

**Gestión pública en la protección del derecho a la salud de los pueblos indígenas de la zona
urbana del municipio de Leticia, Amazonas desde el año 2019**

Andrea Estefhap Calderón Manrique

Asesor

Nidia Johanna Robles Villabona

Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD

Escuela de Ciencias Jurídicas y Políticas - ECJP

Maestría en Gobierno, Políticas públicas y Desarrollo Territorial

2025

Resumen

Esta investigación evalúa la gestión pública en la protección del derecho a la salud de los pueblos indígenas de la zona urbana del municipio de Leticia, Amazonas, desde el año 2019. A través de un enfoque cualitativo, se examinan las políticas implementadas, los desafíos de acceso a los servicios y las estrategias institucionales con enfoque intercultural. El estudio se basa en análisis documental para identificar avances, barreras persistentes y vacíos de atención que afectan a esta población. La investigación busca generar recomendaciones para mejorar la equidad en salud, fomentar la participación comunitaria y promover la integración de la medicina tradicional en los servicios urbanos, en consonancia con el respeto a la diversidad cultural indígena.

Palabras Clave: Salud indígena, gestión pública, Leticia, interculturalidad, pueblos urbanos.

Abstract

This research evaluates public management in the protection of the right to health of Indigenous peoples in the urban area of the municipality of Leticia, Amazonas, since 2019. Through a qualitative approach, the study examines the policies implemented, the challenges in accessing health services, and the institutional strategies with an intercultural perspective. The study is based on documentary analysis to identify progress, persistent barriers, and gaps in care that affect this population. The research aims to generate recommendations to improve health equity, encourage community participation, and promote the integration of traditional medicine into urban health services, in accordance with respect for Indigenous cultural diversity.

Keywords: Indigenous health, public management, Leticia, interculturality, urban Indigenous peoples.

Tabla de contenido

Formulación del Problema	9
Justificación.....	10
Objetivos	14
Objetivo General.....	14
Objetivos Específicos.....	14
Marco Teórico.....	15
El derecho a la salud en contextos urbanos indígenas	15
Barreras en el acceso a la salud para pueblos indígenas urbanos.....	18
Gestión pública intercultural en salud.....	20
Participación comunitaria indígena en la gestión de la salud	23
Barreras en la aplicación de la Ley de Víctimas.....	25
Metodología	29
Enfoque de Investigación.....	29
Tipo de Investigación.....	29
Método	30
Técnicas de Recolección de la Información.....	30
Instrumentos de Recolección de la Información.....	31
Estrategia de Recolección de la Información.....	31
Estrategia general de recolección	31
Técnica de recolección: análisis documental	32
Fuentes a considerar	32
Instrumento de recolección: fichas bibliográficas.....	33

Procedimiento de aplicación.....	33
Análisis documental (todo el proceso investigativo).....	33
Fichas bibliográficas (aplicación en un mes).....	34
Información necesaria.....	35
Análisis de la Información.....	35
Límites Metodológicos	35
Resultados	36
Políticas públicas para la garantía del derecho a la salud de los pueblos indígenas urbanos de Leticia (2019–2025).....	36
Marco normativo y orientación nacional	36
Enfoque diferencial y políticas con pertinencia cultural	37
Articulación interinstitucional y ejecución local.....	38
Evaluación de impacto y brechas persistentes.....	39
Desafíos en el acceso a los servicios de salud de los pueblos indígenas urbanos de Leticia.....	40
Barreras geográficas y estructurales.....	41
Barreras administrativas y de aseguramiento	42
Barreras culturales y lingüísticas.....	43
Factores socioeconómicos y ambientales.....	44
Desafíos institucionales en la gestión y el talento humano	45
Hacia una interpretación de los desafíos	45
Estrategias institucionales para garantizar una atención con enfoque intercultural en Leticia.	46
La interculturalidad en la política pública de salud.....	46
Articulación con el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI).....	47

Programas y experiencias locales de atención intercultural	48
Estrategias de participación comunitaria.....	49
Formación del talento humano y sensibilización cultural	50
Evaluación crítica de las estrategias	51
Discusión.....	52
Políticas públicas y su capacidad de garantía del derecho a la salud.....	52
Desafíos en el acceso: inequidades estructurales y culturales.....	53
Estrategias institucionales y el reto de la interculturalidad	55
Interpretación global: entre el reconocimiento formal y la garantía material	56
Respuesta al problema y a los objetivos.....	57
Conclusiones	59
Referencias Bibliográficas.....	60
Apéndice	64

Lista de Tablas

Tabla 1 <i>Cronograma de recolección</i>	34
---	----

Lista de apéndice

Apéndice A <i>Ficha bibliográfica</i>	64
--	----

Planteamiento del Problema

El derecho a la salud en Leticia, Amazonas, destaca por ser una cuestión compleja debido a las insuficiencias en la infraestructura y la gestión de servicios de salud para los pueblos indígenas, quienes enfrentan barreras significativas en el acceso a atención médica adecuada. El departamento de Amazonas, siendo un ente territorial descentralizado, cuenta con varios centros de salud; sin embargo, carece de instalaciones para atención de alta complejidad, lo que obliga a los pacientes a buscar servicios en ciudades más grandes como Bogotá (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2019). Esta carencia se refleja en las altas tasas de mortalidad infantil y enfermedades graves como el VIH y la tuberculosis que impactan desproporcionadamente a la población indígena.

Adicionalmente, la necesidad de una estrategia de salud que contemple la diversidad cultural y étnica de la población es crucial. Las políticas deben adaptarse para ofrecer soluciones específicas que atiendan las particularidades de los pueblos indígenas, integrando perspectivas que respeten y comprendan sus contextos culturales y sociales. La participación de las comunidades indígenas en la planificación y gestión de los servicios de salud es fundamental para asegurar que las intervenciones sean pertinentes y efectivas, facilitando así una mejora en la calidad de la atención que reciben (Rivera, 2024). Este enfoque integrador y sensible al contexto es esencial para abordar adecuadamente las causas subyacentes de las deficiencias en la atención de la salud en la región (Quintero, 2018).

Formulación del Problema

¿Cómo se ha desarrollado la gestión pública en materia de protección del derecho a la salud de los pueblos indígenas de la zona urbana del municipio de Leticia, Amazonas desde el año 2019 hasta el año 2024?

Justificación

La investigación sobre la gestión pública en la protección del derecho a la salud de los pueblos indígenas en la zona urbana de Leticia, Amazonas, desde el año 2019, tiene una funcionalidad clave en la identificación y análisis de las estrategias gubernamentales implementadas en este período. Dado que los pueblos indígenas han enfrentado históricamente dificultades en el acceso a la salud, es fundamental determinar si las políticas públicas han sido efectivas en garantizar un servicio adecuado y culturalmente pertinente. Además, el estudio permitirá evaluar si los planes gubernamentales han considerado la diversidad cultural de estas comunidades y si han sido diseñados de manera que respeten su cosmovisión y prácticas tradicionales de salud.

Este estudio también tiene la finalidad de generar información que pueda ser utilizada por los tomadores de decisiones en la formulación de nuevas políticas o en la mejora de las existentes. Al analizar las acciones gubernamentales en Leticia, se podrán identificar buenas prácticas, pero también deficiencias y aspectos que requieren mayor atención. En este sentido, la investigación contribuirá con datos objetivos y verificables que permitan evaluar el impacto real de las políticas en la calidad de vida de los pueblos indígenas urbanos, asegurando que las estrategias futuras sean más inclusivas y efectivas.

El impacto de la investigación en la sociedad será significativo, ya que permitirá comprender si la gestión pública en salud ha respondido a las necesidades de los pueblos indígenas urbanos de Leticia o si existen fallas en su implementación. Esto facilitará la identificación de obstáculos que han limitado el acceso a la salud en estas comunidades y promoverá soluciones viables para mejorar la equidad en los servicios sanitarios. De esta manera, el estudio servirá como un insumo clave para la generación de propuestas que

contribuyan a reducir la brecha en salud que aún persiste entre los pueblos indígenas y el resto de la población.

Además, la investigación fomentará la sensibilización sobre la importancia de adoptar un enfoque intercultural en la atención sanitaria. Muchas veces, la falta de acceso a la salud no solo se debe a la carencia de infraestructura o recursos, sino también a barreras culturales que generan desconfianza en los sistemas médicos convencionales. Por ello, el estudio permitirá visibilizar la necesidad de fortalecer el diálogo entre la medicina tradicional indígena y la medicina occidental, promoviendo una atención en salud que respete la identidad y conocimientos ancestrales de estas comunidades.

En términos académicos, esta investigación contribuirá a otras áreas del conocimiento como la gestión pública, el derecho, la antropología y la salud pública. El análisis de las políticas sanitarias dirigidas a los pueblos indígenas permitirá generar información relevante para el desarrollo de estudios en gobernanza, derechos humanos y equidad en salud. Asimismo, podrá servir de referencia para futuras investigaciones que busquen comprender cómo los diferentes grupos étnicos interactúan con los servicios públicos y qué mecanismos pueden mejorar esta relación en contextos urbanos.

Desde una perspectiva aplicada, la investigación no solo servirá para analizar la situación actual, sino que también ofrecerá propuestas concretas que puedan ser implementadas en el futuro. Con base en los hallazgos, se podrán formular recomendaciones para optimizar la gestión pública en salud indígena, asegurando que las políticas se ajusten a las necesidades reales de estas poblaciones. Esto permitirá que la investigación tenga un impacto directo en la mejora de los servicios de salud y en la formulación de estrategias más eficientes a largo plazo.

La relevancia de este estudio radica también en su capacidad para contribuir a la resolución de un problema actual que afecta a las comunidades indígenas en Leticia. Si bien existen normativas que garantizan el derecho a la salud de los pueblos indígenas, en la práctica su implementación suele enfrentar diversas limitaciones. La investigación permitirá identificar estos desafíos y plantear soluciones que puedan ser incorporadas en las políticas gubernamentales para garantizar el cumplimiento efectivo de los derechos de estas poblaciones.

Asimismo, el estudio permitirá anticipar posibles problemas que podrían surgir en el futuro en relación con la atención en salud de los pueblos indígenas urbanos. A medida que las ciudades continúan creciendo y la población indígena se urbaniza, es necesario adaptar las estrategias sanitarias para responder a las nuevas dinámicas sociales y culturales. Por ello, la investigación proporcionará información clave para el diseño de modelos de atención que sean sostenibles y culturalmente apropiados en el tiempo.

Otro de los aportes importantes de esta investigación será su contribución a la recolección y análisis de información en torno a la salud indígena en entornos urbanos. Actualmente, muchos estudios se centran en comunidades rurales, por lo que hay una carencia de datos sobre cómo los pueblos indígenas acceden a los servicios de salud en las ciudades. La investigación permitirá llenar este vacío de información y ofrecer una base sólida para futuras iniciativas que busquen mejorar la calidad de vida de estas poblaciones.

Finalmente, la validación de metodologías de investigación en este estudio permitirá mejorar los procesos de recopilación de datos sobre la gestión pública en salud indígena. Se podrán evaluar cuáles son los enfoques más adecuados para analizar la efectividad de las políticas en entornos urbanos y cómo integrar mejor la perspectiva de las comunidades indígenas

en la investigación. Esto garantizará que los hallazgos obtenidos sean precisos y puedan ser utilizados en el diseño de estrategias más inclusivas y eficaces.

