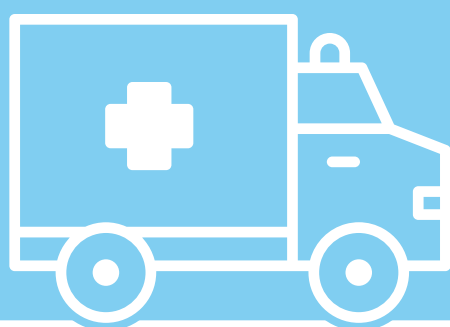




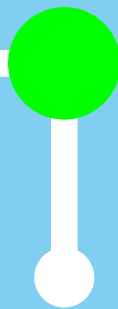
**MU
TAN
TE**

ANATOMÍA DEL FRACASO DEL SISTEMA DE SALUD TRADICIONAL EN EL AMAZONAS



Conversación con el médico
Pablo Martínez Silva

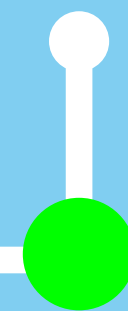
#HABLEMOSDELAMAZONAS

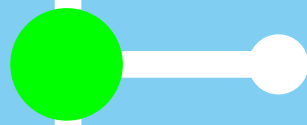


Desde finales de los años 70 **se desplegaron por todo el país equipos de salud que salían de los hospitales y llegaban hasta las comunidades más apartadas de los centros urbanos**, incluyendo gran parte del territorio de la Amazonía. Se trató de una estrategia planteada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), llamada “Salud para Todos en el 2000”.

La idea era que las instituciones de salud llegaran hasta las comunidades, no al contrario.

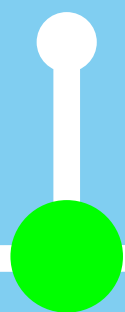
Así, los equipos médicos permanecían en los territorios entre 2 y 8 meses.





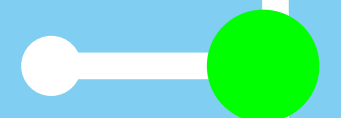
Esta modalidad tenía en cuenta las particularidades geográficas, acciones de autocuidado para prevenir las enfermedades y la participación activa de la comunidad: **los médicos establecían una relación directa con las organizaciones indígenas.**

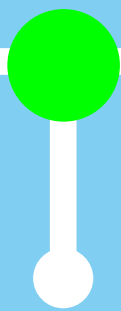
La Ley 100 de 1993 separó funciones que antes estaban integradas: la dirección, la financiación, la articulación con otras entidades y la prestación de la salud. Esto implicó la creación de nuevos mecanismos como las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y conceptos para el funcionamiento del sistema de salud, como la **gestión del riesgo**.



La gestión del riesgo significa que los que están sanos contribuyen a pagar la atención de los enfermos. Esto quiere decir que todas las personas pagan pero no todas se enferman, así que quedan recursos disponibles para atender a los que sí lo hacen.

Para que esta distribución funcione deben existir grandes conglomerados de población, y allí está el problema: en el Amazonas hay comunidades con muy pocos habitantes.



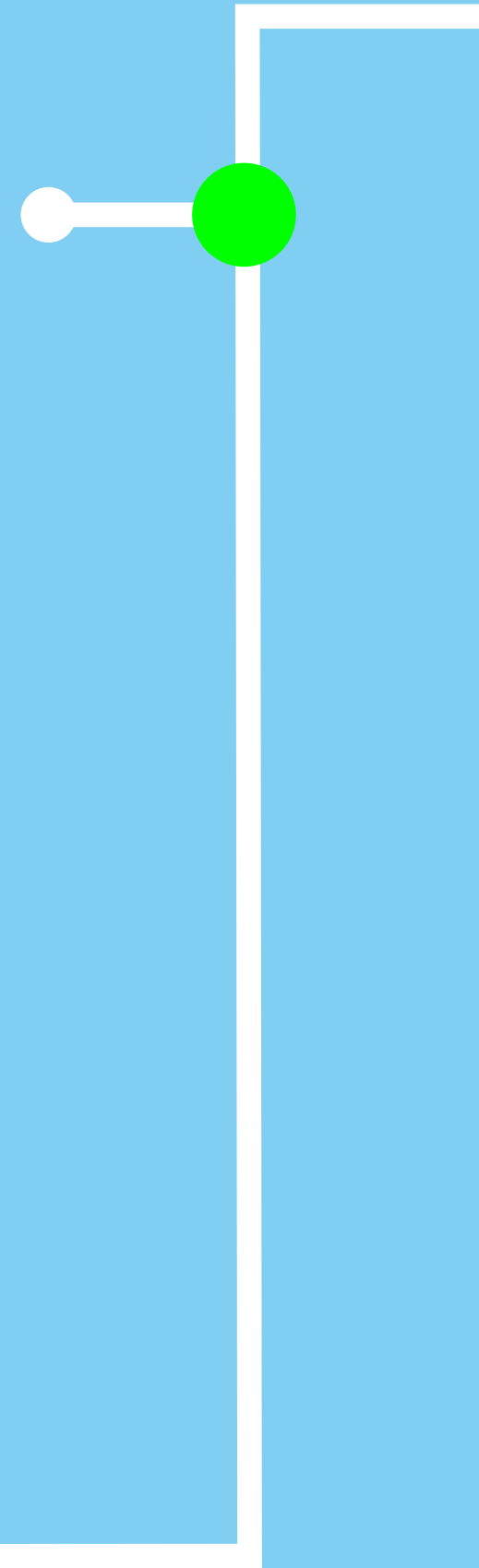



Así, las EPS, encargadas de la afiliación y de la prestación del Plan de Beneficios en Salud, pagan recursos insuficientes a los hospitales que se gastan, principalmente, en infraestructura y en personal de los centros más poblados, dejando de lado a las zonas más alejadas.

En conclusión, pocos recursos y fragmentados impiden que se hagan bien las cosas en los territorios.

Por otro lado, la Ley 100 plantea la separación de lo individual y lo colectivo, porque prioriza la privatización y tercerización del servicio, desconociendo elementos propios de las cosmovisiones de los pueblos indígenas, en donde no se puede separar lo uno de lo otro.

El sistema parte de una negación de la diversidad frente a la salud.





Ante este panorama, **las comunidades indígenas tienen como propuesta el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI)**, que tiene como eje la sabiduría ancestral que se expresa en formas político organizativas, de formación y capacitación, administrativas, y de cuidado propio e intercultural.

Bajo esta idea, el Sistema de Seguridad Social estatal no sería el principal, sino complementario. Eso implica que **los actores que hacen parte de este sistema pierden poder y recursos**, por lo que ha habido una gran oposición ante su ejecución.

