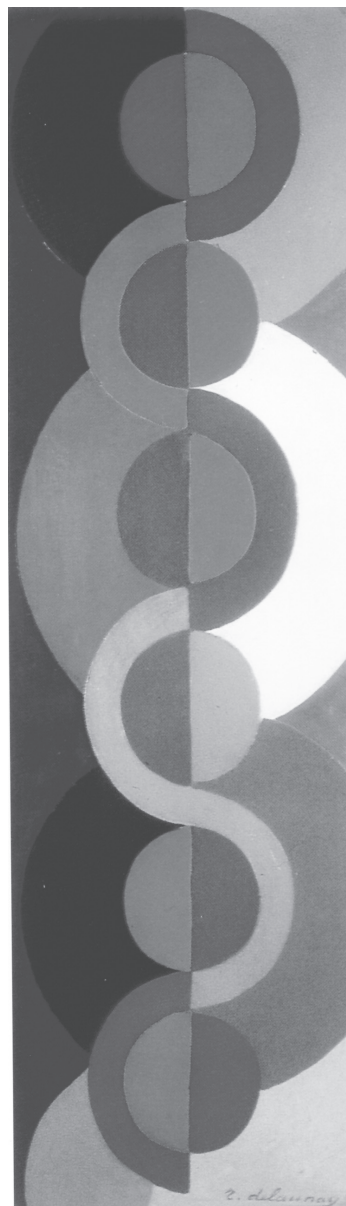

**Diferencia, igualdad e idoneidad:
una aproximación al proyecto
multicultural del sistema
sanitario colombiano**

Luis Carlos Domínguez



Diferencia, igualdad e idoneidad:

UNA APROXIMACIÓN AL PROYECTO MULTICULTURAL DEL SISTEMA SANITARIO COLOMBIANO

Luis Carlos Domínguez¹

Fecha de recepción: 28-04-06. Fecha de aceptación: 29-06-06

Resumen

Posterior a la reforma constitucional de 1991 y a la reforma del sistema sanitario colombiano en 1993, se han generado múltiples interrogantes en torno a la adaptabilidad real del sistema en contextos multiculturales. Hasta el momento, la “diferencia cultural” se justifica o se confunde en función de la “clase” y la precariedad, dando paso a los tratamientos de “igualación simple”; las relaciones entre el Estado y las minorías (y entre ellas mismas) son limitadas, y la coexistencia de la experiencia tradicional y la occidental bajo el mismo modelo sanitario es una opción lejana, vista desde la “idoneidad” de las prácticas que exige el sistema. Este documento pretende analizar la forma en que se ha estructurado la noción de universalidad y diferencia en Colombia a partir de la reforma sanitaria, frente a la desafiante tarea de la construcción de una democracia cultural, determinando los aspectos que han regido su curso durante los últimos quince años.

Palabras clave: multiculturalismo, justicia sanitaria, igualdad, precariedad, idoneidad, epidemiología cultural, Colombia.

Abstract

Subsequent to the constitutional reform of 1991 and the Colombian sanitary system reform of 1993, many questions have aroused in regard to the real adaptability of the system in a multicultural context. Up to this point, the “cultural difference” is justified or is confused with poverty and “social classes”, giving way to “equally simple” treatments; the relations between the State and the minorities, and between themselves are limited, and finally the coexistence of the traditional and the western experience under the same sanitary model is a distant option, seen from the “competence” of the practices that the system demands. This document pretends to analyze the form in which the notion of universality and difference has been structured in Colombia since the sanitary reform, in response to the challenging task of building a cultural democracy, determining the aspects that have governed its course during the last fifteen years.

Key Words: multiculturalism, sanitary justice, equality, precariousness, suitability, cultural epidemiology, Colombia.



Introducción

A partir de la reforma constitucional colombiana de 1991 se gestaron escenarios para la democracia participativa, a través de la ampliación del número de actores políticos, entre los cuales se encuentran las minorías culturales tradicionalmente excluidas o subrepresentadas.

Dentro de esta nueva lógica, el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), creado en 1993, ha generado un interrogante referente a su adaptabilidad real en contextos multiculturales, ya que el nuevo discurso fuertemente modernizante propone una tendencia universalista sobre las minorías culturales, con base en la articulación del derecho a la diferencia y el concepto de la seguridad social universal y, difícilmente se preocupa por conciliar la experiencia de la salud propuesta oficialmente y la experiencia vivida localmente (Suárez, 2001: 74-8).

Los problemas que subyacen, tienen una relación directa con las ideas de pluralismo y multiculturalidad en el cambio coyuntural del Sistema Nacional de Salud (SNC), considerado como fuertemente excluyente, hacia el SGSSS (universalista e incluyente en teoría), en aspectos tan sensibles como la sostenibilidad, eficiencia y regulación del sistema.²

El sistema cuenta con un paquete básico de beneficios contenido en el Plan Obligatorio de

salud (POS), que se financia con los recaudos de cotizaciones salariales, cotizaciones voluntarias de los no asalariados y recursos fiscales. Adicionalmente, el Estado, con recursos fiscales, define un plan de Atención básico (PAB) que complementa las acciones del POS y las de saneamiento ambiental, de manera gratuita y obligatoria para toda la población.

Para determinar la posibilidad de “tratamientos diferentes”, “culturalmente determinados” o “alternativos al POS”, ésta se realiza de acuerdo al compromiso *individual* del derecho fundamental a la vida, a la integridad física y a la dignidad humana.³ Esta definición, es un asunto primordialmente técnico que supone los conocimientos científicos de un médico tratante, calificado profesionalmente, que atiende al paciente, en nombre propio o de una entidad que le presta el servicio.

No obstante, bajo otras circunstancias, las opciones de tratamientos vernáculos son mínimas y no están incluidas en el sistema. Como resultado, la forma en la que se ha estructurado el discurso de la universalidad y la salud en Colombia durante los últimos quince años, cuenta con grandes problemas.

² Esta situación se enmarca en la creciente experiencia mundial en el manejo de la diversidad cultural y la salud, particularmente en Estados Unidos y Europa, que demuestra cómo en la medida en que la información y el conocimiento personal de los derechos de los individuos aumenta, las exigencias al Estado y la formulación de políticas públicas también se modifican y transforman la planeación, organización y asignación de los recursos. Parte de esta tendencia puede verse con los musulmanes y la Gente de Roma, entre otros (McKee: 2004).

³ La opción para los tratamientos no incluidos en el pos, se genera además cuando: (i) el tratamiento no puede ser sustituido por otro de los contemplados en el p.o.s., o que pudiendo serlo, el sustituto no obtiene el mismo nivel de efectividad que el excluido del plan; (ii) el paciente no puede sufragar el porcentaje que la Entidad Promotora de Salud (e.p.s.) está legalmente autorizada para cobrar y no puede acceder a él por otro plan de salud; y (iii) el medicamento ha sido prescrito por un médico adscrito a la e.p.s. a la cual se encuentra afiliado el paciente que demanda el servicio, (iv) al haber utilizado y agotado las posibilidades terapéuticas del medicamento incluido, no se ha obtenido una respuesta clínica y/o paraclínica satisfactoria en el término previsto de sus indicaciones, o se han observado reacciones adversas intoleradas por el paciente, o porque existen contraindicaciones expresas sin alternativa en el listado (CCC ST-344/02).

Hasta el momento, esta discusión se suscita esporádicamente en los espacios de representación política de las minorías culturales, o en el medio académico, sin que haya sido determinado el alcance y la magnitud de este problema para el futuro.

Con estas consideraciones, este documento pretende analizar la forma en que se ha estructurado la noción de universalidad y diferencia en Colombia a partir de la reforma sanitaria de 1993, frente a los ideales constitucionales de justicia e igualdad, precisando cuáles han sido las fortalezas y debilidades del modelo en la desafiante tarea de la construcción de una democracia cultural.

1. ¿Por qué la cultura es objeto de discusión actual en las políticas públicas en Colombia?

El discurso de la cultura y salud, aunque bien tiene una larga historia en Colombia, adquirió especial relevancia a partir de los cambios globales en la esfera política, social y cultural suscitados a partir de los años noventa. Estos cambios se encuentran reflejados en la esfera nacional e internacional en el campo de las normas, en la situación de precariedad social derivada en buena parte de la transformación del modelo económico y en la modificación progresiva del concepto salud-enfermedad, en el que ahora se acepta a la cultura como un determinante fundamental.

1.1 Las normas internacionales

En materia sanitaria estas normas se originan en el tránsito de la estrategia de “salud para todos” propuesta en los años setenta por la Organización Mundial de la Salud (OMS), hacia una “nueva era de la política pública”, la cual permitió un incremento en las relaciones entre la política interna y la externa, así como

un amplio interés en la participación de nuevos actores a nivel local, regional, nacional e internacional (Kickbush, 2000: 979-989). Esta tendencia esta inscrita en la agenda política como “una densa red de relaciones sociales transnacionales e internacionales” en términos de agencia y *accountability*, las cuales se pueden encontrar en propuestas específicas como la del Primer Foro Internacional para la Defensa de la Salud, llevado a cabo en Porto Alegre (Brasil), en enero de 2002, en donde se insistió en la defensa de la salud como un derecho, y en el otorgamiento de garantías para la diversidad cultural mediante los procesos de participación pública (Porto Alegre, 2002: 601).