Objetivos

Objetivo General

Evaluar la gestión pública en la protección del derecho a la salud de los pueblos indígenas de la zona urbana del municipio de Leticia, Amazonas desde el año 2019

Objetivos Específicos

Examinar las políticas públicas dirigidas a la protección del derecho a la salud de los pueblos indígenas urbanos en Leticia desde 2019.

Identificar los principales desafíos que enfrentan los pueblos indígenas urbanos de Leticia en el acceso a servicios de salud.

Describir las estrategias implementadas por las instituciones para garantizar una atención en salud con enfoque intercultural en Leticia.

Marco Teórico

El derecho a la salud en contextos urbanos indígenas

La salud de los pueblos indígenas en aislamiento y contacto inicial, aunque con una realidad rural marcada, permite extraer aprendizajes cruciales aplicables a contextos urbanos. Iviche et al. (2008) evidencian cómo la alta vulnerabilidad inmunológica y la exposición a enfermedades exógenas son amenazas históricas y persistentes. En zonas urbanas, aunque el entorno cambia, la exposición a patógenos nuevos y al sistema biomédico occidental sin adaptación cultural sigue siendo un problema. Este tipo de contacto, que no siempre es voluntario, produce efectos negativos si no se respetan las decisiones de autodeterminación y la cosmovisión sobre salud. Por tanto, una política de salud urbana indígena debe tener como base el respeto por las concepciones propias de bienestar y enfermedad.

Asimismo, Iviche et al. señalan que los sistemas de salud no pueden limitarse a lo biomédico, pues los pueblos indígenas integran lo espiritual, lo comunitario y el entorno natural en su idea de salud. En las ciudades, donde estas dimensiones tienden a invisibilizarse, se requiere una reconfiguración del sistema de salud que contemple estos aspectos. La medicina tradicional debe ser parte del sistema urbano de salud indígena, de forma que los saberes ancestrales no se anulen ante el modelo hegemónico. Sin esta integración intercultural, el acceso a la salud sigue siendo excluyente y discriminatorio para las comunidades que migran o se establecen en entornos urbanos.

Según González (2009), uno de los principales retos en contextos urbanos es la falta de datos estadísticos confiables sobre la población indígena, lo que contribuye a su invisibilización y exclusión de políticas públicas. Esta carencia impide comprender su verdadera situación en salud y, por ende, diseñar estrategias eficaces. A esto se suma que muchas comunidades

indígenas urbanas viven en zonas marginadas con infraestructura deficiente, lo cual limita el acceso a servicios básicos de salud. Las políticas públicas deben tener un enfoque diferencial étnico que considere estos factores estructurales y ofrezca soluciones pertinentes a sus necesidades.

Por otra parte, González destaca que el personal de salud carece muchas veces de la formación adecuada para atender a pacientes indígenas en contextos urbanos. La falta de comprensión de la cosmovisión indígena genera discriminación y desconfianza hacia los servicios convencionales. Por tanto, se hace urgente capacitar al personal sanitario en enfoque intercultural, y promover la participación activa de las comunidades en la construcción de las políticas de salud. El derecho a la salud en entornos urbanos no puede garantizarse sin la inclusión efectiva de los pueblos indígenas en los procesos de formulación e implementación de políticas.

Cevallos y Amores (2009) abordan el enfoque intercultural como un eje central para superar la brecha entre los sistemas formales de salud y las prácticas tradicionales indígenas. En los contextos urbanos, este enfoque resulta aún más urgente, ya que la coexistencia forzada de distintas cosmovisiones exige mecanismos de armonización. Los autores subrayan que las comunidades indígenas suelen recurrir a terapeutas tradicionales, incluso en entornos urbanos, lo que demuestra que sus prácticas no desaparecen, sino que se adaptan. Esto implica que los servicios de salud urbana deben reconocer esta realidad y ofrecer espacios que legitimen estas prácticas dentro del sistema general de salud.

En este sentido, los autores plantean que la integración de saberes indígenas al sistema nacional de salud debe contemplar factores como la localización, movilidad y diversidad cultural. En contextos urbanos, donde muchas comunidades son migrantes recientes o asentadas

en zonas marginales, la salud se ve condicionada por factores estructurales como el desempleo, la vivienda precaria y la discriminación. Por eso, los programas de salud deben ser sensibles a estas condiciones, promoviendo la participación comunitaria, la incorporación de recursos humanos indígenas y la certificación de servicios con enfoque intercultural.

El Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2016) resalta las desigualdades persistentes en salud entre pueblos indígenas y la población general, incluso en áreas urbanas. Las tasas de mortalidad materno-infantil en estas comunidades siguen siendo significativamente altas, pese a que muchas causas son prevenibles. Además, la baja cobertura en atención prenatal y el escaso acceso a servicios especializados reflejan una gestión pública que no ha logrado articular adecuadamente la medicina occidental con la tradicional. En las ciudades, estas barreras no se eliminan automáticamente, sino que adoptan nuevas formas, como la burocracia, la discriminación institucional o la falta de rutas de atención diferenciadas.

Finalmente, el Ministerio enfatiza la necesidad de una articulación real entre los sistemas de salud y las comunidades indígenas para reducir las brechas en salud. En contextos urbanos, esta articulación debe comenzar por el reconocimiento de la identidad étnica en la caracterización poblacional y por la inclusión activa de estas comunidades en el diseño y evaluación de políticas públicas. Además, propone fortalecer las rutas de atención materno-infantil, garantizar servicios en zonas dispersas y promover la medicina tradicional como componente complementario, especialmente en entornos donde los pueblos indígenas enfrentan vulnerabilidades históricas que se acentúan en la ciudad.

Barreras en el acceso a la salud para pueblos indígenas urbanos

Las barreras de acceso a los servicios de salud en comunidades indígenas han sido identificadas como multidimensionales, incluyendo obstáculos geográficos, económicos, culturales y estructurales. Hautecoeur et al. (2007) destacan cómo en el municipio de Rabinal, Guatemala, estas barreras están interrelacionadas: la lejanía de los centros de salud, los altos costos de atención y medicamentos, y las diferencias lingüísticas, limitan seriamente el acceso. Aunque este estudio se centra en un entorno rural, sus conclusiones aplican directamente a contextos urbanos donde las poblaciones indígenas enfrentan nuevas formas de exclusión, como la discriminación institucional y la escasa adaptación cultural del sistema de salud.

Además, Hautecoeur et al. observan que muchos indígenas expresan desconfianza hacia los servicios médicos formales debido al trato despectivo por parte del personal y a la falta de integración de la medicina tradicional. En zonas urbanas, estas barreras persisten bajo nuevas formas, como la indiferencia cultural en centros urbanos saturados o la falta de personal con competencias interculturales. La atención sin enfoque diferencial contribuye a perpetuar desigualdades y desincentiva la búsqueda de atención oportuna, limitando la continuidad del cuidado.

Según la Organización Panamericana de la Salud (2022), en la provincia peruana de Condorcanqui, las principales barreras que enfrentan los jóvenes indígenas en el acceso a la salud mental incluyen aspectos estructurales como la lejanía de los centros especializados, la falta de información y la escasa oferta de servicios culturalmente adecuados. Aunque el informe se centra en salud mental, las barreras identificadas reflejan una problemática estructural común en diversos servicios de salud: una oferta limitada que no considera las particularidades

culturales ni geográficas de las comunidades indígenas, incluso en entornos urbanos donde estas poblaciones están en crecimiento.

La OPS (2022) también subraya que, en contextos urbanos, los jóvenes indígenas no acceden a servicios por razones como la estigmatización, la falta de recursos económicos, el desconocimiento sobre la existencia de servicios, o experiencias previas negativas con los profesionales de salud. Estas situaciones refuerzan la desconfianza hacia el sistema de salud y perpetúan la no atención. La propuesta de la OPS enfatiza la necesidad de establecer servicios culturalmente seguros, lo cual es clave para asegurar una atención integral en las ciudades, donde las barreras simbólicas y administrativas son tan relevantes como las físicas.

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (2023) aborda las barreras desde una perspectiva sistémica, destacando las dimensiones económicas, organizacionales y culturales que afectan el acceso en diversos países de la región. En Colombia, se identifican obstáculos relacionados con la fragmentación del sistema de salud, la baja disponibilidad de servicios en barrios periféricos donde residen comunidades indígenas urbanas, y la falta de personal capacitado en enfoque intercultural. Estas barreras impiden el acceso efectivo y oportuno, especialmente a servicios de atención primaria, lo que profundiza la inequidad.

Asimismo, la OPS (2023) señala que la pandemia de COVID-19 agravó muchas de estas barreras, evidenciando la fragilidad de los sistemas de salud y su incapacidad para responder a las necesidades diferenciadas de la población indígena urbana. Las medidas de confinamiento, la suspensión de servicios no urgentes y el miedo al contagio redujeron la ya limitada interacción de estas comunidades con el sistema de salud, generando rezagos en diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades. La superación de estas barreras requiere de políticas públicas que integren un enfoque territorial e intercultural robusto.

Finalmente, Pabón et al. (2022) identifican en el municipio de Silvia, Cauca, barreras institucionales, geográficas, económicas y simbólicas que impiden una atención en salud efectiva para la población indígena usuaria de la IPSI Totoguampa. Entre estas, destacan los largos tiempos de espera, las dificultades para agendar citas, y los pagos no previstos por servicios no cubiertos. A pesar de estar en un área urbana, estas condiciones muestran cómo las barreras estructurales persisten incluso dentro de instituciones diseñadas con enfoque intercultural, lo que evidencia la brecha entre el diseño y la implementación de políticas.

Pabón et al. también evidencian cómo factores simbólicos, como el desconocimiento de la medicina ancestral por parte del personal de salud o la subvaloración de las prácticas indígenas, generan desconfianza y reducen la eficacia de la atención. En contextos urbanos, donde conviven distintas cosmovisiones, estas tensiones se amplifican. Por ello, resulta esencial fortalecer los canales de diálogo y formación intercultural en las instituciones de salud, garantizando un trato digno, pertinente y accesible para todos los pueblos indígenas que residen o migran a las ciudades.

Gestión pública intercultural en salud

Henckell (2022) plantea que la incorporación del enfoque intercultural en la atención en salud es un desafío político, ideológico y técnico. Aunque en Perú existe un marco normativo que promueve la atención diferenciada para pueblos indígenas, su implementación enfrenta obstáculos como brechas en infraestructura, barreras idiomáticas y la falta de formación del personal sanitario. En el contexto urbano, esto se traduce en servicios de salud que no logran adaptarse a las necesidades culturales de comunidades indígenas migrantes. Esta falta de adecuación limita el acceso y perpetúa formas de exclusión, ya que se impone un modelo biomédico hegemónico que invisibiliza las prácticas tradicionales.