Esta nueva era de la salud global creó nuevas interacciones entre el gobierno y los actores sociales en materia económica, política, cultural y de derechos humanos, mediante la integración de la salud y la equidad, como ha sido reconocido por varios organismos de cooperación técnica y financiera (UNESCO, 1998; ONU, 2000; UNESCO, 2003: 7). Como resultado, durante los últimos años se ha transformado la noción de “salud para todos” hacia el ideal de la salud como un derecho universal: “la salud es indivisible” (Kickbush, 2000: 979-989).

Dentro de esta nueva situación política, la *accountability* se refiere a la presencia de actores visibles responsables de sus acciones y relacionados con los demás actores (Kickbush, 2000: 979-989). Las políticas de la OMS en este sentido se han enmarcado en proveer en materia de derechos humanos nuevas reglas en un ambiente global complejo, que la OMS no es capaz de proveer sino más bien de guiar, enfatizando en el mantenimiento individual de la salud. Por consiguiente existe, al menos desde la teoría una transformación de la noción de igualdad desde Alma Ata hacia una idea de la salud, enmarcada en la idea de universalidad, pero de acuerdo a las necesidades de las comunidades y la cultura.



1.2 La Constitución Política colombiana y el papel del Estado en materia sanitaria

En Colombia, la Constitución Política y el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) definieron las políticas rectoras en materia de salud y cultura, determinado en el fondo la forma según la cual se concilia el contexto cultural del individuo (familia, religión, raza), con los principios de la democracia. En este escenario, es fundamental el papel del individuo frente al cuidado de la salud y se determina y justifica la importancia del Estado, por varias razones:

1. En primer lugar, porque Colombia es un Estado Social de Derecho, lo cual significa que es responsabilidad del Estado el velar por las acciones que garantizan el bienestar de la población a través de la vigilancia, el control, la regulación y la prestación de servicios de salud, participando a su vez en el equilibrio de los valores de libertad, igualdad y solidaridad.⁴ Por lo tanto, el Estado no entrega, al menos desde la teoría, la opción del manejo de la salud a los particulares para

⁴ En Colombia, la naturaleza de la salud como un bien privado o público, según la Corte Constitucional, tiene lugar en la discusión en términos del derecho y del carácter prestacional de la misma. En cuanto a derecho, la salud está determinada por la autonomía moral del individuo, su libertad y su cultura, por lo que en últimas es una disposición personal el enfermar, sanar o morir. Según las normas, este derecho adquiere el carácter de fundamental, sólo si tiene conexidad con el derecho a la vida. Esta disposición, desde la perspectiva occidental puede realizarse por una de dos vías: i) al asumir la vida como algo sagrado o ii) al asumir la vida como un bien valioso pero no sagrado (Gaviria, 2002: 32). En segundo lugar, aunque en materia de derechos, la opción de sanar o enfermar y de vivir o morir es una opción individual, existe una contraparte de deberes en varias vías: i) una vía netamente normativa, ii) una vía en la que el individuo asume el daño para consigo mismo o iii) una vía en la que las acciones individuales afectan la situación de otras personas (Gaviria, 2002: 7). Por consiguiente, el derecho individual a la salud tiene unas implicaciones de orden

que acomoden sus intereses individuales al libre albedrío de la economía ni para que ejerzan diversos tipos de medicina diferentes a la occidental. De esta forma, asume el control del sistema amparado en el sustento científico de los “experimentos y los ensayos clínicos” aceptando el ejercicio de prácticas “idóneas” del modelo occidental, el cual resulta ser adecuado en términos de medios (seguros y eficientes) y de fines (población saludable).

Respecto a la “idoneidad” de las prácticas, la importancia de regulación por parte del Estado resulta ser el instrumento adecuado para el establecimiento de las condiciones mínimas e indispensables para que el derecho de cada individuo a escoger y ejercer una profesión no afecte a la comunidad, la cual podría verse gravemente lesionada si a todos fuera factible la práctica de actividades sin la previa preparación académica y científica. Por lo tanto, para el ejercicio de la profesión médica se exige un título de idoneidad, el cual contempla inicialmente una formación académica y una calificación de riesgo social; por otra parte, demanda especiales controles por sus peculiares características o por el peligro que su desempeño representa. La Ley 14 de 1962 obliga a presentar el título de una universidad reconocida en Colombia para ejercer la profesión de la medicina.⁵ El cumplimiento con lealtad y honor de todos aquellos términos contenidos en el juramento aprobado por la Convención de Ginebra de

social y unos límites impuestos por el Estado, pues las consecuencias de los actos individuales tienen consecuencias repercusión en el equilibrio social. Así, la salud es también un *bien público*, salvaguardado inicialmente por cada uno de los individuos, pero acompañado de mecanismos y recursos institucionales que permiten el desarrollo de comunidades saludables a través de la regulación de sus prácticas.

⁵ Dentro de esta ley, está incluida la reglamentación para el ejercicio de la homeopatía, en los mismos términos.



la Asociación Médica Mundial, se encuentran consignados en el Capítulo II de las normas sobre ética médica (Ley 23 de 1981).

En el campo de la medicina tradicional, en Colombia, hasta el momento, no existe una extensa reglamentación ni una normatividad que permita el ejercicio de otras formas de medicina diferentes a la occidental.⁶ En principio, estas formas de medicina quedan excluidas de su ejercicio, al carecer del rigor científico occidental, de su acreditación a través de las instituciones de enseñanza superior y con contadas excepciones pueden formar parte del plan de beneficios contenido en el pos.⁷ *A priori*, la calificación de riesgo social de estas prácticas, parece ser juzgada por la mayoría y por los legisladores como formas de tratamiento impredecibles, con resultados desconocidos y con elevados niveles de riesgo para la salud, dada la carencia de experimentos clínicos que permitan conocer su efectividad y reacciones adversas. No obstante, su ejercicio se ha justificado y permitido en el escenario de una sociedad multicultural, en la cual gran parte de los ritos y las prác-

ticas culturales de diferentes grupos recrean cosmovisiones que reflejan de esta forma el ideario de la Constitución Colombiana.

2. En segundo lugar, porque el discurso en un Estado Social de Derecho es diferente al discurso de las sociedades propiamente liberales. En últimas, la causalidad de la enfermedad, en la que ahora aceptamos a las fallas en la integración social, la polarización, la exclusión y las inequidades —que delimitan la enfermedad individual y colectivamente—, se convierten en una justificación adicional para la participación del Estado. Estas fallas, que empiezan y terminan en la misma sociedad adquieren una particular relevancia en términos de la construcción del capital y la cohesión social representada en todas las acciones políticas del Estado (Stewart, 2000; Carlisle, 2001).

3. En tercer lugar, porque más allá de las justificaciones y los límites, la perdurabilidad y sostenibilidad de la política sanitaria depende de las acciones de prevención, promoción, educación y modificación de los estilos de vida, en principio emprendidas y reguladas por el Estado. Es lógico pensar entonces que en términos de eficiencia es mejor prevenir que curar, pues la viabilidad de un sistema sanitario no depende exclusivamente del crecimiento económico y del gasto social, dado que los recursos son agotables y se reasignan a otras actividades,⁸ sino que además depende del mantenimiento saludable de la población, una opción que no entra en conflicto con la cultura.

4. Finalmente, porque las consecuencias devastadoras del conflicto social en Colombia obligan necesariamente a pensar que el sistema sanitario no puede desligarse de una

⁶ No obstante el Acuerdo 30 del Ministerio de Salud permite que se presten ciertos servicios de “medicina alternativa”, siempre y cuando sean debidamente acreditados. Aunque este acuerdo no especifica cuales son esos servicios, con el paso de los años se han ido progresivamente aceptando el ejercicio de la homeopatía, la acupuntura y la bioenergética; todas en cabeza de médicos “idóneos”, debidamente formados en las instituciones universitarias acreditadas por el Ministerio de Educación.

⁷ Para que un tratamiento sea incluido en el P.O.S., es necesario que su eficacia sea comprobada por las autoridades de salud, que se reconozca internacionalmente como un tratamiento idóneo y que no se configuren las circunstancias descritas en la lista de exclusiones, de manera tal que su práctica sea debidamente acreditada, confiable y segura. Por consiguiente, se requiere en la práctica, para que tratamientos de ésta índole [alternativos] puedan ser exigidos por los afiliados, que estén autorizados y que se encuentren dentro de los servicios ofrecidos por las E.P.S.” (CCC ST-076/99)

⁸ Por ejemplo, cuatro (4) puntos del PIB fueron destinados a la guerra en el año 2003, el pico más alto en toda la historia del país (PNUD, 2003).



opción de lo solidario, en parte por su estructura normativa, pero aún más importante porque la sociedad y su problemática cotidiana así lo exigen. Los niveles crecientes de pobreza y desempleo, que no han podido ser corregidos adecuadamente en las últimas administraciones, generan una honda fisura en un sistema de salud centrado en la demanda y en las contribuciones laborales y participaciones individuales.⁹ Por lo tanto, esta razón justifica la creación de mecanismos de solidaridad que permitan corregir la desigualdad social a través de la redistribución de los recursos.