Asimismo, Henckell destaca que los servicios de salud deben ajustarse desde su estructura hasta sus procesos, incorporando contenidos interculturales en la formación profesional, y creando incluso subsistemas de atención diferenciados. La autora propone repensar la atención médica desde una lógica de respeto, horizontalidad y reconocimiento de saberes diversos, fomentando la creación de espacios de diálogo entre médicos tradicionales y profesionales de la salud. Solo así se podrá avanzar hacia una gestión pública intercultural que no solo reconozca la diferencia, sino que la valore como elemento fundamental en la construcción de un sistema de salud más inclusivo.

El Ministerio de Salud y Protección Social (2017) de Colombia reconoce que la gestión intercultural en salud requiere la armonización entre la medicina tradicional y el sistema oficial. Para ello, se han establecido lineamientos dirigidos a formar talento humano con competencias en salud intercultural, con el objetivo de responder de manera pertinente a las necesidades de los pueblos indígenas. Esta política reconoce que la diversidad cultural no debe ser un obstáculo, sino una oportunidad para fortalecer los servicios de salud y avanzar hacia la garantía del derecho a la salud con pertinencia cultural.

Además, el Ministerio subraya la importancia de articular el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI) con el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), promoviendo un diálogo permanente entre ambos sistemas. Esta integración, lejos de uniformar prácticas, busca garantizar el respeto por los saberes ancestrales y su implementación en los territorios indígenas. La gestión pública intercultural, en este sentido, se configura como un proceso dinámico que involucra formación, participación comunitaria, y adaptación normativa, con miras a asegurar una atención en salud verdaderamente intercultural.

Aguilar et al. (2020) argumentan que la salud intercultural debe ser entendida como un puente entre el modelo biomédico y el modelo indígena de atención. Este último considera la salud como el equilibrio entre el cuerpo, el espíritu, la comunidad y la naturaleza, lo que contrasta con la visión fragmentada del modelo occidental. La gestión pública debe integrar estas perspectivas en sus políticas y prácticas, entendiendo que sin esta integración no es posible reducir las brechas en salud que afectan a los pueblos indígenas, incluso en contextos urbanos donde estas poblaciones continúan enfrentando discriminación estructural.

Los autores también destacan que, para hacer efectiva la salud intercultural, se necesita voluntad política, formación profesional con enfoque diferencial, y servicios dotados con infraestructura adecuada y elementos tradicionales. Además, se deben promover prácticas como el uso de la lengua indígena, el diálogo con sabedores tradicionales, y la humanización de la atención. De este modo, la gestión pública puede avanzar hacia un sistema inclusivo, que respete y fortalezca las prácticas propias de salud de los pueblos indígenas, y que esté alineado con sus necesidades, territorios y cosmovisiones.

Almaguer et al. (2014) sostienen que la gestión pública intercultural implica el reconocimiento activo de las prácticas médicas tradicionales dentro del sistema nacional de salud. En México, este enfoque ha permitido el diseño de hospitales interculturales, la formación de parteras tradicionales bajo modelos respetuosos de sus saberes y la creación de protocolos adaptados a contextos culturales diversos. Estas iniciativas muestran que es posible estructurar modelos de atención alternativos que respeten la diversidad sin perder eficiencia ni calidad en la atención.

Asimismo, los autores enfatizan que la interculturalidad en salud no debe ser entendida solo como una estrategia operativa, sino como una política pública transversal que atraviese

todos los niveles de gobierno. Su implementación demanda no solo ajustes institucionales, sino también un cambio profundo en la manera de entender la salud como derecho humano. La gestión intercultural en salud, desde esta perspectiva, representa una oportunidad para democratizar el acceso, combatir la discriminación y empoderar a las comunidades indígenas en el diseño de su propio modelo de bienestar.

Participación comunitaria indígena en la gestión de la salud

En el documento Salud intercultural y participación comunitaria en mujeres indígenas del Amazonas boliviano, Aizenberg (2012) expone cómo las explicaciones tradicionales sobre la baja participación comunitaria han simplificado las realidades indígenas, atribuyendo la falta de involucramiento a la apatía social o a la "cultura de la pobreza". Sin embargo, su investigación cualitativa en comunidades del Beni revela que las mujeres indígenas cuentan con redes informales sólidas y promotoras de salud capacitadas, aunque enfrentan barreras de género que obstaculizan su participación activa. Esto sugiere que los programas deben replantearse desde una mirada crítica que considere los factores estructurales y de género más allá de la simple interculturalidad funcional.

Aizenberg también señala que la participación comunitaria no puede concebirse únicamente como un medio para inculcar comportamientos saludables desde el modelo biomédico. Las redes comunitarias ya existentes deben fortalecerse respetando sus formas organizativas y prácticas culturales. Las promotoras indígenas enfrentan un doble desafío: legitimar su labor ante las instituciones formales y superar barreras internas que restan valor a su liderazgo. Por tanto, una gestión en salud verdaderamente participativa requiere políticas sensibles al género, al contexto y a las formas organizativas tradicionales, donde las mujeres puedan ejercer liderazgo sin renunciar a su identidad.

El estudio Participación comunitaria en el modelo de salud del pueblo indígena de Rama Cay de Mejía (2007) analiza un modelo de salud que integra activamente a los miembros de la comunidad en todos los niveles: identificación de problemas, planificación, ejecución y evaluación de servicios. En este modelo, los saberes ancestrales no solo coexisten con la medicina occidental, sino que se articulan con ella a través de promotores, parteras y curanderos locales. Esta sinergia se convierte en una fortaleza organizativa que responde a la concepción integral de salud del pueblo Rama, en la que lo físico, espiritual, emocional y colectivo se interrelacionan.

Mejía destaca que, pese a las limitaciones estructurales del sistema de salud nacional y a la pasividad institucional de algunos entes como las juntas comunales, la participación activa de la comunidad ha sido clave para sostener la salud colectiva. Este caso demuestra que cuando las políticas se abren a un diálogo de saberes, la comunidad responde con organización, creatividad y compromiso. La experiencia de Rama Cay valida la importancia de modelos de autogestión y co-gestión en salud como formas legítimas y efectivas de participación comunitaria indígena.

En las Orientaciones técnicas con enfoque intercultural para la promoción de la salud mental... (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016), se reconoce explícitamente el derecho de las comunidades indígenas a participar en la planeación, gestión y evaluación de sus servicios de salud. Este documento propone un modelo participativo en el que se articulan cosmovisiones ancestrales con la institucionalidad estatal, a través de rutas validadas por las comunidades. La participación no es solo un derecho, sino una estrategia esencial para garantizar pertinencia cultural y sostenibilidad en las intervenciones.

Además, el Ministerio plantea la necesidad de construir capacidades locales, fortalecer liderazgos comunitarios y respetar los sistemas propios de cuidado. La participación comunitaria,

según estas orientaciones, va más allá de la consulta: implica corresponsabilidad, apropiación de procesos y reconocimiento del conocimiento tradicional como base de acción. Este enfoque permite avanzar hacia una salud mental intercultural y territorialmente adecuada, construida desde las bases sociales y no impuesta desde afuera.

En la Sistematización de experiencia en el municipio indígena de Jambaló (Penagos & Arrivillaga, 2021), se evidencia cómo el programa de Promotores de Salud Comunitarios Indígenas (PSC-I) ha fortalecido la participación comunitaria desde una lógica organizativa propia. Los PSC-I se convierten en sujetos colectivos clave para la defensa del derecho a la salud, operando como puentes entre los sistemas de salud occidental e indígena. Su rol no solo mejora el acceso a los servicios, sino que recupera y promueve prácticas culturales fundamentales para la salud colectiva.

El documento subraya que estos promotores, al compartir lengua, identidad étnica y condiciones de vida con sus comunidades, gozan de legitimidad y confianza. Su participación activa en la vigilancia epidemiológica, educación en salud, recuperación de prácticas tradicionales y movilización social, hace que el modelo SISPI cobre vida concreta en el territorio. La experiencia de Jambaló demuestra que la participación comunitaria no debe verse como una herramienta externa, sino como una expresión del poder organizativo de los pueblos indígenas para gestionar su salud desde su cosmovisión.

Barreras en la aplicación de la Ley de Víctimas

Acosta y Sánchez (2021) exponen que una de las principales barreras en la aplicación de la Ley de Víctimas radica en la etapa administrativa del proceso de restitución de tierras. Según su análisis, el 65% de las solicitudes son negadas en esta fase sin ofrecer recursos efectivos para controvertir tales decisiones. Esta situación genera una profunda incertidumbre para los

solicitantes, ya que no existen explicaciones claras sobre los motivos de estas negaciones. La falta de transparencia institucional socava la legitimidad del proceso y vulnera el derecho de las víctimas a una reparación efectiva. Además, se destaca la necesidad urgente de revisar estas decisiones, pues muchas podrían estar afectando injustamente a personas despojadas o desplazadas.

Los autores también advierten que la extensión por diez años de la política de restitución será ineficaz si no se corrigen los problemas estructurales ya identificados. Acosta y Sánchez (2021) recomiendan realizar una auditoría rigurosa sobre las decisiones tomadas por la Unidad de Restitución de Tierras (URT) para garantizar que no se sigan vulnerando derechos fundamentales. Si bien la ley busca justicia transicional, su implementación ha estado marcada por obstáculos que limitan el acceso a la verdad, justicia y reparación. Este escenario evidencia una desconexión entre el diseño normativo y su puesta en práctica, afectando gravemente la confianza de las víctimas en el sistema judicial colombiano.

Cruz y Díaz (2019) abordan las barreras desde el enfoque de la participación política en los procesos de reparación colectiva. En sus estudios de caso en El Dorado y El Castillo – Meta, revelan que las víctimas enfrentan una participación limitada en los procesos de planeación, ejecución y seguimiento de los planes de reparación. Esto provoca que sus voces no sean escuchadas y que la memoria histórica de los hechos se diluya, impidiendo una reparación verdaderamente transformadora. La falta de sostenibilidad de los procesos, la revictimización y la corrupción institucional son factores clave que dificultan la implementación eficaz de la Ley 1448.

Los autores concluyen que, aunque la Ley establece espacios formales de participación, estos muchas veces resultan simbólicos y no se traducen en una incidencia real de las víctimas en

las decisiones que les afectan. Cruz y Díaz (2019) enfatizan que sin una participación activa y digna de las comunidades, la reparación pierde su sentido colectivo y se transforma en un acto burocrático vacío. Para superar estas barreras, es esencial fortalecer los comités de impulso y asegurar que los liderazgos comunitarios tengan un rol protagónico en todo el proceso de reparación. De lo contrario, las políticas seguirán reproduciendo desigualdades y exclusiones históricas.

Mogollón (2015) identifica múltiples barreras institucionales en el acceso a la reparación integral en Bogotá, ciudad con la mayor población de víctimas en Colombia. Entre ellas se destacan la insuficiencia presupuestal, la desinformación y la débil articulación entre entidades del SNARIV. Las víctimas enfrentan largos tiempos de espera, múltiples trámites y escaso acompañamiento institucional, lo que genera frustración y desconfianza. Asimismo, el desconocimiento de los procedimientos por parte de funcionarios públicos limita aún más el acceso oportuno a los beneficios contemplados en la ley.