1.3 El contexto de precariedad social en Colombia y las alternativas contestatarias

Si bien, por un lado el papel del Estado en Colombia justifica las acciones políticas que están representadas en los ideales del SGSSS, amparadas en los preceptos constitucionales en materia cultural, estos aspectos no acaban de explicar la forma en la que “el contexto de lo cultural” ha empezado a formar parte de un debate creciente en términos de las prácticas de la salud.

Una explicación adicional puede encontrarse en los fenómenos de la cotidianidad colombiana representados en la violencia, la guerra y la desigualdad. Por ejemplo, según el Instituto Colombiano de Medicina Legal y ciencias Forenses (ICMLCF), la tasa de homicidio en Colombia se sitúa en 50/100,000 habitantes para el año 2003, una tasa constante que tuvo un pico máximo en el año 1994 con 89/100,000 habitantes, pero que a partir de allí ha decrecido ligeramente (ICMLCF, 2005).

⁹ Colombia presenta para el año 2003 unos niveles de pobreza estimados del 64% según el Banco Mundial y de desempleo del 13,1% según el DANE (DANE, 2005; Banco Mundial, 2005).

A modo de reacción, la crisis social en la práctica ha traído como consecuencia unos importantes y multifacéticos cambios en la salud mental y física y en los estados de enfermedad. En Colombia, según el Estudio Nacional de Salud Mental de 2003, el 19,5% de la población padece trastornos de ansiedad, el 15% trastornos afectivos y el 10% abuso de sustancias. Hasta el 2,5% de la población presenta algún tipo de stress postraumático. Dos de cada cinco personas entre los 18 y los 65 años presenta algún trastorno mental en algún momento de su vida y sólo una de cada diez personas recibe atención por el servicio de salud para estas patologías (Ministerio de Protección Social, 2003). De la misma forma, la tasa de suicidio en el país se sitúa en 4,7/100,000 habitantes para el año 2003 (ICMLCF, 2005).

A este contexto de precariedad, que no es exclusivo de los habitantes de las grandes ciudades ni de la población que conforma el segmento “moderno”, se suma la crisis social de las comunidades indígenas y las minorías.¹⁰

¹⁰ La violencia política, si bien tiene una larga historia en Colombia, hasta hace pocas décadas marginaba del conflicto armado a las minorías. Sin embargo, a partir de los años ochenta, los frentes guerrilleros de las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia – Ejército del Pueblo (FARC-EP) y el Ejército de Liberación Nacional (ELN) así como los grupos paramilitares de las Autodefensas Unidas de Colombia (AUC) comenzaron a operar intensamente en las regiones indígenas, al involucrarse con la extensión de cultivos ilícitos. También la presión militar del ejército nacional obligó a estos grupos a replegarse en zonas indígenas. Como consecuencia, la violencia política contra los indígenas se incrementó en los años noventa. En los últimos 15 años se registraron más de 2.660 casos de violaciones a los derechos humanos y al derecho internacional humanitario contra pueblos indígenas. La tasa de violencia es 100% mayor a la media nacional y se estima que el 12% de los desplazados en el país son indígenas. El Centro de Cooperación Indígena (CECOIN) informó de que 128 casos de desplazamientos masivos indígenas tuvieron lugar en por lo menos 63 municipios entre 1995 y 2003, afectando a 28.000 personas, y durante 2002 lo hicieron 12.650 indígenas por presión de los grupos armados (ONU, 2004).



Al igual que en otras experiencias, los crecientes niveles de pobreza, violencia y exclusión, conjugados con una tendencia global representada en la desterritorialización del poder, el cual no sólo es político-legal, militar y económico sino sociocultural y ambiental, son fenómenos propios de esta problemática (O'Keefe, 2000).

Como resultado global, los problemas comunes en materia sanitaria están relacionados con las barreras de comunicación, geográficas y de clase —que resultan en una menor utilización de los servicios de salud—, el acceso a los servicios sanitarios, el suministro de tratamientos y la continuidad de los mismos, la despersonalización de la práctica médica, la transformación de pacientes y enfermos en usuarios y la conjunción de un modelo de asistencia sanitaria occidental, el cual no parece brindar respuestas concretas a la problemática actual.

Todos estos fenómenos, desde los múltiples contextos culturales de la cotidianidad nacional, han traído consigo la apertura de una multiplicidad de experiencias culturalmente mediadas en torno a la salud, como opciones válidas y contestatarias a la realidad. La religión y las medicinas “alternativas” han sido ofertas atractivas para las crisis personales, como mecanismos de defensa sociales en el contexto occidental.¹¹ La desculturación, aculturación y el asimilacionismo son los mecanismos de defensa que parecerían existir especialmente en el contexto de las minorías.¹²

¹¹ Las formas de lo alternativo en Colombia se refieren en particular a la homeopatía, acupuntura, bioenergética, quiropraxia, fitoterapia, numerología, quinesiología, naturopatía, terapia manual, esencias de gemas, reflexología, energía universal, aromoterapia y reiki, entre otros.

¹² Por asimilacionismo se entiende el acto de *recepción* de la sociedad mayoritaria a la minoritaria. No indica una acción en el sentido positivo, pues denota un

La búsqueda de estas nuevas identidades culturales y religiosas son de alguna forma la respuesta a innumerables trastornos que la ciencia médica encuentra en las elevadas tasas de suicidio, depresión, ansiedad y trastornos mentales frente a los cuales los tratamientos ortodoxos de la medicina biológica parecen ser insuficientes y justifican la adopción de otras formas de curar. En la experiencia “alternativa”, se suma además la hibridación con la ya tradicional experiencia local de la salud que recuerda las prácticas enraizadas en la medicina indígena amerindia.

Respecto a este fenómeno puede verse cómo en Colombia, a partir del cambio normativo propuesto por la Constitución Política de 1991, de la misma forma en la que se desarrolló una atomización política, se presentó simultáneamente atomización cultural y religiosa que abrió la posibilidad a la aparición de nuevas experiencias y dentro de ellas a nuevas explicaciones de la enfermedad.¹³

Esta apertura ha generado mediante múltiples mecanismos y racionalidades la confusión entre sectas y religiones y entre experiencias alternativas seguras e inseguras

acto de reconocimiento pasivo de la diferencia y de la identidad. El aculturamiento se refiere a la acción pasiva o activa para que la minoría acepte los elementos de la mayoría. La desculturación es una acción llevada a cabo por la sociedad mayoritaria para despojar de su cultura a la minoritaria (Thompson, 1996).

¹³ En Colombia hay 819 entidades religiosas, incluida la Iglesia Católica, registradas ante el Ministerio del Interior. Sin embargo, el número fácilmente puede ser superior a 1.000, pues según la Conferencia Episcopal Colombiana, hay organizaciones que funcionan en pequeños locales (“iglesias de garaje”) (Ministerio del Interior, 2005). No es posible determinar cuántas sectas existen en Colombia, ni cual ha sido su impacto positivo ni negativo en la práctica, aun cuando ya se conocen resultados tanto favorables como desfavorables en otras experiencias (Chatters, 2000).



o experiencias “idóneas” y no idóneas”. Así, han aparecido nuevas enfermedades derivadas de estas prácticas, pero cuya carga de la enfermedad para el sistema sanitario no está claramente establecida, representadas en intoxicaciones, lesiones auto infligidas, nuevos trastornos mentales, experiencias desadaptativas y suicidios colectivos. Un ejemplo de esta situación puede verse en la inclusión y nueva clasificación de los desórdenes mentales provocados por las sectas, incluidos en la categoría de “trastornos disociativos no especificados” en el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM IV- (American Psychiatric Association, 1994).

Todos estos elementos se consolidan como un aspecto clave para construir una explicación psico-dinámica, y ante todo psico-cultural, de la forma en que se han construido y reconstruido las identidades culturales en el país, frente a los elevados niveles de desigualdad en la última década. La búsqueda de nuevas opciones, que hoy se enmarcan en el discurso de la cultura, son una clara muestra de esta tendencia.

1.4 La transformación progresiva del concepto salud-enfermedad y sus determinantes

En la actualidad, la creciente literatura soportada en grandes estudios epidemiológicos, permite reconocer cómo los perfiles de enfermedad varían entre diferentes culturas; razón que justifica el desarrollo de políticas y programas específicos (Carter, 1999; Lasser, 2000; Kingsley, 2001; Milewa, 2002). Por lo tanto, las acciones en salud pública están fuertemente relacionadas con el problema de la cultura, el cual está determinado e íntimamente relacionado con los cambios en la estructura demográfica, el desplazamiento, la vigilancia epidemiológica, la genética, el

capital social, la comunicación, la participación en el mercado laboral, la ciudadanía, el acceso a los servicios de salud, el desarrollo sostenible, la concentración regional y la ocupación, entre otros (Mays, 2003; Muntaner, 2000; Warren, 2003; Ellison, 2000; Kreuter, 2004 y Nuhog, 2000).

2. El multiculturalismo en la práctica

2.1 El concepto de cultura sanitaria en Colombia

En Colombia, las prácticas tradicionales y la percepción estática de la sociedad han traído dificultades para afrontar los elementos seculares del proceso salud enfermedad frente a los ideales liberales, un factor reconocido en la modernización del país (González, 1997). Estas prácticas han dejado una herencia inconfundible en la que coexisten múltiples representaciones en torno a lo “premoderno” lo “moderno” y lo posmoderno (Suárez, 2001: 18).

En Colombia, coexiste un sistema de medicina occidental con elementos de la experiencia moderna, fuertemente centrado en el paradigma biológico (lesiones estructurales y fisiológicas, respuestas estructurales y fisiológicas, modelos de enfermedades y no de pacientes, medicinas desintegradoras del sujeto y de su espacio), articulado con experiencias “alternativas” y con aquellas provenientes de la medicina indígena y las prácticas locales del chamanismo, la brujería y el espiritismo.

Este es un sistema en el que se acepta el modelo sanitario de raigambre occidental, claramente mayoritario, adoptado para la prestación “oficial” de servicios a la medicina “idónea”. No obstante, operan otros tipos de medicinas en principio “no idóneas”, las cuales se dan de acuerdo a los arreglos

constitucionales que defienden la diversidad y el pluralismo cultural. Estas medicinas no son aceptadas en el sistema mayoritario pero tampoco son completamente prohibidas dentro de ámbitos culturales específicos. Esta situación condiciona la presencia de dos sistemas sanitarios paralelos, los cuales en la práctica no resultan excluyentes sino más bien complementarios en función de la representación cultural de la salud.

2.2 ¿Quiénes son los diferentes en Colombia y cómo se han reconocido?

A partir de la reforma sanitaria de 1993, las diferencias que han sido importantes en Colombia, parecen admitir únicamente a contados grupos “culturales”, a través de las categorías de raza, etnia y precariedad. El común denominador en la forma en la que estos grupos se han identificado, ha sido exclusivamente mediante los instrumentos de medición de la pobreza como el Sistema de identificación de beneficiarios (SISBEN), enfatizando en la condición socioeconómica, o por la vía de la identificación de los atributos negativos referidos al racismo, la segregación socio-cultural, la racialización y a lo largo de la tradición y la experiencia de clase, lo que recuerda el concepto del “reconocimiento pasivo” de Taylor.¹⁴ Esta

¹⁴ El planteamiento de Taylor se fundamenta en dos pilares que tienen origen en la íntima relación que existe entre identidad y reconocimiento, la cual tiene un desarrollo central en la modernidad con el pensamiento hegeliano. El primero, sustentado en el tránsito del honor a la dignidad y con el la aparición de un concepto denominado la “política de la dignidad igualitaria” que permitió la igualación de los derechos y de los títulos, evitando a toda costa la existencia de ciudadanos de “primera clase” y de ciudadanos de “segunda clase”. En segundo término, mediante la “política de la diferencia”, en la cual cada individuo es reconocido por su propia identidad, a diferencia de la primera que determina el establecimiento universal de los derechos, y se exige el reconocimiento de todas las personas como diferentes (Taylor, 1993: 60-1).

situación se torna más problemática cuando a la identificación negativa se suma el reconocimiento nominal de las culturas y no de su historia y su tradición.

Durante los últimos años estas diferencias son las que en realidad han hecho la diferencia. Al revisar algunos aspectos de la teoría liberal de Kymlicka, trasladados a las implicaciones y el alcance real de la salud en la construcción de una “cultura societal” —la cual representa en el contexto de elección un léxico compartido de tradición y convención en la cual el individuo es activo, participa y es libre—, se pueden identificar unos serios problemas de integración cultural en el sistema sanitario colombiano, relacionados con el falso reconocimiento.¹⁵

Buena parte de las explicaciones relacionadas con el difícil camino que hay que transitar para alcanzar el ideal de una “cultura societal” en Colombia, se encuentran en la forma en la que el ingreso desde lo tradicional hacia lo moderno parece ser más el fruto de un proceso de aculturamiento —como se verá más adelante— que de vivencia cultural compartida, mediante la utilización de estrategias novedosas que permitan el acceso a las “garantías del sistema”, en condiciones de desventaja social bajo el lema de las “estrategias de lucha contra la pobreza”.

Como resultado, la identificación cultural, siguiendo la denominación de Edward Sapir, esta lejos de la construcción y preservación de una “cultura genuina” a través del reco-

¹⁵ El concepto de “cultura societal” se constituye como la forma relevante para la construcción de la libertad individual. La cultura societal, es aquella que se crea y difunde mediante las memorias o valores compartidos y comprende todas aquellas instituciones y prácticas comunes, íntimamente ligadas al proceso de modernización, atadas a las instituciones económicas, políticas y educativas (Kymlicka, 1995: 112).



nocimiento de la identidad, la originalidad y la autenticidad, y se ha construido a partir de los principios de la “cultura espuria”, la cual se reconoce por sus atributos negativos (Sapir, 1961).

2.3 El discurso “modernizante” de la cultura en Colombia

Con estos elementos en mente, el discurso de la cultura sanitaria del sgsss, pareciera que se ha convertido en un “caballo de Troya” que por la vía del derecho positivo y de los principios constitucionales, ha favorecido una forma única y obligatoria de “cultura de la salud” enmarcada en el “derecho a la salud”, en términos de “garantías del sistema”.¹⁶

Por lo tanto, los nuevos elementos de igualación política, cívica y cultural no han permitido el desarrollo de modelos de reconocimiento activo de la diferencia, sino que más bien han permitido el desarrollo de procesos de a-culturamiento, des-culturación y asimilacionismo a la par de la modernización de las instituciones.¹⁷ Así mismo, la política

pública sanitaria en materia cultural parece haber adquirido una relevancia particular en aquellos momentos de coyuntura política.

Dentro de esta lógica, el Estado ha utilizado este discurso para regular la aplicación del reconocimiento de la diversidad jurídicamente, con unos fines que permiten identificar su racionalidad:

El Estado interesado en la aplicación de sus políticas ha permitido normativamente el reconocimiento de actores con quien negociar su propia intervención a partir de la discriminación positiva (affirmative action) en educación, salud o territorios con la ayuda de un sin número de instituciones especializadas. Así el Estado puede aparecer con estrategias para entrar, controlar y finalmente “modernizar” a las comunidades bajo la voluntad de otorgar y de reconocer la autonomía, logrando de un modo perverso controlarla, limitarla o simplemente negarla (Gros, 2000: 109-111).

En este escenario todas aquellas necesidades de tratamientos diferentes o vernáculos han quedado reducidas a la lógica de la práctica médica occidental; “las opciones son únicas”.

La consecuencia real de esta apertura institucional a lo moderno, ha permitido que los grupos “diferentes”, bajo condiciones de desigualdad, se hayan visto obligados a reducir su origen cultural al sinónimo de pobreza y precariedad, para mantener y por esta vía reivindicar los derechos que otorgan las instituciones, los cuales de otra manera perderían. Pero además, hipotéticamente, esta situación también plantea la posibilidad de la construcción de culturas a conveniencia. Por cualquier camino se llega al mismo sitio: la opción de lo cultural es un mecanismo de defensa social que asegura el acceso a los servicios sociales. Hasta el momento

¹⁶ Esto no quiere decir que en el Sistema Nacional de Salud (SNL) no existieran experiencias similares. El cambio radical se observó en el nuevo aparato institucional centrado en el mercado, el cual por su misma lógica buscó la afiliación de un importante segmento poblacional como los indígenas y las minorías.

¹⁷ Es de anotar que la modernización del sistema sanitario colombiano no es nueva, sino que más bien ha sido acompañada de los grandes cambios y tendencias desde hace más de dos siglos, con el arribo de la experiencia occidental de la salud, de las relaciones entre los sectores privados, la elite médica, el gobierno y los sectores productivos. No obstante, los procesos de modernización de los servicios de salud en términos de la multiplicidad de la cultura y del choque de los sistemas de la medicina tradicional y la experiencia occidental, en la arena de las políticas públicas, son una experiencia relativamente reciente que ha abierto el debate en los últimos años.

no es posible dar cuenta de la magnitud de este fenómeno en Colombia. No obstante, en otras experiencias todos estos fenómenos han sido reconocidos como los causantes del incremento y la aceptación de una “ciudadanía dual”, con derechos de primera y segunda clase, estratégicamente asumidos por el interesado; individualismo y libertad de escogencia a conveniencia (Gustafson, 2002: 463-8; Trevino, 1999: 157).