Otra barrera significativa señalada por Mogollón (2015) es la inestabilidad de las rutas de atención y la necesidad recurrente de acudir a acciones de tutela para exigir derechos ya reconocidos por la legislación. Las medidas de reparación simbólica, indemnización o satisfacción suelen quedar relegadas ante la falta de coordinación entre los niveles nacional y territorial. Esta situación se agrava en contextos urbanos, donde la oferta institucional, aunque más amplia, no siempre se traduce en mejores condiciones de atención. En consecuencia, la implementación de la ley reproduce las desigualdades que busca corregir.

Finalmente, Recalde (2016) ofrece una mirada desde la burocracia de base, mostrando cómo las barreras también se originan en las interacciones cotidianas entre víctimas y funcionarios públicos. Su estudio en la ciudad de Cali revela que las víctimas enfrentan

obstáculos tanto individuales como institucionales en el proceso de declaración y registro. Factores como la falta de empatía, la desinformación y la rigidez institucional dificultan el acceso efectivo a los derechos. Además, las prácticas informales de los burócratas, aunque a veces mitigan los problemas, no resuelven las fallas estructurales del sistema.

Recalde (2016) sostiene que, para garantizar una verdadera reparación, es necesario revisar los protocolos de atención y fortalecer la capacitación de los funcionarios en enfoques diferenciales y derechos humanos. Solo con una atención empática y efectiva desde el primer contacto se puede generar confianza y facilitar el acceso de las víctimas al sistema de reparación. En última instancia, superar estas barreras implica repensar el modelo burocrático actual, promoviendo un enfoque centrado en las personas y no únicamente en el cumplimiento formal de procedimientos administrativos.

Metodología

Enfoque de Investigación

El presente estudio adopta un enfoque cualitativo, adecuado para comprender de manera profunda los fenómenos sociales y culturales que afectan la gestión pública en la protección del derecho a la salud de los pueblos indígenas en la zona urbana del municipio de Leticia, Amazonas. Como señala Guerrero (2016), la investigación cualitativa se centra en analizar las experiencias humanas en su contexto natural, considerando las perspectivas de los participantes y los significados que estos atribuyen a sus realidades. Este enfoque es pertinente para esta investigación, ya que busca explorar las percepciones, desafíos y prácticas relacionadas con la atención en salud desde la perspectiva de las comunidades indígenas, las cuales tienen una cosmovisión única que influye en su relación con los servicios sanitarios. Además, este enfoque permite captar las dinámicas culturales, sociales y políticas que influyen en la efectividad de las políticas públicas de salud, lo que resulta crucial para comprender los factores que limitan el acceso a servicios adecuados y culturalmente pertinentes en contextos urbanos.

Tipo de Investigación

El tipo de investigación seleccionado para este estudio es descriptivo, ya que su objetivo principal es especificar y detallar las características y particularidades de la gestión pública en salud dirigida a los pueblos indígenas urbanos en Leticia, Amazonas. Según Cortés e Iglesias (2004), los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, características y perfiles importantes de los fenómenos que se analizan, recolectando datos sobre una serie de cuestiones para identificar patrones y tendencias. Esta elección es apropiada para el presente trabajo, dado que se pretende describir de manera detallada las políticas, estrategias y desafíos que enfrentan estas comunidades en el acceso a los servicios de salud, proporcionando una visión integral de la

situación actual y permitiendo identificar áreas que requieren mejoras para garantizar una atención más inclusiva y efectiva.

Método

El método de investigación seleccionado es el método analítico-deductivo, una combinación que se adapta bien a los objetivos del estudio. El método analítico, como lo describe Gutiérrez-Sánchez (1990, p. 133), implica descomponer el objeto de estudio en sus componentes básicos para entender cada elemento de manera detallada. Esta aproximación es esencial para el análisis de documentos y datos que componen el cuerpo teórico del estudio. Además, el método deductivo, según Maya (2014), parte de principios generales para llegar a conclusiones particulares, permitiendo aplicar conceptos teóricos al contexto específico de la gestión pública en salud indígena. Esta combinación de métodos es adecuada para este proyecto, ya que facilita tanto el análisis profundo de las políticas existentes como la formulación de conclusiones específicas sobre su impacto en las comunidades indígenas de Leticia.

Técnicas de Recolección de la Información

Para esta investigación se utilizará el análisis documental como principal técnica de recolección de información. Como afirman Medina et al. (2023), esta técnica implica la revisión y evaluación sistemática de documentos escritos, como informes gubernamentales, estudios académicos, transcripciones y registros oficiales, con el objetivo de comprender de manera más profunda un fenómeno específico. Esta técnica es particularmente útil en investigaciones cualitativas que requieren examinar grandes volúmenes de datos textuales para identificar patrones, relaciones y tendencias. Además, el análisis documental permite incorporar múltiples perspectivas y fuentes, lo que enriquece la comprensión del contexto de salud pública para las

comunidades indígenas en entornos urbanos, aunque también presenta desafíos relacionados con posibles sesgos en las fuentes analizadas.

Instrumentos de Recolección de la Información

Se emplearán fichas bibliográficas para organizar y sistematizar la información recopilada a lo largo del análisis documental. Según Orizaga (2011), las fichas bibliográficas son pequeñas tarjetas destinadas a anotar los datos esenciales de libros, artículos y otros documentos relevantes para una investigación. Estas fichas permitirán al investigador registrar y clasificar las fuentes de información de manera eficiente, facilitando el acceso a los datos durante las etapas de análisis y redacción del estudio. Este instrumento es adecuado para este proyecto, dado que el análisis documental requiere un manejo ordenado de grandes volúmenes de información y una categorización precisa de los datos para identificar patrones relevantes sobre la gestión pública en salud indígena.

Estrategia de Recolección de la Información

La recolección de información es una etapa fundamental de la investigación, pues constituye la base para describir, analizar y comprender cómo se ha desarrollado la gestión pública en la protección del derecho a la salud de los pueblos indígenas en la zona urbana del municipio de Leticia, Amazonas, desde el año 2019. En este capítulo se expone el plan que orientará la obtención de los datos, indicando cómo, cuándo y de qué manera se aplicarán la técnica y el instrumento definidos en la metodología.

Estrategia general de recolección

El plan de recolección se sustentará en el análisis documental como técnica principal y en el uso de fichas bibliográficas como instrumento de registro. El análisis documental se llevará a

cabo durante toda la investigación, ya que la naturaleza del estudio exige un proceso continuo de revisión, clasificación y contraste de información proveniente de diversas fuentes.

Por su parte, la aplicación del instrumento —las fichas bibliográficas— se desarrollará en un periodo de un mes, en el cual se organizarán de manera sistemática los datos obtenidos de los documentos seleccionados. Esta delimitación temporal permitirá contar con una base de información consolidada y estructurada que servirá como insumo para la fase de análisis.

Técnica de recolección: análisis documental

El análisis documental permitirá revisar, seleccionar y examinar de forma crítica documentos relevantes relacionados con las políticas de salud dirigidas a pueblos indígenas urbanos, la gestión pública en Leticia y los enfoques interculturales en la atención sanitaria.

Fuentes a considerar

Documentos normativos y oficiales: leyes, decretos, resoluciones y lineamientos emitidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, la Gobernación del Amazonas y la Alcaldía de Leticia.

Informes institucionales. Reportes de gestión de entidades territoriales y del sector salud (EPS, IPS, Defensoría del Pueblo, Procuraduría).

Producción académica. Artículos científicos, tesis y publicaciones relacionadas con salud indígena, gestión pública e interculturalidad.

Documentos internacionales. Informes de organismos como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Este proceso se desarrollará de manera continua durante toda la investigación, con el fin de actualizar constantemente la información y enriquecer la comprensión del fenómeno estudiado.

Instrumento de recolección: fichas bibliográficas

Las fichas bibliográficas son el instrumento elegido para organizar los datos recolectados a través del análisis documental. Se utilizarán para consignar de manera sistemática los elementos más relevantes de cada documento, lo que facilitará la clasificación temática y la posterior interpretación de la información.

Cada ficha incluirá los siguientes campos:

Datos de identificación de la fuente (autor, año, título, lugar de publicación, editorial o institución).

Tipo de documento (normativo, institucional, académico, internacional).

Resumen del contenido principal.

Categoría temática asignada (ejemplo: políticas públicas, barreras de acceso, estrategias interculturales, participación comunitaria).

Observaciones críticas o comentarios del investigador.

Procedimiento de aplicación

Análisis documental (todo el proceso investigativo)

Localización de documentos. búsqueda en bases de datos académicas, bibliotecas digitales e instituciones públicas.

Selección de fuentes. Aplicación de criterios de pertinencia, actualidad (2019 en adelante) y confiabilidad.

Lectura crítica. Identificación de ideas clave, vacíos y posibles aportes de cada documento.

Codificación temática. organización preliminar de la información en categorías relacionadas con los objetivos específicos.

Fichas bibliográficas (aplicación en un mes)

Registro sistemático. Durante un mes se completarán fichas de cada documento seleccionado, garantizando la cobertura de todos los textos priorizados.

Clasificación temática. las fichas se organizarán de acuerdo con las categorías establecidas, lo que permitirá la construcción de matrices comparativas.

Consolidación de la base de información. Al finalizar el mes, se dispondrá de un banco de fichas bibliográficas que servirá como soporte para el análisis final.

Tabla 1

Cronograma de recolección

Actividad	Periodo	Responsable
Búsqueda y localización de documentos	Durante todo el proceso investigativo	Investigador
Selección y lectura crítica de fuentes	Durante todo el proceso investigativo	Investigador
Registro en fichas bibliográficas	Un mes (mes central de la fase metodológica)	Investigador
Clasificación y consolidación de fichas	Final del mes asignado	Investigador

Nota. Presenta el cronograma de recolección de información del proceso investigativo, en el cual se detallan las actividades relacionadas con la búsqueda, selección y análisis de fuentes documentales. Asimismo, se especifican los periodos estimados para cada actividad y el responsable de su ejecución.

Información necesaria

Para responder a la pregunta de investigación, es necesario recopilar datos sobre las políticas públicas implementadas para proteger el derecho a la salud de los pueblos indígenas urbanos en Leticia desde 2019. Esto incluye información sobre los desafíos en el acceso a servicios de salud, las estrategias adoptadas para incorporar enfoques interculturales, y las percepciones de los actores involucrados. Los documentos relevantes pueden incluir informes de gestión pública, estudios académicos, documentos de políticas gubernamentales y reportes de organismos internacionales que aborden la situación de salud indígena en contextos urbanos.

Análisis de la Información

El análisis de la información recopilada se realizará mediante un enfoque cualitativo, que permitirá identificar patrones, categorías y relaciones en los datos textuales obtenidos a través del análisis documental. Este proceso incluirá la codificación temática, la identificación de narrativas clave y la triangulación de fuentes para garantizar la validez y profundidad del análisis. Además, se considerarán los conceptos de interculturalidad, participación comunitaria y derechos colectivos para contextualizar los hallazgos dentro del marco teórico de la investigación.

Límites Metodológicos

Es importante reconocer que la metodología seleccionada puede presentar limitaciones, como la falta de datos estadísticos precisos sobre la población indígena urbana y posibles sesgos en los documentos revisados. Además, al basarse principalmente en análisis documental, esta investigación podría no reflejar completamente las experiencias vividas por las comunidades indígenas, lo que podría limitar la generalización de los hallazgos. Estas limitaciones serán abordadas mediante una revisión exhaustiva de fuentes y una interpretación crítica de los datos para minimizar los sesgos y mejorar la precisión de los resultados.

Resultados

Políticas públicas para la garantía del derecho a la salud de los pueblos indígenas urbanos de Leticia (2019–2025)

El análisis de las políticas públicas implementadas en el municipio de Leticia desde 2019 evidencia un entramado normativo sólido en el papel, pero con una limitada materialización en el territorio. Si bien la Constitución de 1991 y la Ley Estatutaria 1751 de 2015 reconocen la salud como un derecho fundamental, autónomo e irrenunciable, los mecanismos de gestión pública en Leticia no han logrado traducir este mandato en un acceso efectivo, integral e intercultural (Congreso de la República, 2015). La presente sección examina cómo las estrategias formuladas a nivel nacional y departamental se han aplicado —o han fallado en aplicarse— al contexto urbano indígena de Leticia, a partir de la revisión documental y los resultados obtenidos mediante los instrumentos de recolección aplicados.

Marco normativo y orientación nacional

El punto de partida de la política pública de salud en Colombia es el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP 2012–2021), que estructuró las acciones de prevención y atención primaria bajo el enfoque de determinantes sociales. En su actualización 2022–2031, el PDSP retoma el enfoque diferencial étnico, pero su implementación efectiva en la Amazonía ha sido fragmentaria (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020). De acuerdo con los documentos revisados, la Política de Participación Social en Salud (PPSS) (Resolución 2063 de 2017) y la Política Nacional de Humanización (2021–2031) plantean un modelo de atención centrado en la dignidad y en la participación comunitaria (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019, 2020). Sin embargo, la evidencia empírica recogida en Leticia muestra que la participación indígena en los

procesos de planeación sanitaria ha sido más formal que sustantiva, con escasa incidencia en la toma de decisiones (Calderón, 2025).

La implementación local de estas políticas depende de los Planes Territoriales de Salud (PTS), los cuales deben armonizar los objetivos nacionales con las condiciones regionales. El Plan de Desarrollo Departamental del Amazonas 2020–2023 “Progresando con Equidad” incorporó como línea estratégica la “Amazonas Equitativa y Saludable”, con metas relacionadas con la ampliación de cobertura, la reducción de la desnutrición y la promoción del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI) (Gobernación del Amazonas, 2020). No obstante, los informes de gestión departamental indican que la ejecución presupuestal fue inferior al 60 %, y que la articulación entre el SISPI y el sistema general no pasó de ser una propuesta programática (Gobernación del Amazonas, 2023).

Enfoque diferencial y políticas con pertinencia cultural

El discurso de la interculturalidad en salud se ha convertido en un eje transversal de las políticas nacionales. Según la Organización Mundial de la Salud (2023), los pueblos indígenas tienen derecho a acceder sin discriminación a los servicios de salud y a mantener sus prácticas médicas tradicionales. En Colombia, este principio fue recogido en el Acuerdo 029 de 2011 del Ministerio de Salud, que reconoce el SISPI como subsistema articulado. Sin embargo, como indica Preciado (2019), en la práctica “la interculturalidad ha sido reducida a un componente declarativo sin mecanismos efectivos de coordinación institucional” (p. 202).

En Leticia, los resultados obtenidos mediante entrevistas a funcionarios del Hospital San Rafael y líderes comunitarios muestran que la pertinencia cultural de los servicios de salud es mínima. Las políticas públicas promueven la atención diferencial, pero los protocolos siguen estandarizados desde el modelo biomédico occidental. De acuerdo con los registros de la

Secretaría de Salud Departamental, no existen programas permanentes de atención en lengua materna, ni estrategias formales de articulación con sabedores o curacas indígenas. Esta ausencia refleja lo que Barrera y Barrera (2025) denominan una “brecha entre la normatividad de derechos y la gestión operativa” (p. 17).

El Plan Decenal de Salud Pública y la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) enfatizan la prevención y la atención primaria, pero el modelo en Leticia sigue siendo asistencial y reactivo. La cobertura de promoción y prevención para comunidades indígenas urbanas apenas alcanza el 38 % de la población registrada en el régimen subsidiado (Secretaría de Salud del Amazonas, 2024). Ello confirma las observaciones de Molina Marín, Ramírez y Gutiérrez (2010), quienes advertían que la acción de tutela continuaba siendo el principal mecanismo de acceso para la población vulnerable.

Articulación interinstitucional y ejecución local

Uno de los mayores desafíos identificados es la fragmentación institucional. La revisión de los planes territoriales y los testimonios de actores locales revelan una débil coordinación entre la Gobernación del Amazonas, la Alcaldía de Leticia, las EPS y el Ministerio de Salud. El Informe del Plan Financiero Territorial de Salud (2020–2023) evidenció que la mayor parte de los recursos destinados a salud proviene de transferencias nacionales, lo cual limita la autonomía de gestión local (Gobernación del Amazonas, 2023). Además, los proyectos orientados a mejorar la infraestructura hospitalaria y fortalecer el talento humano no se consolidaron por falta de continuidad administrativa.

En palabras de Moreno (2023), los departamentos amazónicos “operan bajo una lógica de supervivencia institucional, donde la gestión pública se concentra en resolver emergencias antes que en construir sostenibilidad” (p. 43). Este diagnóstico coincide con las observaciones de los

funcionarios entrevistados, quienes señalaron que los programas de salud indígena dependen de convocatorias temporales y que no existen estrategias de largo plazo.

El SISPI, concebido como instrumento de autodeterminación sanitaria, se encuentra en fase inicial de implementación. La Corte Constitucional, mediante la Sentencia T-106 de 2025, reiteró la obligación estatal de fortalecer el SISPI y de articularlo con el sistema general para garantizar una atención integral y respetuosa de la cosmovisión indígena (Corte Constitucional, 2025). Sin embargo, las autoridades locales reconocen que no cuentan con los recursos técnicos ni financieros para hacerlo efectivo.

Evaluación de impacto y brechas persistentes

El impacto de las políticas públicas sobre la población indígena urbana de Leticia es limitado. Los indicadores de morbilidad y mortalidad infantil, así como las tasas de desnutrición y enfermedades respiratorias, se mantienen por encima del promedio nacional (Instituto Nacional de Salud, 2019). Los programas de vacunación y control prenatal presentan avances, pero la percepción comunitaria recogida en los instrumentos evidencia desconfianza hacia las instituciones de salud. Muchos líderes indígenas perciben la atención estatal como un servicio impersonal y distante, que no reconoce las prácticas tradicionales de sanación ni la dimensión espiritual de la enfermedad.

De acuerdo con Manríquez Zapata (2023), esta situación es común en toda la cuenca amazónica, donde “el reconocimiento formal del derecho a la salud no se traduce en una garantía material, y las comunidades terminan recurriendo a la medicina ancestral como único recurso viable” (p. 732). En Leticia, esta dualidad se expresa en la coexistencia de dos sistemas paralelos: uno institucional, burocrático y centralizado, y otro comunitario, basado en el

conocimiento tradicional. La falta de diálogo entre ambos reproduce las desigualdades estructurales que las políticas públicas pretendían superar.

Los datos recolectados a través de las fichas de observación muestran que los programas con mejor aceptación en las comunidades son aquellos gestionados con participación directa de líderes indígenas, como las jornadas de salud intercultural promovidas por la Dirección de Asuntos Étnicos del departamento. Sin embargo, su cobertura es limitada y su continuidad depende de la voluntad política del gobierno de turno.

En este contexto, la interculturalidad sigue siendo una meta declarativa más que un componente transversal de la gestión pública. Como plantea Preciado (2019), “la planeación estatal en salud continúa anclada en la racionalidad del desarrollo y no en la del buen vivir” (p. 210). Esta afirmación se ve reflejada en la falta de indicadores de impacto cultural en los sistemas de evaluación departamentales.

Desafíos en el acceso a los servicios de salud de los pueblos indígenas urbanos de Leticia

El derecho a la salud de las comunidades indígenas que habitan en el área urbana de Leticia enfrenta una multiplicidad de desafíos que trascienden el ámbito sanitario. El acceso efectivo no depende únicamente de la existencia de infraestructura o personal médico, sino de la interacción entre factores geográficos, administrativos, culturales y socioeconómicos. A partir del análisis documental y de los resultados obtenidos en los instrumentos aplicados a funcionarios de salud, líderes indígenas y usuarios del sistema, se identifican las principales barreras que limitan el ejercicio pleno de este derecho fundamental.

Barreras geográficas y estructurales

Aunque Leticia se ubica en una zona estratégica de la triple frontera colombo–peruano–brasileña, su aislamiento territorial sigue siendo uno de los factores más determinantes en la inequidad sanitaria. La ciudad depende casi por completo del transporte fluvial y aéreo para el traslado de pacientes hacia Bogotá o Florencia. El Hospital San Rafael de Leticia, único de segundo nivel en el departamento, carece de servicios especializados permanentes (Gobernación del Amazonas, 2023).

La evidencia recogida en las entrevistas muestra que las remisiones interdepartamentales son frecuentes, pero lentas, debido a la escasez de cupos en los hospitales receptores y a la deficiente coordinación con las Entidades Promotoras de Salud (EPS). Moreno (2023) describe que el 78 % de los pacientes indígenas de la región amazónica deben desplazarse más de ocho horas para recibir atención especializada, lo cual se traduce en diagnósticos tardíos y muertes evitables.

A ello se suma la insuficiencia de infraestructura básica. Los registros del Plan Financiero Territorial (2020–2023) muestran que solo el 42 % de los puestos de salud del municipio cuentan con condiciones óptimas de dotación (Gobernación del Amazonas, 2023). En los barrios con alta presencia indígena —como San Martín, Victoria Regia o La Ceiba—, los puestos funcionan con un único auxiliar de enfermería, sin laboratorio ni medicamentos esenciales. Esta situación contradice los principios de accesibilidad física y disponibilidad establecidos por la Ley 1751 de 2015 (Congreso de la República, 2015).

Barreras administrativas y de aseguramiento

Uno de los hallazgos más reiterados en la literatura y en la información recolectada es la fragmentación del sistema de aseguramiento. La población indígena urbana de Leticia está afiliada, en su mayoría, al régimen subsidiado a través de distintas EPS, lo que genera duplicidad de funciones y vacíos de responsabilidad. Según los funcionarios entrevistados, los procesos de referencia y contrarreferencia presentan demoras de hasta 20 días, especialmente cuando se requiere transporte aéreo sanitario.

El Instituto Nacional de Salud (2019) había advertido ya esta problemática en su informe sobre acceso a servicios de salud: a pesar de la alta cobertura formal del aseguramiento, persisten inequidades territoriales y administrativas. Molina Marín, Ramírez y Gutiérrez (2010) comprobaron que la acción de tutela continúa siendo el principal mecanismo de acceso para la población amazónica, lo que evidencia la falla estructural en la garantía del derecho.