Según Giovanni Sartori “(...) el pluralismo está obligado a respetar la multiplicidad cultural con la que se encuentra, pero no está obligado a fabricarla (...)” (2001:32). Por consiguiente, la cuestión multicultural no se refiere a la composición demográfica, sino a las implicaciones que para el gobierno y la sociedad tiene la nueva experiencia del pluralismo (Rosales, 2001: 191). En aras de la diversidad no todo es cultura ni multicultural; la diversidad étnica, la diversidad racial y la diversidad cultural son conceptos completamente diferentes.¹⁸ En materia sanitaria, precisamente, la diversidad cultural es un meta-concepto, portador de múltiples representaciones individuales y colectivas en torno al proceso salud-enfermedad.¹⁹ En consecuencia, los problemas de la salud se

recrean en múltiples prácticas de la historia nacional que obligan a pensarlos en términos de Estado multicultural, multi-étnico y multi-racial (Banton, 2003).

Respecto a las formas de asimilacionismo, aculturación y des-culturación, los ejemplos relacionados con las Administradoras de Régimen Subsidiado Indígena (ARS-I) y de las Entidades Promotoras de Salud Indígenas (EPS-I), diseñadas para la administración de un régimen de beneficios universal comprendido en el POS, POS-S y PAB, dan cuenta de la forma mediante la cual probablemente se recrean estos procesos. En cuanto al asimilacionismo sanitario vale la pena mencionar que:

1. El carácter universal de los beneficios se lleva a cabo mediante las contribuciones privadas de una minoría de indígenas que pueden pagar las contribuciones por la vía del régimen contributivo, pero en la mayoría de los casos a través de una vía relacionada con los subsidios (que no alude a la cultura sino a la menesterosidad), enmarcada en planes de beneficios ajenos e impropios que se diseñaron mediante criterios diferentes al cultural.

2. A través del fenómeno de aculturación sanitaria, la igualdad se construyó sobre una base de defensa de los derechos del individuo y no del grupo. Al respecto, las fallas se relacionan además con la carencia de acciones reformativas del sistema educativo, que garantizaran la complementariedad de la medicina idónea con la experiencia tradicional, a la par de la educación para la convivencia cultural.

3. Históricamente la sociedad colombiana a partir de 1991, en materia de cultura, ha sido una sociedad de relativos consensos, que no parecen reequilibrar constantemente las demandas de reconocimiento con la

¹⁸ Por ejemplo, si se viera la organización cultural y la identidad de una forma piramidal, para la definición de estas categorías existe en el vértice una fuerza macro representada en la nacionalidad, luego en otro nivel inferior existen otros determinantes que son la etnicidad y la raza, en tercer lugar esta la tradición y finalmente la comunidad. Luego, para la construcción de la identidad la etnia es sólo una parte (Nazroo, 2003).

¹⁹ Las culturas sanitarias son difíciles de caracterizar porque al ser realidades socialmente construidas implican integración, diferenciación y ambigüedad en el tiempo; eEs decir, que tienen elementos de cohesión individual, valores y creencias contradictorias, identificables y dispares y, son ambiguas por cuanto sus atributos son en muchos casos irreconciliables, desinteresados, ignorantes e indiferentes con respecto a otras culturas (Peck, 2001).



capacidad integradora del sistema político, situación que ha mantenido el debate de la salud y la cultura en una segunda línea (especialmente la relacionada con las coberturas), un problema que nos remite a la forma en la que se está llevando a cabo la representación política de las minorías.

Frente a las formas de des-culturación, la adopción del sgsss favoreció y fomentó la exclusión cultural, pues en términos de ganancia para las minorías (cobrimiento) se ha sacrificado en buena parte el acervo cultural. No obstante, a casi 15 años de la reforma del sistema sanitario, estas pérdidas se han justificado bajo el discurso del ejercicio de los “derechos” en función de unos mínimos, los cuales han permitido que en términos de pobreza “todo haya sido ganancia”.²⁰

Finalmente, en cuanto al carácter coyuntural de la política pública sanitaria en materia de cultura, las diferencias efectivamente han resultado ser importantes a la hora de tomar las decisiones pero a través de una lógica bien distinta de la que dictan las agencias internacionales, la Constitución y la teoría. Una respuesta factible la ofrece Sartori al referirse al reconocimiento y a la acción afirmativa: “[...] las diferencias que cuentan son cada vez más las diferencias puestas en evidencia por el que sabe hacer ruido y se sabe movilizar para favorecer intereses económicos o intereses electorales [...]” (Sartori, 2001: 87).

Prueba fehaciente de esta situación puede verse en relación con la asignación de

²⁰ Este fenómeno ha sido analizado detalladamente por Abel y tiene su origen en las formas de ejercicio de la medicina occidental hasta bien entrados los años ochenta, cuando posaba como una parte de un sistema de dominación elitista frente al cual lo tradicional se presentaba como una protesta contra el orden dominante, asociada a unas expectativas de cambios radicales muy pobres y lejanas (Abel, 1996:16-42).

subsidios a la población indígena por la vía del Régimen Subsidiado (rs) en la cual los fraudes, la asignación de carnés, la inclusión de familias ficticias y los desfalcos al Estado, obedecen y se realizan con el objeto de favorecer los intereses electorales y económicos de grupos particulares.

Las políticas de lo cultural en materia sanitaria, y en general, parecen haberse convertido entonces en un espacio para la promulgación de un discurso que corresponde a las dinámicas coyunturales de la historia colombiana reciente. Como resultado, se han gestado espacios para el “reconocimiento interesado de las diferencias”, el cual no es un verdadero reconocimiento en términos de la política de la diferencia y la ética hegeliana, —desde la teoría comunitaria de Taylor—, el cual representa una forma más de opresión que perpetúa la exclusión social y la desigualdad.

El resultado final de toda esta dinámica corresponde a un proceso de igualación y homogenización cultural el cual también se ha visto afectado durante la puesta en marcha del sistema. Para el 2004 el gobierno informó que medio millón de indígenas están cubiertos por el régimen subsidiado de salud, a través de siete empresas prestadoras de servicios de salud en zonas indígenas del país, las cuales son insuficientes y no garantizan el derecho a la salud. Al menos el 60% de las mujeres en situación de desplazamiento no tienen acceso a los servicios de salud y como resultado de la violencia se ha afectado la disponibilidad de médicos, técnicos de salud y las campañas de vacunación (ONU, 2004).

3. El problema de la justicia distributiva y la cultura sanitaria

De acuerdo con el concepto de igualdad en Colombia, contenido en el artículo 13



de la Constitución Política, para que sea admisible el trato diferente, situación absolutamente aplicable al campo sanitario, este debe cumplirse y objetivarse en términos de hecho, finalidad, racionalidad, razonabilidad, proporcionalidad y eficiencia.²¹ Este concepto permite generar una distinción entre discriminación y diferenciación, que es el elemento fundamental para calibrar el alcance del principio de igualdad, situación que permite ponderar la *affirmative action*.

Con la situación percibida en materia de cultura sanitaria, el número y la magnitud de los problemas resultantes son un reflejo del porqué los ideales de justicia e igualdad sanitaria son difícilmente alcanzables.

Parte de la explicación se encuentra en la lógica y los instrumentos mediante los cuales se ha definido “lo diferente”, pero además se encuentra la forma y en las instituciones mediante las cuales se ha construido la diferencia. Siguiendo a Walzer, en Colombia la distribución de la salud, como bien universal, parece realizarse en torno al bien y no a la necesidad, en condiciones de desigualdad frente al mismo.²² De esta forma, la construc-

ción de las identidades sociales ha permitido que la cultura se haya reducido en función del carácter de menesterosidad y no en una esfera de bienestar y seguridad, la cual en términos de la justicia distributiva de Walzer se haría de acuerdo a el reconocimiento de necesidades sociales y de situaciones particulares y, en segundo lugar de acuerdo al reconocimiento y pertenencia a grupos culturales concretos.

Las inevitables consecuencias de este fenómeno han sido denunciadas en términos de las dificultades y oportunidades para utilizar modelos de capital social y cultural. Estos modelos por definición, dependen de las conexiones del grupo cultural, su tamaño, su tasa de crecimiento, sus representaciones concretas y de los de procesos de incorporación social y no de las credenciales, las normas legales o la incorporación nominal (Nee, 2001: 389). Al tomar en cuenta este punto, desde la universalidad del sistema sanitario colombiano, puede darse cuenta que lo universal resulta ser precisamente la inclusión nominal y progresiva de toda la población siguiendo los supuestos de la norma legal, una opción a la vez excluyente de la diferencia en nombre de la gran narrativa “universalizante” por la vía de las coberturas en salud.

Ahora bien, frente a la exigente tarea de la construcción de una democracia cultural en Colombia subyacen varios problemas que

puede encontrarse que en el fondo del problema, la justicia distributiva es una construcción humana que resulta de esos arreglos, y como todos sus bienes son bienes sociales frente a los cuales los individuos asumen identidades concretas y reconocibles; los criterios de distribución que se utilizan se hacen con respecto al bien social y no al bien mismo. Este sentido fundamenta el principio de *igualdad compleja*. Así los significados sociales dinámicos en la historia hacen que la distribución sea justa e injusta y por la misma vía autónoma (Walzer, 1997: 21).