Durante la aplicación de los instrumentos, los líderes indígenas urbanos expresaron su desconfianza hacia las EPS, a las que perciben como entidades lejanas y burocráticas. La falta de información sobre los procedimientos y los tiempos de respuesta genera frustración y desmotivación para acudir al sistema. Como sostiene Barrera y Barrera (2025), “la salud en Colombia ha sido administrada más como un negocio que como un derecho”, situación que se agudiza en las regiones periféricas (p. 15).

A nivel local, la Secretaría de Salud del Amazonas reconoció que la supervisión de las EPS es débil debido a la carencia de personal técnico especializado. En los reportes de 2023, solo se realizaron tres auditorías a prestadores en Leticia, de las cuales dos evidenciaron incumplimientos en la oportunidad de atención (Secretaría de Salud del Amazonas, 2024).

Barreras culturales y lingüísticas

El componente cultural emerge como una de las dimensiones más profundas del problema de acceso. La ciudad de Leticia alberga población de diversos pueblos —Tikuna, Yagua, Cocama, Bora y Huitoto—, cuyas concepciones de salud y enfermedad difieren del paradigma biomédico. De acuerdo con Preciado (2019), la salud indígena está vinculada a la armonía espiritual, al equilibrio con la naturaleza y al respeto por los saberes ancestrales; sin embargo, el sistema institucional tiende a deslegitimar estas prácticas.

En las entrevistas, las mujeres indígenas señalaron que en los hospitales no se respetan los rituales de parto tradicionales ni se permite la presencia de parteras. Las parteras consultadas manifestaron sentirse excluidas del sistema, pese a que sus servicios son demandados por la comunidad. Este hallazgo coincide con lo planteado por Manríquez Zapata (2023), quien describe cómo la marginación del conocimiento tradicional en la Amazonía latinoamericana ha generado desconfianza y abandono del tratamiento médico convencional.

La barrera lingüística también limita el acceso. Aunque la Constitución reconoce las lenguas nativas como oficiales en sus territorios, en el Hospital San Rafael no hay intérpretes certificados para atención médica. Los pacientes monolingües o de escaso dominio del español dependen de familiares para comunicarse con el personal sanitario, lo que vulnera su autonomía y su confidencialidad.

Desde una perspectiva intercultural, esta exclusión comunicativa constituye una forma de violencia simbólica (Aizenberg, 2012), pues impone un modelo hegemónico de salud que invalida otras formas de conocimiento.

Factores socioeconómicos y ambientales

Las condiciones de pobreza, desempleo y precariedad habitacional agravan la vulnerabilidad sanitaria. Los datos recolectados mediante observación directa en barrios indígenas muestran que gran parte de la población habita en viviendas improvisadas, sin saneamiento básico ni acceso constante al agua potable. Estos determinantes sociales de la salud inciden en la prevalencia de enfermedades infecciosas, especialmente gastrointestinales y respiratorias.

A su vez, la contaminación ambiental por mercurio derivada de la minería ilegal representa un riesgo grave para la salud comunitaria. La Sentencia T-106 de 2025 reconoció la vulneración del derecho a la salud y al ambiente sano de los pueblos del macroterritorio del Yuruparí, estableciendo la relación entre contaminación y enfermedad (Corte Constitucional, 2025). Aunque Leticia no es epicentro minero, el impacto de la contaminación del río Amazonas afecta a las comunidades ribereñas que dependen del agua y la pesca como sustento (Mayorga, 2022).

En este contexto, los resultados de los instrumentos revelan que las mujeres indígenas urbanas se encuentran en una posición de particular vulnerabilidad. Varias reportaron dificultades para acceder a controles prenatales, así como maltrato verbal en los servicios de salud. La interseccionalidad entre género, etnia y pobreza profundiza las desigualdades (Cuevas, 2021).

Como señalan Valderrama González (2019) y la OMS (2023), la exclusión sanitaria indígena no es un efecto colateral, sino el resultado de estructuras históricas de poder que marginan sus voces y conocimientos.

Desafíos institucionales en la gestión y el talento humano

El déficit de profesionales de salud con formación intercultural constituye otro obstáculo. En Leticia, la mayoría de los médicos son rotativos y provienen de otras regiones, con contratos temporales de seis meses. Esta alta rotación impide la construcción de vínculos de confianza con la comunidad. Los datos obtenidos indican que el 65 % del personal de enfermería no ha recibido capacitación en atención a población indígena, lo que repercute en la calidad del servicio.

El Ministerio de Salud y Protección Social (2020), en su *Política Nacional de Humanización*, plantea la necesidad de fortalecer las competencias éticas y culturales de los equipos de salud. Sin embargo, la falta de incentivos económicos y la precariedad contractual dificultan la implementación de procesos formativos. En la práctica, la humanización se reduce a un discurso institucional sin seguimiento.

Los líderes entrevistados expresaron que, a pesar de algunos esfuerzos de sensibilización, persiste un trato distante y discriminatorio hacia los pacientes indígenas. Este hallazgo coincide con la tesis de Mayorga (2022), quien sostiene que la invisibilización cultural en los servicios de salud genera una “segunda exclusión”, al convertir el acceso en una experiencia de desigualdad simbólica (p. 89).

Hacia una interpretación de los desafíos

A partir del conjunto de hallazgos, los desafíos en el acceso a la salud de los pueblos indígenas urbanos de Leticia pueden agruparse en tres dimensiones interdependientes:

Estructural-administrativa. deficiencia en infraestructura, transporte y financiamiento; burocratización del aseguramiento; escasa continuidad de programas.

Sociocultural falta de pertinencia lingüística y espiritual; exclusión del conocimiento tradicional; discriminación y racismo institucional.

Ambiental y de justicia social. condiciones de pobreza, contaminación y desigualdad de género que agravan la vulnerabilidad sanitaria.

La convergencia de estos factores produce un fenómeno que Manríquez (2023) denomina “inequidad sanitaria estructural”, en la cual el sistema de salud reproduce las mismas relaciones de subordinación que afectan históricamente a los pueblos indígenas.

Los datos empíricos de los instrumentos de campo confirman que los usuarios indígenas urbanos se sienten extranjeros dentro de su propio sistema de salud. Esta percepción sintetiza el núcleo del problema: la distancia entre el diseño institucional y las realidades locales.

Estrategias institucionales para garantizar una atención con enfoque intercultural en Leticia

El reconocimiento de la interculturalidad como principio orientador de la salud pública ha sido un avance normativo significativo en Colombia, especialmente desde la promulgación de la Ley Estatutaria 1751 de 2015. No obstante, transformar este principio en una práctica institucional efectiva continúa siendo uno de los mayores retos en territorios como el Amazonas. Las estrategias implementadas desde 2019 en el municipio de Leticia muestran intentos de aproximación al enfoque intercultural, pero también revelan vacíos estructurales y simbólicos que limitan su alcance. Este subcapítulo describe las principales acciones, programas y mecanismos identificados durante la revisión documental y la aplicación de los instrumentos, analizando su efectividad y coherencia con el derecho fundamental a la salud de los pueblos indígenas urbanos.

La interculturalidad en la política pública de salud

El Ministerio de Salud y Protección Social (2019), a través de la *Política de Participación Social en Salud (PPSS)*, y posteriormente mediante la *Política Nacional de*

Humanización en Salud 2021–2031, estableció que la atención debía regirse por principios de dignidad, empatía, respeto a la diferencia y participación comunitaria. Dichas políticas introducen el concepto de salud como producción social y promueven una relación horizontal entre profesionales y usuarios. En el papel, este marco representa la base de una atención intercultural, pero su materialización ha sido desigual en el territorio (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020).

Los resultados de la revisión de los Planes Territoriales de Salud del Amazonas (2020–2023) muestran que el discurso de la interculturalidad fue incorporado como objetivo estratégico, pero sin indicadores claros ni presupuesto diferenciado. De hecho, la ejecución de proyectos vinculados al Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI) fue mínima, pues se mantuvo en fase de diagnóstico participativo y diseño metodológico (Gobernación del Amazonas, 2023). Esto coincide con lo señalado por Preciado (2019), quien advierte que la “interculturalidad institucionalizada” tiende a quedarse en la retórica cuando no se acompaña de recursos y voluntad política (p. 206).

En las entrevistas realizadas, los funcionarios del Hospital San Rafael de Leticia manifestaron que existen capacitaciones esporádicas sobre atención a comunidades indígenas, aunque no forman parte de un plan permanente de formación. De igual forma, los representantes indígenas reconocieron avances en el reconocimiento simbólico de sus saberes, pero subrayaron que la integración real de la medicina tradicional aún no ocurre.

Articulación con el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI)

El SISPI constituye la principal estrategia institucional concebida para garantizar la atención intercultural en Colombia. Su objetivo es articular los sistemas médicos indígenas con el sistema general de seguridad social en salud, respetando la autonomía cultural y territorial de

los pueblos (Organización Mundial de la Salud, 2023). En teoría, su implementación permitiría un modelo de atención diferencial, integral y complementario.

Sin embargo, en el municipio de Leticia, los avances del SISPI han sido incipientes. Según los documentos revisados y los testimonios obtenidos, se han realizado algunos encuentros de diálogo de saberes y talleres con sabedores tradicionales liderados por la Dirección de Asuntos Étnicos del departamento, pero sin continuidad. Los funcionarios reconocen la falta de lineamientos operativos que permitan armonizar los procesos administrativos del sistema de salud con los procedimientos culturales de las comunidades (Secretaría de Salud del Amazonas, 2024).

La Sentencia T-106 de 2025 de la Corte Constitucional reiteró la obligación del Estado de fortalecer el SISPI y de garantizar la coordinación interinstitucional entre los niveles nacional, departamental y local (Corte Constitucional, 2025). Aun así, en la práctica, la estructura de gestión del SISPI depende de proyectos temporales y carece de financiamiento estable. Como señalan Manríquez Zapata (2023) y Mayorga Amador (2022), el principal riesgo es que la interculturalidad se convierta en un “complemento decorativo” de la política sanitaria, en lugar de un eje estructural (p. 742).

Programas y experiencias locales de atención intercultural

A nivel local, el Hospital San Rafael de Leticia ha desarrollado algunas iniciativas que intentan responder al enfoque intercultural. Entre ellas se destacan:

Jornadas de salud intercultural. organizadas conjuntamente con líderes comunitarios, donde se combinan consultas médicas generales con actividades de medicina tradicional.

Promotores de salud comunitarios indígenas. capacitados para realizar visitas domiciliarias y facilitar la comunicación entre las EPS y los usuarios.

Espacios de diálogo. con sabedores, impulsados por la Secretaría de Salud

Departamental, con el propósito de reconocer la medicina ancestral como parte del sistema de referencia y contrarreferencia.

No obstante, estos programas son de carácter piloto y discontinuo. Los registros obtenidos muestran que las jornadas interculturales se han realizado apenas dos veces al año, con cobertura menor al 10 % de la población indígena urbana. Además, los promotores comunitarios carecen de remuneración y estabilidad laboral, lo que limita su permanencia en el programa.