²¹ Según la Corte Constitucional un trato diferencial exige los siguientes requisitos: (i) que la persona se encuentre en diferente situación de hecho; (ii) que el trato diferente tenga una finalidad; (iii) que dicha finalidad sea razonable, vale decir, admisible desde la perspectiva de los valores y principios constitucionales; (iv) que la diferencia de situación, la finalidad que se persigue y el trato desigual que se otorga, sean coherentes entre sí o, lo que es lo mismo, guarden racionalidad interna y; (v) que esa racionalidad sea proporcionada, de suerte que la consecuencia que constituye el trato diferente no guarde una absoluta desproporción con las circunstancias de hecho y la finalidad que la justifican” (CCC: ST-330-1993).

²² De acuerdo con el planteamiento teórico de Walzer sobre la forma en la que las explicaciones generalizadoras de la sociedad moderna han sufrido transformaciones con motivo de las particularidades y arreglos sociales fruto de la historia y la cultura,



han obstaculizado los avances en materia cultural y que determinan parte de los inconvenientes en materia de justicia sanitaria. En primer lugar, de acuerdo con los supuestos liberales de Kymlicka, en el país se otorgaron, a partir de 1991, una serie de derechos de autogobierno a través de la transferencia de competencias a las minorías.²³ No obstante, en la realidad, esos derechos, que fueron asignados como “derechos intrínsecos”, es decir, como derechos diferenciados de grupo, parecieran no tener un desarrollo suficiente para permitir que, desde la perspectiva de los derechos especiales de representación y de autogobierno, sea posible que en materia sanitaria exista un trato diferenciado.²⁴ Al respecto, varios grupos indígenas han manifestado el no reconocimiento por parte del Estado de la diversidad étnica y cultural, así como del derecho a la jurisdicción especial; el no reconocimiento de su autonomía, de

su gobierno propio y de sus propias leyes y formas de resolver los conflictos en el interior de sus comunidades, así como la destrucción, la falta de respeto y las limitaciones al acceso a sus sitios sagrados (ONU, 2004). En segundo lugar, la explicación puede encontrarse en el acelerado proceso de transformación en el campo cultural y sanitario que no tuvo en cuenta la falta de preparación de los diferentes actores, a partir de 1991, para adaptarse y asumir autónomamente dicha transformación.

Luego, el problema es más complejo de lo que parece por cuanto no se trata de acomodar las diferencias de manera aceptable y moralmente defendible para poder dar paso a la ciudadanía diferenciada. Se trata de gestar una política sanitaria que responda a las diferencias de acuerdo a las necesidades, haciendo frente a lo que Savater denomina “homogenización universal”, inevitable consecuencia de la mundialización por una parte, y por otra, de la creciente heterofobia que convierte cada diferencia humana en un pretexto de hostilidad o exclusión (Savater, 2000: 11).

4. ¿Igualdad simple o compleja?

Desde la perspectiva de Walzer, el sgsss parecería haber favorecido un proceso de igualdad simple en Colombia, dado que el discurso se extiende por toda la gama de bien social para todos, en iguales condiciones, y no de acuerdo con la cultura e historia particular de sus “grupos culturales”. Hasta el momento es difícilmente alcanzable un modelo de igualdad compleja en el sgsss, dado que la diversidad de criterios distributivos, significados y acuerdos en función de la representación cultural de la enfermedad no se realiza, sino que se plantea en términos de la igualdad numérica, es decir de la relación, que también es estrecha, de unos a otros por

²³ De acuerdo con el planteamiento de Iris Young, Kymlicka construye el concepto de la “ciudadanía diferenciada” mediante tres formas de derechos diferenciados en función del grupo: i) derechos de autogobierno, que representan las reivindicaciones de autogobierno adoptadas mediante la transferencia de competencias a una unidad política controlada por los miembros de la minoría, y asimilados como “derechos intrínsecos” y, por tanto, permanentes, ii) derechos poli étnicos, que denotan las medidas específicas de pertenencia y qué tienen como objetivo ayudar a los grupos étnicos y a las minorías a que expresen sus particularidades y su orgullo cultural sin que ello obstaculice su éxito en las instituciones económicas y políticas de la sociedad dominante y, iii) derechos especiales de representación que garantizan que la minoría tenga inherencia injerencia en todo aquel organismo que pueda interpretar o modificar sus competencias de autogobierno (Kymlicka, 1995: 52).

²⁴ Sin embargo, ha sido reconocido que los regímenes liberales se basan en un concepto abstracto del individuo a partir del cual se instaura una igualdad meramente normativa que atiende a las formalidades legales, ciega para atender las identidades particulares de personas y grupos, lo cual no responde a las exigencias de la diferencia cultural (Tovar, 2000: 12-13).

medio del bien y no de su significado. Por consiguiente, la política pública sanitaria del sgss en la práctica no se presenta como una política pluralista, pues no parece claro hasta que punto existe un intercambio libre del bien social, no hay merecimiento activo de reconocimiento ni tampoco hay distribución diferente de acuerdo con necesidades diferentes.

Luego, el teórico multiculturalismo sanitario del país, siguiendo a Wieviorka, es hasta ahora un multiculturalismo desintegrado, que se presenta como una respuesta al reto de lo cultural más que como un ejercicio legítimo de la cultura.²⁵ Es desintegrado por cuanto se fundamenta en las inequidades sociales, la pérdida del respeto y reconocimiento de las culturas, el cual carece de los fundamentos de la interculturalidad —quizás el problema no radique en cuantas culturas, subculturas y grupos existan, sino en la forma en la que se relacionan unos con otros y se generan las formas de intercambio social—. Es un multiculturalismo que no ve más allá de la raza ni de la etnicidad, por lo que en un sentido

preciso, el sistema carece de alternativas que favorezcan el reconocimiento, lo cual implica que todas las culturas no tengan “igual valor”.

Entonces, ¿por qué no hemos podido transitar a un modelo de igualdad compleja en el sgss? Por una parte, la respuesta se sitúa en los problemas mismos del Estado colombiano, pues no es un país absolutamente liberal con un Estado plenamente neutral, sino que más bien es un país que admite el liberalismo, pero en el que el Estado juega un papel importante en su modulación, a través de políticas públicas como la sanitaria. Segundo, porque de conformidad con las protecciones externas de la teoría de Kymlicka, no existen suficientes avances en materia de representación política y las manifestaciones que llegan a existir carecen de los elementos propios del debate multicultural e intercultural.²⁶ Tercero, porque en aspectos tan delicados como el de salud, en relación con las restricciones internas de la teoría liberal de Kymlicka, la información es limitada; es decir, que aun no se conocen completamente las prácticas de la salud en varios grupos particulares, lo cual es necesario con el fin de determinar los perfiles de morbilidad, mortalidad y la seguridad de

²⁵ Siguiendo la perspectiva de Wieviorka el multiculturalismo tiene diversas vertientes siendo una de ellas la sociológica en donde el multiculturalismo es más un problema que una respuesta. De otro lado se encuentra el multiculturalismo filosófico el cual tiene en consideración las ventajas y los límites de las medidas políticas y legales asociadas con una perspectiva multiculturalista, en donde en consecuencia entra en juego lo deseable y lo indeseable, las contribuciones y los costos para la sociedad a la luz de los criterios éticos y morales; el multiculturalismo es una respuesta. Finalmente, la visión del multiculturalismo desde la ciencia política enfoca el análisis de las formas políticas e institucionales a través de las cuales el principio multiculturalista es llevado a cabo, así como la evaluación de sus efectos. Al hablar del multiculturalismo integrado Wieviorka se refiere a un concepto en el cual el sujeto ocupa un lugar en la diferencia cultural, lo cual provee una articulación de los derechos y la razón, evitando los aspectos abstractos del universalismo que demanda arreglos democráticos (Wieviorka, 1998).

²⁶ Kymlicka diferencia dos tipos de reivindicaciones que un grupo étnico o nacional podría hacer. Primero, aquellas que protegen al grupo del diseño interno, conocidas como “restricciones internas” -insertas en las relaciones intragrupal-, que implican el control de la libertad de quienes están sujetos a la autoridad en el grupo pretendiendo de esta forma dar garantía al cumplimiento del deber y al mínimo de responsabilidad cívica de los ciudadanos; segundo, aquellas que protegen al grupo del impacto de las decisiones externas, es decir conforma un grupo de “protecciones externas” -que implican las relaciones intergrupales-, las cuales garantizan la existencia y la identidad específica del grupo al limitar el impacto de las decisiones de la sociedad en la que este se encuentra. A ambos tipos de reivindicaciones se les conoce como “derechos colectivos” (Kymlicka 1995: 58-59).



las prácticas, en términos sociales para que sean reconocidas.

Por lo tanto, si aun no es posible discernir sobre el problema de las restricciones internas y si las protecciones externas cuentan con grandes problemas, entonces, ¿cómo se han construido los derechos colectivos en materia de salud en Colombia? El problema probablemente se ha solventado por la vía de la justicia social que indica que en aras de la libertad individual y de la libertad de las minorías todos los colombianos —y “todos los grupos culturales”— tienen en principio el derecho al aseguramiento en salud. Este fenómeno permite entender, adicionalmente, el porqué de la lógica del aseguramiento universal, por cuanto la opción de la diferencia y lo multicultural, no permite una adecuada articulación de la experiencia occidental y de la experiencia local a través del mismo modelo sanitario. Estos son dos sistemas paralelos, mas no excluyentes, que cohabitan en todas las regiones del país, pero que en términos de política social y sanitaria no admiten experiencias simultáneas a través del SGSS.

En el fondo, este es un problema de bienes sociales y necesidades, que se ha arreglado nominalmente por la vía numérica de las coberturas de arriba hacia abajo; en otras palabras, el Estado ha cumplido con los derechos de los habitantes al asegurarlos, pero no les ha permitido que generen acuerdos de abajo hacia arriba para la construcción de un bien social, de acuerdo con la cultura y las necesidades. De esta forma, la opción sanitaria de lo culturalmente diferente queda inscrita en otro discurso constitucional, que alude a su carácter patrimonial, en términos de tradiciones y expresiones culturales de nuestra diversidad. Las representaciones de la salud parecen quedar “dispersas” y forman parte de las “expresiones artísticas” del ideario cultural de la Constitución Política.²⁷

Luego, la inscripción de lo cultural en un discurso diferente del propio de la salud, constituye uno de los elementos que permiten entender la carencia de conocimiento, no sólo del Estado sino de la mayoría, en torno a otras experiencias vividas en relación con el proceso salud-enfermedad. Como resultado, las políticas desligan al individuo de su entorno y le asignan unos derechos que a lo mejor son los que no necesita o los que le toca tener por pertenecer geográficamente a un territorio; un problema que debe enfrentarse desde las políticas públicas. ¿Existe alguna alternativa para estos problemas?

A manera de reflexión: políticas culturales en tiempos difíciles, ¿existen alternativas?

En primer lugar, las respuestas plantean nuevos retos y dilemas: ¿Cómo mejorar la salud de las minorías sin deteriorar la de la mayoría, en términos del debate sobre la equidad y la eficiencia de las políticas públicas?, ¿cómo desarrollar una política sanitaria de carácter intercultural y multicultural legítima, universal e incluyente sin aculturamiento ni desculturación?, y ¿cómo desarrollar una forma para ajustar los significados (antropología) a las mediciones (epidemiología) sin perder de vista la eficiencia y la sostenibilidad del sistema? (Doyal, 2000: 931-939 y Cashmore, 2002: 337).

En segundo lugar, estas respuestas, nuevos retos y dilemas plantean un problema desde las categorías sociales. ¿Hay que empezar a desdibujar las categorías de clase y empezar a legitimar las de raza, subcultura y etnia? ¿Por dónde debe empezar la respuesta de

²⁷ Kymlicka se ha referido a esta forma de apelar al valor de la diversidad cultural, en un sentido casi -estético, alternativo, de organización social adaptable a nuevas circunstancias, que remite a una presunción eminentemente artística (Kymlicka, 1995: 166).



la política pública, por la universalidad nominal, sin pasar primero por un análisis de la opresión y de la exclusión sanitaria, o por desarrollar de una vez un modelo que privilegie las diferencias? ¿Cómo hacer frente a esa homogeneización universal? ¿Es eficiente la construcción de un pos “cultural”? ¿Cómo se articula el concepto de diversidad cultural con las políticas públicas?

A manera de síntesis, existen tres características del modelo de atención sanitaria y la opción para la diferencia en Colombia. Primero, las diferencias se justifican o se confunden en función de la “clase” y precariedad, más que de la cultura, y por esa razón los tratamientos diferenciales no existen sino que existen los tratamientos de “igualación simple”. Segundo, las relaciones entre Estado y minoría y de las minorías entre sí son limitadas, razón que hace pensar en un multiculturalismo fragmentado y en unos procesos de interculturalidad muy pobres. Y tercero, la opción para que coexistan la experiencia tradicional y la occidental bajo el sistema general de seguridad social, es lejana, puesto que ambas no son categorías asimilables desde la “idoneidad” de las prácticas que exige el modelo.

Desde la perspectiva teórica han sido abordados los dilemas que tienen que ver con la universalidad e igualdad del sistema, siendo necesario recordar que estos conceptos son los que se presentan como la racionalidad y la lógica que rigen al sistema sanitario. No obstante, el tercer dilema nos remite a una discusión práctica sobre cómo articular diferencias, significados, políticas públicas y epidemiología, elementos comunes que pueden encontrarse en la antropología, y luego en el modelo educativo que permitiría hacer frente a esas experiencias de “idoneidad”.

Por una parte, el poder de los métodos cuantitativos tiene una gran importancia para la

salud pública y la política; este es el papel de la epidemiología.²⁸ Por la otra, la investigación etnográfica y la atención a los conceptos locales de salud – enfermedad, traen consigo una articulación de la antropología con las formas de política pública y práctica clínica. Por lo tanto, los esfuerzos de la antropología médica y de la epidemiología cultural son invaluable herramientas que permiten comenzar a conocer las diferentes vías locales de la cultura con la forma de caracterizar los problemas de salud y se presentan como una alternativa para orientar la práctica médica al entender su racionalidad.

Esta es una alternativa válida, especialmente por que se ha reconocido que, hasta el momento, la antropología sigue enfocada en los significados más que en las mediciones y en el día a día de las comunidades, más que en las abstracciones formales (Herman, 1991). Por lo tanto, este ejercicio privilegia el análisis de las necesidades particulares y facilita la formulación de políticas públicas focalizadas en problemas particulares, y no mediante decisiones de escritorio.

Este enfoque permite en primer lugar el análisis del estigma cultural,²⁹ un componente central de la enfermedad social, que comienza a ser reconocido y públicamente importante en materia sanitaria, especialmente en el campo de la salud mental. Así mismo, este enfoque es útil para definir los

²⁸ La epidemiología cultural es referida como el área asociada con las distribuciones de representaciones (y consecuentemente con las modificaciones del ambiente en el cual interviene en dichas distribuciones).

²⁹ Buena parte del estudio de la estigmatización se ha centrado en el estudio del racismo, el cual afecta la salud por varias vías: (i) desventajas socio-económicas, (ii) auto humillación, (iii) uso de los servicios de salud, (iv) morbilidad y, (v) discapacidad (La Veist, 2000; Smith, 2000; Atkim, 1991 y Pfeffer, 1998).



patrones locales y diversos de enfermedad y facilita el estudio deliberado de otras formas culturalmente importantes como el auto daño. En segundo lugar, hace viable el estudio de las inequidades desde la cultura y la salud, ofreciendo explicaciones en cuanto a las creencias y comportamientos, conceptos, imágenes del cuerpo, organización de la familia, lenguaje y comunicación (Weiss, 2001: 1-18).

Estos métodos cada día cobran más fuerza por cuanto las opciones tradicionales representan una medición de la carga de la enfermedad en términos corrientes: reproductiva, materno fetal, infantil, trauma, enfermedades crónicas y degenerativas. La opción de la epidemiología cultural abre paso al uso concomitante de estas categorías con nuevas categorías particulares de la cultura.³⁰

Esta opción podría dar paso al desarrollo de políticas de salud de tipo intercultural, las cuales tienen al menos dos niveles de expresión: uno el de las acciones y actividades que materializan la interacción entre medicinas, y otro el de la cultura, que sustenta los modelos médicos en interacción (Alarcón, 2003).

Como consecuencia, un modelo centrado en la epidemiología cultural favorecería medidas específicas centradas en el auto cuidado, permitiendo establecimiento de relaciones entre la cultura y su ambiente —contexto inmediato; discriminación per-

cibida; empleo; bienestar emocional; tipos de ocupación y oportunidades— (Porto Alegre, 2002, Kornfeld, 1998 y Boström, 2003). En cuanto a la educación, los retos en salud se enmarcan en la forma de entender la multiplicidad de significados, en la forma de eliminar las disparidades de los resultados sanitarios en términos de raza y etnicidad y, en la forma de cerrar un poco más las brechas entre médicos y pacientes, a través de la construcción de una concordancia y complementariedad culturalmente mediada en torno al proceso salud enfermedad, razonable y políticamente viable (Turner, 2002: 297 y Genao, 2003: 136).