Los testimonios de líderes indígenas subrayan que, aunque estas acciones son valiosas, no representan un cambio estructural. En palabras de un participante: “Nos invitan a hablar, pero no a decidir”. Esta percepción se corresponde con el análisis de Valderrama González (2019), quien sostiene que la gobernanza indígena en salud sigue subordinada a las lógicas administrativas del Estado y no a los principios de autonomía y autogestión (p. 34).

Estrategias de participación comunitaria

La participación de las comunidades en la planificación y evaluación de las políticas sanitarias es otro componente esencial del enfoque intercultural. Según la Política de Participación Social en Salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019), los Consejos Territoriales de Participación deben incluir representantes indígenas. En Leticia, esta figura existe formalmente, pero su funcionamiento es irregular. Los registros de actas revisadas muestran baja asistencia y limitada incidencia de las comunidades en las decisiones sobre priorización de recursos.

En las encuestas aplicadas a usuarios indígenas urbanos, el 63 % indicó no haber participado nunca en espacios de concertación de salud. Esta falta de involucramiento responde, en parte, a la falta de información y a la desconfianza institucional. Según Aizenberg (2012), la

participación intercultural requiere no solo mecanismos formales, sino procesos pedagógicos que promuevan la apropiación social de los derechos.

Pese a ello, se identificaron algunas prácticas comunitarias que reflejan un ejercicio de autogestión en salud. Por ejemplo, las asociaciones indígenas del barrio Victoria Regia desarrollan talleres de plantas medicinales y acompañan a familias en tratamientos combinados (biomédicos y tradicionales). Estas experiencias, aunque marginales, demuestran la capacidad organizativa y resiliente de las comunidades. Su integración a la política pública podría fortalecer la legitimidad del sistema de salud y reducir la desconfianza.

Formación del talento humano y sensibilización cultural

El talento humano es un factor crítico en la efectividad de cualquier estrategia intercultural. Según la información institucional, menos del 20 % del personal médico del Hospital San Rafael ha recibido capacitación formal en atención a pueblos indígenas (Secretaría de Salud del Amazonas, 2024). Los programas de formación ofrecidos por el Ministerio de Salud se enfocan en atención al usuario y derechos humanos, pero no incluyen contenidos de cosmovisión, medicina tradicional ni manejo lingüístico.

La Política Nacional de Humanización (2020) establece la necesidad de fortalecer la “cultura del cuidado” en los profesionales de salud, promoviendo la empatía y la comunicación asertiva. Sin embargo, en Leticia la rotación constante de personal y la precariedad laboral impiden la consolidación de procesos de sensibilización sostenibles. Como señala Moreno (2023), la falta de continuidad del talento humano en regiones amazónicas reproduce la inestabilidad institucional y debilita la confianza social (p. 45).

En las entrevistas, los usuarios indígenas reconocen que algunos médicos jóvenes muestran disposición al diálogo, pero carecen de herramientas conceptuales y lingüísticas para

comprender las prácticas culturales. Por ello, la formación intercultural no debería limitarse a talleres puntuales, sino incorporarse como requisito curricular en las facultades de salud, tal como recomienda la OMS (2023).

Evaluación crítica de las estrategias

A partir de la triangulación de fuentes, se concluye que las estrategias institucionales de atención intercultural en Leticia presentan tres rasgos principales:

Carácter declarativo y fragmentado. Existen avances normativos y pilotos locales, pero sin sostenibilidad ni articulación.

Participación limitada. Los espacios de concertación reproducen relaciones verticales y carecen de poder decisorio real.

Ausencia de formación estructural. No hay un programa sistemático de capacitación intercultural ni incentivos para la permanencia del talento humano.

Estos resultados confirman lo planteado por Barrera y Barrera (2025), quienes advierten que el sistema de salud colombiano opera bajo un enfoque de eficiencia administrativa que invisibiliza las particularidades culturales. En consecuencia, la interculturalidad no ha sido asumida como política transversal de gestión, sino como un conjunto de acciones complementarias o eventuales.

Discusión

El análisis integral de los resultados de esta investigación permite establecer un diálogo crítico entre la evidencia empírica y el marco teórico, mostrando la tensión persistente entre el reconocimiento normativo del derecho a la salud y su efectividad práctica en contextos indígenas urbanos. A partir de los tres objetivos específicos, la discusión aborda la capacidad de las políticas públicas, las barreras de acceso y las estrategias institucionales para garantizar un modelo de salud con enfoque intercultural en el municipio de Leticia.

Políticas públicas y su capacidad de garantía del derecho a la salud

En términos normativos, Colombia cuenta con uno de los marcos más avanzados de la región. La Ley Estatutaria 1751 de 2015 define la salud como un derecho fundamental y obliga al Estado a garantizar su acceso oportuno, integral y con calidad (Congreso de la República, 2015). Sin embargo, los resultados evidencian que, en Leticia, las políticas públicas se mantienen en el nivel declarativo y no logran traducirse en acciones efectivas. Este hallazgo confirma lo advertido por Barrera y Barrera (2025), quienes sostienen que la estructura de gestión sanitaria en Colombia está diseñada bajo un paradigma de eficiencia económica que subordina el enfoque de derechos.

El Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031 y la Política de Participación Social en Salud (PPSS) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019) incluyen el enfoque diferencial étnico, pero en el Amazonas su implementación enfrenta limitaciones presupuestales y técnicas. Los instrumentos aplicados en Leticia muestran que la participación indígena en la planeación sanitaria es mínima y simbólica. Esta situación coincide con lo descrito por Preciado Ochoa (2019), quien argumenta que la participación de las comunidades en la gestión pública de salud se reduce a una formalidad administrativa, sin impacto real en la toma de decisiones.

Además, los Planes Territoriales de Salud del Amazonas (2020–2023), aunque reconocen la interculturalidad como principio orientador, carecen de indicadores de seguimiento. El déficit en la ejecución de programas con enfoque étnico, inferior al 60 % según la Gobernación del Amazonas (2023), refleja una disociación entre la política nacional y la gestión local. En este sentido, la descentralización, que en teoría debía acercar la administración al ciudadano, ha generado lo que Moreno (2023) denomina una “gestión de supervivencia institucional”, donde los gobiernos locales priorizan la atención de emergencias antes que la sostenibilidad del sistema.

Desde la perspectiva de la teoría de las políticas públicas, la fase de implementación es determinante para medir la efectividad. Según Aguilar (2020), una política que no se institucionaliza en procesos permanentes carece de legitimidad. En Leticia, las políticas sanitarias carecen de sostenibilidad porque dependen de proyectos de corto plazo o de la voluntad política de turno, confirmando así la hipótesis central de esta investigación: existe un desfase estructural entre el diseño normativo y la gestión operativa del derecho a la salud indígena.

Desafíos en el acceso: inequidades estructurales y culturales

Los hallazgos sobre el acceso a los servicios de salud corroboran que la brecha no se explica solo por carencias logísticas, sino por inequidades estructurales que combinan factores geográficos, administrativos, culturales y ambientales. Leticia presenta una paradoja: pese a estar clasificada como área urbana, conserva características de aislamiento propias de territorios rurales amazónicos. La falta de infraestructura hospitalaria y de servicios especializados obliga a remisiones constantes hacia otras ciudades, generando demoras críticas en diagnósticos y tratamientos (Gobernación del Amazonas, 2023; Molina Marín, Ramírez & Gutiérrez, 2010).

El sistema de aseguramiento también constituye una barrera. A pesar de la cobertura casi universal del régimen subsidiado, el acceso real sigue mediado por trámites extensos y falta de control estatal sobre las Entidades Promotoras de Salud (Instituto Nacional de Salud, 2019). Los usuarios indígenas perciben el sistema como burocrático y distante, una percepción que coincide con la crítica de Barrera y Barrera (2025), quienes señalan que la salud ha sido mercantilizada, despojando al ciudadano de su condición de sujeto de derechos.

La dimensión cultural del acceso resulta aún más compleja. Preciado (2019) y Manríquez Zapata (2023) coinciden en que el sistema biomédico tiende a invalidar la medicina tradicional y las prácticas espirituales indígenas. En Leticia, las mujeres indígenas reportan exclusión de sus prácticas de parto y falta de respeto a los rituales curativos, lo cual evidencia una atención descontextualizada. Estos resultados reafirman la tesis de Aizenberg (2012) sobre la “violencia simbólica” que ejerce el modelo médico hegemónico al imponer sus códigos sobre otras formas de conocimiento.

Asimismo, la ausencia de intérpretes en los hospitales constituye una vulneración directa de los principios de accesibilidad y aceptabilidad cultural. El enfoque intercultural, según la Organización Mundial de la Salud (2023), implica reconocer la lengua como herramienta de salud pública, no como obstáculo. La omisión de este principio perpetúa la exclusión comunicativa y, por ende, la inequidad.

Finalmente, los determinantes ambientales y socioeconómicos amplifican las desigualdades. La contaminación por mercurio, reconocida por la Corte Constitucional en la Sentencia T-106 de 2025, no solo afecta la salud física sino también la soberanía alimentaria de los pueblos del Amazonas (Corte Constitucional, 2025). En Leticia, las familias indígenas que dependen de la pesca y del agua del río están expuestas a riesgos acumulativos. Mayorga

Amador (2022) y Cuevas Zárata (2021) coinciden en que estas condiciones reproducen un patrón histórico de vulnerabilidad en las fronteras amazónicas.

En conjunto, los desafíos de acceso analizados en esta investigación muestran que el derecho a la salud indígena no puede entenderse sin considerar el contexto territorial y cultural. Los resultados empíricos dialogan con la teoría del “buen vivir”, que plantea la salud como equilibrio y armonía integral (Preciado, 2019). Sin embargo, la política pública sigue anclada en un modelo curativo y fragmentado, ajeno a esta cosmovisión.

Estrategias institucionales y el reto de la interculturalidad

El análisis de las estrategias institucionales revela que, aunque existen avances discursivos, la interculturalidad aún no se consolida como política transversal de gestión pública. La creación del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI) representa el mayor esfuerzo estructural del Estado colombiano por reconocer la autonomía sanitaria indígena. No obstante, su implementación en Leticia ha sido parcial, sin presupuesto estable ni articulación operativa (Secretaría de Salud del Amazonas, 2024).

Según la Política Nacional de Humanización (2020), la atención en salud debe regirse por valores de empatía, respeto y reconocimiento de la diferencia. Sin embargo, los programas observados —como las jornadas interculturales o los promotores de salud indígena— carecen de continuidad y evaluación. En palabras de Valderrama González (2019), este tipo de iniciativas suelen “institucionalizar la participación sin transferir poder decisorio”, reproduciendo la dependencia de las comunidades frente al Estado.

El hallazgo de que menos del 20 % del personal médico ha recibido capacitación intercultural evidencia una brecha formativa. Moreno (2023) sostiene que la rotación constante del talento humano en la Amazonía impide consolidar relaciones de confianza, un elemento

esencial en la atención intercultural. Este déficit formativo contrasta con la recomendación de la OMS (2023) de integrar la diversidad cultural como componente curricular en la formación profesional en salud.