Bibliografía

- Abel, C. 1996. *Ensayos de historia de la salud en Colombia: 1920-1990*. iepri, Grupo Editorial 87. Bogotá.
- Alarcón, A. y Vidal, A. 2003. "Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales". *Revista Médica Chile*. 131: 1061-1065.
- Atkim, K. 1991. "Health, illness, disability and black minorities: a speculative critique of present day discourse disability". *Handicap & Society*. 6 (1).
- Banton, M. 2003. "Reports on minority rights". *Ethnic and Racial Studies*. 26 (1): 173-176.
- Boström, G & Rose'n, M. 2003. "Measuring social inequalities in health – politics or science?" *Scand J Public Health*. 31: 211-215.
- Carlisle, S. 2001. "Inequalities in health: contested explanations, shifting discourses and ambiguous policies". *Critical Public Health*. 11 (3).
- Carter, O. & Woo, V. 1999. "Role of racial and ethnic minorities in the United States". *Ethnicity & Health*. 43: 117± 120.
- Cashmore, E. 2002. "Behind the window dressing: ethnic minority police perspectives on cultural diversity". *Journal of Ethnic and Migration Studies*. 28 (2): 327± 341.
- Chatters, L. 2000. "Religion and health: Public health research and practice". *Annu. Rev. Public Health*. 21: 335-67.
- Corte Constitucional de Colombia. <<www.ramajudicial.gov.co/esj_portal/jsp/frames/index.jsp?idsitio=6&ruta=../jurisprudencia/consulta.jsp>>

³⁰ Usar un sistema común de medición y categorías no es necesariamente discriminatorio, pues la nomenclatura y clasificación de las enfermedades permiten la creación de una taxonomía ordenada, la realización de estudios comparativos y perfiles de la carga de la enfermedad entre países y regiones, facilita la investigación sanitaria y favorece la comunicación en términos de categorías identificables. La opción de la epidemiología permite entender en este contexto que las enfermedades no son universales sino que están atadas a la cultura.

- DANE. 2005. <<http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/empleo/ech/ech_13areas_noviembre05.xls>>
- Doyal, L. 2000. "Gender equity health: debates and dilemmas". *Social Science & medicine*. 51: 931-939.
- American Psychiatric Association. 1994. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Fourth edition (dsm-iv). Washington D.C.
- Ellison, G. & Jones I. 2002. "Social identities and the 'new genetics': scientific and social consequences". *Critical Public Health*. 12 (3).
- Gaviria, C. 2002. *Sentencias: herejías constitucionales*. Fondo de Cultura Económica Bogotá.
- Genao, I. 2003. "Building the case for cultural competence". *The American Journal of the Medical Sciences*. September. 326 (3): 136-140.
- González, F. 1997. *Poderes enfrentados: Iglesia y Estado en Colombia*. cinep, Anthropos. Bogotá.
- Gros, C. 2000. *Políticas de la etnicidad: identidad, Estado y modernidad*. Instituto Colombiano de Antropología e Historia. Bogotá.
- Gustafson, P. 2002. "Globalisation, multiculturalism and individualism: The Swedish debate on dual citizenship". *Journal of Ethnic and Migration Studies*. July. 28 (3): 463± 481.
- Helman, C. 1991. "Medicine and culture: limits of biomedical explication". *Lancet*. (337): 1080-1094.
- Instituto Colombiano de Medicina Legal y Ciencias Forenses (icmlcf). 2005. <http://www.medicinalegal.gov.co/paginaweb_z_crnv/2%20homicidio.pdf>>
- Kickbush, I. 2000. "The development of international health policies accountability intact?" *Social Science & Medicine*. (51): 979-989.
- Kingsley, S. 2001. "Creating the climate for diversity and race equality in health care". *Ethnicity & Health*. 6(3/4): 255-263.
- Kornfeld, J. 1998. "Reaching minority and underserved populations: The impact of the cancer information service's outreach program". Part 3. *Journal of Health Communication*. 3 (suppl.): 36-49.
- Kreuter, M. & McClure, S. 2004. "The role of culture in health communication". *Annu. Rev. Public Health*. 25: 439-55.
- Kymlicka. 1995. *Ciudadanía multicultural*. Paidós. Barcelona.
- Lasser, K. & Himmelstein, D. 2002. "Do minorities in the United States receive fewer mental health services than whites?" *International Journal of Health Services*. 32 (3): 567-578.
- La Veist, T. 2000. "On the study of race, racism, and health: a shift from description to explanation". *International Journal of Health Services*. 30 (1): 217-219.
- Ministerio de la Protección social de Colombia. 2003. *Encuesta nacional de salud mental*.
- Mays, V. y Ninez A. 2003. "Classification of race and ethnicity: Implications for public health". *Annu. Rev. Public Health*. 24: 83-110.
- McKee, M. & Adany, R. 2004. "Health status and trends in candidate countries." In: Martin McKee & Laura Mac Lehosé (eds). *Health policy and European Union enlargement*. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Open University Press. Philadelphia.
- Milewa, T & Harrison S. 2002. "Citizen's participation in primary healthcare planning: innovative citizenship practice in empirical perspective". *Critical Public Health*. 12 (1).
- Muntaner, C. 2000. "Social capital and the third". *Critical Public Health*. 10 (2).
- Nazroo, J. & Karlsen, S. 2003. "Patterns of identity among ethnic minority people: Diversity and commonality". *Ethnic and Racial Studies*. September. 26 (5): 902-930.
- Nee, V. & Sanders, J. 2001. "Understanding the diversity of immigrant incorporation: a forms-of-capital model". *Ethnic and Racial Studies*. May. 24 (3): 386-411.
- Nuhog, S. 2000. "Citizenship and identity: living in diasporas in post-war Europe?" *Ethnic and Racial Studies*. January. 23(1): 1-15.
- O'Keefe, M. 2000. "Equity, democracy and globalization". *Critical Public Health*. 1 (2).
- ONU. 2000. Declaración del milenio. <<<http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/ares552.html>>>
- ONU. 2004. Cuestiones indígenas: derechos humanos y cuestiones indígenas. Informe del relator especial sobre la situación de los derechos humanos y las libertades fundamentales de los indígenas. E/CN.4/2005/88/Add.2.
- Peck, E. & Towell, D. 2001. "The meanings of 'culture' in health and social care: a case study of the combined trust". *Somerset Journal of Interprofessional Care*. 15 (4).
- Pfeffer, N. 1998. Theories of race, ethnicity and culture. *BMJ*. November. 317 (14): 1381-1384.



- PNUD. 2003. Informe nacional de desarrollo humano. <<http://indh.pnud.org.co/index_plx?f=1116088495>>.
- Porto Alegre, 2002. Report from Porto Alegre. Health as an essential human need, a right of citizenship, and a public good: health for all is possible and necessary. *International Journal of Health Services*. 32 (3): 601-606.
- República de Colombia. *Ley 23 de 1981: normas sobre ética médica*. Imprenta Nacional. Bogotá.
- Rosales, J. 2001. "Multiculturalismo e igualdad de oportunidades: un ensayo sobre el coste de los derechos". En: Ciudadanía e interculturalidad. *Revista Antropos*. 191: 79-93.
- Sapir, E. 1961. "Culture, genuine and spurious" En: David G. Mandelbaum (ed.). *Culture, language and personality, selected essays*. University of California Press. Los Angeles.
- Sartori, G. 2001. *La sociedad multiétnica: pluralismo, multiculturalismo y extranjeros*. Taurus. Barcelona.
- Savater, F. 2000. "De las culturas a la civilización". En: S. Giner (coord): *La cultura de la democracia: el futuro*. Ariel. Barcelona.
- Smith, G. & Chaturvedi, N. 2000. "Ethnic inequalities in health: a review of UK epidemiological evidence". *Critical Public Health*. 10 (4).
- Stewart Brown, S. 2000. "What causes social inequalities: why is this question taboo?" *Critical Public Health*. 10 (2).
- Suárez, R. et al. 2001. "Etnicidad y Ley 100 de 1993. Un proyecto de seguridad social en salud dentro del marco de una narrativa multicultural". En: R. Suárez (comp). *Reflexiones en salud: una perspectiva desde la antropología*. CESO, Universidad de los Andes. Bogotá.
- Taylor, Ch. 1993. *El multiculturalismo y la "política del reconocimiento"*. Fondo de cultura Económica, México.
- Thompson, K. 1996. *Key quotations in sociology*. Routledge. London.
- Tovar, L. 2000. *¿Es posible una democracia intercultural en Colombia?* Ministerio de Cultura, Editorial Panamericana. Bogotá.
- Trevino, F. 1999. "Quality of health care for ethnic/racial minority populations". *Ethnicity & Health*. 4(3): 153±164.
- Turner, L. 2002. "Bioethics and end-of-life care in multi-ethnic settings: cultural diversity in Canada and the USA mortality". 7 (3).
- UNESCO. 1998. *Intergovernmental conference on cultural policies for development*. Stockholm (Sweden), 30 March - 2 April 1998.
- UNESCO. 2003. *Convención para la Salvaguardia del Patrimonio Cultural Inmaterial*. <<www.unesco.org/culture/pluralism/diversity/html_sp/index_sp.shtml>>
- Walzer, M. 1997. *Las esferas de la justicia: Una defensa al pluralismo y la igualdad*. Fondo de Cultura Económica. México.
- Warren, T & Britton, N. 2003. "Ethnic diversity in economic wellbeing: the combined significance of income, wealth and assets levels". *Journal of Ethnic and Migration Studies*. January. 29 (1): 103-119.
- Weiss, M. 2001. "Cultural epidemiology: An introduction and overview". *Anthropology & Medicine*. 8 (1).
- Wieviorka, M. 1998. "Is multiculturalism the solution?" *Ethnic and Racial Studies*. 21 (5).



ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA HOSPITALARIA

Con el auspicio del Hospital Universitario de San Ignacio
y la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
PROGRAMAS DE POSGRADO EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