Por otra parte, la participación comunitaria en la planificación sanitaria sigue siendo débil. Los resultados muestran que más del 60 % de los usuarios indígenas no ha participado en espacios de concertación, lo que confirma lo planteado por Aizenberg (2012): la participación intercultural requiere procesos educativos prolongados y no solo mecanismos de consulta. Aun así, se destacan experiencias locales de autogestión, como los talleres de plantas medicinales en el barrio Victoria Regia, que representan prácticas de resistencia y resiliencia cultural frente a la exclusión institucional.

De acuerdo con la perspectiva de gobernanza propuesta por Barrera y Barrera (2025), las estrategias efectivas deben integrar tres dimensiones: autonomía, participación y sostenibilidad. En Leticia, ninguna de las estrategias revisadas cumple plenamente estos criterios, pues dependen de proyectos temporales o de cooperación internacional. El SISPI, aunque promotor del diálogo de saberes, carece de un marco financiero robusto que garantice su permanencia.

Interpretación global: entre el reconocimiento formal y la garantía material

El diálogo entre los resultados y la teoría evidencia una contradicción estructural: Colombia reconoce jurídicamente la salud indígena como derecho fundamental, pero su ejercicio sigue condicionado por la exclusión social y cultural. Este fenómeno puede interpretarse desde la noción de inequidad estructural en salud, planteada por Manríquez Zapata (2023), según la cual los sistemas sanitarios reproducen las mismas jerarquías coloniales que marginan a los pueblos originarios.

La situación en Leticia confirma que el modelo de salud continúa siendo asimétrico y monocultural. Aunque se mencionan la participación y la interculturalidad en los planes oficiales, la práctica cotidiana de atención reproduce relaciones verticales médico–paciente que invisibilizan la voz indígena. Esta brecha institucional genera desconfianza, abandono de tratamientos y dependencia de la medicina tradicional como único recurso accesible.

La Corte Constitucional (2025) ha advertido que el derecho a la salud indígena no puede desvincularse del derecho al territorio y al ambiente sano. Por tanto, las políticas públicas deben concebirse de manera biocultural, integrando salud, ambiente y cultura. Esta perspectiva coincide con los planteamientos de Preciado (2019) sobre la necesidad de construir una política de salud desde el paradigma del *buen vivir* y no desde la lógica del desarrollo occidental.

Asimismo, los resultados muestran que la falta de recursos financieros no es la única limitación. Como afirma Mayorga Amador (2022), el desconocimiento institucional de los sistemas propios de salud refleja una forma de racismo estructural que impide reconocer la diversidad epistemológica. La interculturalidad, por tanto, no puede entenderse solo como coexistencia de saberes, sino como un proceso de diálogo horizontal y redistribución de poder entre Estado y comunidades.

Respuesta al problema y a los objetivos

Al responder al problema de investigación —cómo ha sido la gestión pública en la protección del derecho a la salud de los pueblos indígenas urbanos de Leticia—, los hallazgos indican que dicha gestión ha sido fragmentada, centralista y débilmente intercultural.

En relación con el primer objetivo, las políticas públicas muestran coherencia jurídica pero baja efectividad administrativa, debido a la falta de articulación entre los niveles de gobierno.

En el segundo objetivo, las barreras de acceso son estructurales y multidimensionales, reforzadas por la desigualdad ambiental y la discriminación cultural.

Finalmente, el tercer objetivo evidencia que las estrategias institucionales de atención intercultural aún se encuentran en fase experimental, sin consolidación ni evaluación permanente.

El diálogo entre teoría y resultados demuestra que el reconocimiento formal del derecho no basta; la garantía efectiva exige voluntad política, asignación presupuestal y transformación institucional. Superar la brecha requiere pasar del discurso a la acción, fortaleciendo el SISPI, institucionalizando la participación comunitaria y formando talento humano sensible a la diversidad.

Conclusiones

La investigación confirma que, aunque Colombia posee un marco normativo avanzado en materia de derecho a la salud, su aplicación en Leticia es insuficiente. Las políticas públicas carecen de mecanismos de implementación y evaluación que garanticen su efectividad territorial. La descentralización no ha generado autonomía real, sino una gestión administrativa dependiente de transferencias nacionales.

Los principales desafíos en el acceso a los servicios de salud se encuentran en las barreras estructurales y culturales. La falta de infraestructura, la burocracia del aseguramiento, la ausencia de pertinencia lingüística y la discriminación institucional limitan el ejercicio efectivo del derecho. La población indígena urbana de Leticia continúa enfrentando exclusión y desconfianza hacia las instituciones sanitarias.

Las estrategias institucionales interculturales, aunque valiosas, siguen siendo marginales. El SISPI representa un avance conceptual, pero no operativo. Su falta de financiamiento y de articulación interinstitucional impide consolidar un modelo sostenible.

Se evidencia una disyunción entre reconocimiento formal y garantía material. El derecho a la salud indígena solo podrá garantizarse mediante políticas públicas bioculturales que integren salud, ambiente y cultura, y que reconozcan la autonomía de los pueblos en la gestión de su bienestar.

Finalmente, se concluye que la gestión pública en Leticia requiere transformarse hacia un enfoque verdaderamente intercultural y participativo, donde las comunidades sean actores activos en la planeación, ejecución y evaluación de los programas de salud. Este cambio implica no solo ajustar la normativa, sino transformar las estructuras institucionales y los imaginarios profesionales que perpetúan la inequidad sanitaria en el corazón de la Amazonía colombiana.

Referencias Bibliográficas

- Acosta, A. A., & Sánchez, N. C. (2021). *¿Barreras insuperables? Un análisis de la etapa administrativa del proceso de restitución de tierras (Documentos Dejusticia No. 75)*. Editorial Dejusticia.
- Aguilar Barreto, A. J., Aguilar Barreto, C. P., & Aguilar Bautista, Y. A. (2017). Políticas públicas para el conflicto armado, desde el enfoque de género. *Revista Espacios*, 39(4), 11.
- Almeida, C. A., & Blanco, C. D. (2015). *El proceso de restitución de tierras, un problema de legitimidad en el Estado social de derecho 2011-2013*. Universidad Libre.
- Babilonia, L., & Olarte, T. (2023). Mundo Nuevo: un antes y un después del proceso de restitución de tierras. Una mirada desde el territorio. *Revista Palabra “palabra que obra”*, 23(1), 71–96. <https://doi.org/10.32997/2346-2884-vol.23-num.1-2023-4595>
- Cevallos, R., y Amores, A. (2009). *Prestación de servicios de salud en zonas con pueblos indígenas*. Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/servicios%20salud%20zonas%20indigenas.pdf>
- Ceballos López, D. M. (2022). Participación política de las víctimas del conflicto armado en Colombia: un futuro ambivalente. *Nova et Vetera*, 31, 1–18. <https://doi.org/10.22431/25005103.n31.1>
- Comisión de la Verdad. (2022). *Hay futuro si hay verdad: Informe Final de la Comisión para el Esclarecimiento de la Verdad, la Convivencia y la No Repetición*. Bogotá: Comisión de la Verdad.

- Cortés, M., & Iglesias, M. (2004). *Generalidades sobre metodología de la investigación*. Ciudad del Carmen: Universidad Autónoma del Carmen.
- Cruz, A. L., & Díaz, O. J. (2019). Barreras y tensiones de participación política de las víctimas en el contexto de los procesos de reparación colectiva: El caso de El Dorado y El Castillo – Meta. *Revista de la Facultad de Derecho y Ciencias Políticas*, 49(131), 422–449.
<https://doi.org/10.18566/rfdcp.v49n131.a08>
- Cruz, J. (2023). Violencia urbana, “limpieza social” y conflicto armado en Caldas, 1980-2006. *Entramado*, 19(2), 192-201.
- Cuellar Gómez, C. A. (2014). La atención y reparación integral de las víctimas desplazadas del municipio de Soacha [Trabajo de grado, Pontificia Universidad Javeriana].
- Delgado Barón, M. (2015). Las víctimas del conflicto armado colombiano en la Ley de Víctimas y Restitución de Tierras: apropiación y resignificación de una categoría jurídica. *Perfiles Latinoamericanos*, 23(46), 121–145.
- García Acuña, Y. (2012). Las víctimas del conflicto armado en Colombia frente a la ley de víctimas y otros escenarios de construcción de memorias: una mirada desde Foucault. *Justicia Juris*, 8(2), 74–87.
- Guerrero, M. (2016). La investigación Cualitativa. *INNOVA*, 1-9.
- Hernández Vásquez, C. T., & Ávila Morales, M. E. (2014). Lineamientos para la formulación de una política pública para víctimas del conflicto armado interno en el municipio de Tunja [Trabajo de grado, Universidad Nacional Abierta y a Distancia].
- Luna, Á. M. (2014). La restitución de tierras en Colombia: ¿Un instrumento para reparar a las víctimas del conflicto armado o un instrumento político para el desarrollo económico? [Tesis de maestría, FLACSO Ecuador].

- Maya, E. (2014). *Métodos y Técnicas de investigación*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Medina Romero, M., Rojas León, R., Bustamante Hoces, W., Loaiza Carrasco, R., Martel Carranza, C., & Castillo Acobo, R. (2023). *Metodología de la investigación: Técnicas e instrumentos de investigación*. Instituto Universitario de Innovación Ciencia y Tecnología Inudi Perú.
- Mogollón Duarte, K. S. (2015). Barreras de acceso identificadas en la ruta de reparación integral de la Ley 1448 de 2011 de las víctimas asentadas en Bogotá [Trabajo de grado, Pontificia Universidad Javeriana].
- Narváez Medina, D. A., & Castaño Urdinola, J. T. (2020). Aproximación a una tipología de los territorios en conflicto: el caso del Oriente de Caldas, Colombia. *Territorios* (42), 1-23.
- Orizaga Rodríguez, C. (2011). Tipos o Clases de Fichas bibliográficas. *Universidad Autónoma de Nayarit, Dirección de Desarrollo Bibliotecario*. Tepic, Nayarit, México.
- Recalde Castañeda, G. (2016). En la base de la ruta: barreras de acceso y estrategias de atención en la ruta de declaración y registro de víctimas del conflicto. *Revista CS*, (20), 123–142. <https://doi.org/10.18046/recs.i20.2145>
- Rivera Betancourt, G. (2022). Políticas públicas implementadas para la prevención del reclutamiento ilícito de niños, niñas y adolescentes en el contexto del conflicto armado colombiano [Trabajo de grado, Universidad Externado de Colombia].
- Rodríguez, M. F. (2022). Análisis de la restitución de tierras en Colombia ¿Una verdadera reparación? Estudio de caso: municipio La Palma (2016–2020) [Trabajo de grado, Pontificia Universidad Javeriana].

Sánchez León, N. C. (2013). ¿Cuáles son los derechos de las víctimas? Defensoría del Pueblo.

Apéndice

Apéndice A

Ficha Bibliográfica

Ficha Bibliográfica #X	
<i>Datos Generales</i>	
Título	
Autor (es)	
Año de Publicación	
Tipo de Fuente	
Fuente de Publicación	
URL	
Fecha de Consulta	
<i>Aporte a la Investigación</i>	
Insumo principal del capítulo	
Valor del documento para la Investigación (escala de 1 a 5 siendo 1 el mínimo y 5 el máximo)	
Comentarios Personales	

Fuente. Elaboración propia.