

Arquitecturas de salud indígena e intercultural: análisis comparativo del SISPI (Colombia), SAFCI (Bolivia) y first nations health authority - FNHA (Canadá)

Architectures of indigenous and intercultural health: a comparative analysis of SISPI (Colombia), SAFCI (Bolivia), and the first nations health authority - FNHA (Canadá)

REVISIÓN DOCUMENTAL COMPARATIVA • EDICIÓN ESPECIAL FIKLiv 2026

Claudia Angélica Dazza Pineda¹; Diana Fernanda Sandoval Cerón²; Diego Fernando Caldón Puliche³

1. Docente programa Administración en salud UNAD. Universidad Nacional Abierta y a Distancia. ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-6747-897X>. Correo: claudian.dazza@unad.edu.co

2. Docente programa Administración en salud UNAD. Universidad Nacional Abierta y a Distancia. ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-4589-5460>. Correo: diana.sandoval@unad.edu.co

3. Dinamizador Orientador CRISSAC para SISPI. Universidad Autónoma Indígena Intercultural. ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-3226-8502>. Correo: diego.caldon@uaiinpebi-cric.edu.co

Recibido: 24-05-2026

Aceptado: 15-08-2026

Resumen

Objetivo. Analizar comparativamente el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI) de Colombia, el Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural (SAFCI) de Bolivia y la *First Nations Health Authority* (FNHA) de Canadá, identificando sus fundamentos conceptuales, estructuras de gobernanza y desafíos de implementación.

Método. Se desarrolló un estudio cualitativo de carácter descriptivo y comparativo, basado en revisión documental de literatura académica, normativa oficial y documentos institucionales relacionados con salud intercultural y autonomía indígena. **Marco teórico.** Aborda conceptos de salud indígena, interculturalidad, pluralismo médico y descolonización de los sistemas de salud, entendiendo la interculturalidad como un proceso político y epistemológico.

Resultados. Los hallazgos evidenciaron que los tres modelos comparten una visión integral de la salud basada en territorio, espiritualidad y comunidad. El SISPI prioriza el gobierno propio y la medicina ancestral; el SAFCI incorpora la interculturalidad dentro de la reforma estatal boliviana; y la FNHA representa un modelo consolidado de gobernanza indígena en salud. Asimismo, Canadá presenta mayores niveles de institucionalización debido a sus capacidades estructurales como país desarrollado, mientras Colombia y Bolivia enfrentan limitaciones territoriales, financieras e institucionales. **Conclusiones.** Los modelos analizados constituyen experiencias relevantes de autonomía y transformación intercultural de las políticas públicas sanitarias.

Palabras clave: Salud indígena; interculturalidad; SISPI; SAFCI; FNHA; medicina ancestral.

Abstract

Objective. To comparatively analyze the Indigenous and Intercultural Health System (SISPI) of Colombia, the Family, Community and Intercultural Health Model (SAFCI) of Bolivia, and the *First Nations Health Authority* (FNHA) of Canada, identifying their conceptual foundations, governance structures, and implementation challenges. **Method.** A qualitative, descriptive, and comparative study was conducted based on documentary review of academic literature, official regulations, and institutional documents related to intercultural health and Indigenous autonomy. **Theoretical framework.** The study addresses concepts related to Indigenous health, interculturality, medical pluralism, and decolonization of health systems, understanding interculturality as a political and epistemological process. **Results.** Findings revealed that the three models share a holistic conception of health based on territory, spirituality, and community. SISPI prioritizes self-governance and ancestral medicine; SAFCI incorporates interculturality within the Bolivian state health reform; and FNHA represents a consolidated model of Indigenous health governance. Furthermore, Canada shows higher levels of institutional consolidation due to its structural capacities as a developed country, while Colombia and Bolivia face territorial, financial, and institutional limitations. **Conclusions.** The analyzed models constitute relevant experiences of autonomy and intercultural transformation of public health policies.

Keywords: Indigenous health; interculturality; SISPI; SAFCI; FNHA; ancestral medicine.

Introducción

La salud indígena e intercultural se ha consolidado durante las últimas décadas como un tema prioritario dentro de los debates internacionales sobre equidad, derechos colectivos y transformación de los sistemas de salud (1,2). Diversos pueblos indígenas han impulsado procesos de reconocimiento político, territorial y sanitario orientados al fortalecimiento de modelos propios de atención, integrando saberes ancestrales, participación comunitaria y prácticas biomédicas desde enfoques culturalmente pertinentes (3). Estas experiencias han puesto en evidencia la necesidad de avanzar hacia sistemas de salud capaces de responder a la diversidad cultural y a las condiciones históricas de exclusión que han afectado a las comunidades indígenas.

En América Latina, la consolidación de políticas públicas orientadas a la interculturalidad en salud ha permitido el desarrollo de experiencias que buscan fortalecer la participación de los pueblos indígenas en la organización y prestación de los servicios sanitarios (4). Países como Bolivia han incorporado modelos de atención basados en enfoques comunitarios e interculturales, mientras que en Canadá se han fortalecido estructuras de gobernanza indígena con mayores capacidades administrativas y de articulación institucional (5). Estas experiencias representan referentes importantes para comprender las distintas formas de organización, implementación y sostenibilidad de los sistemas de salud indígena en contextos sociales y económicos diversos.

En el caso colombiano, el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural constituye una de las principales apuestas de los pueblos indígenas para el reconocimiento de la salud como un proceso integral relacionado con el territorio, la espiritualidad, la autonomía y la medicina ancestral (6). Su construcción ha estado vinculada a procesos organizativos impulsados por comunidades y organizaciones indígenas, particularmente en territorios como el Cauca, donde se han fortalecido experiencias orientadas al desarrollo de sistemas propios de cuidado y atención en salud. Asimismo, el Decreto 1953 de 2014 estableció mecanismos especiales para la administración de sistemas propios de los pueblos indígenas, reconociendo parcialmente formas autónomas de organización territorial y sanitaria (7).

No obstante, pese a los avances normativos y políticos alcanzados, la implementación de los modelos de salud indígena continúa enfrentando desafíos relacionados con la sostenibilidad financiera, la articulación institucional, las capacidades operativas y la integración entre medicina ancestral y modelos biomédicos convencionales (8,9). Estas condiciones generan diferencias importantes entre los países en cuanto a los niveles de institucionalización, gobernanza y consolidación de los sistemas interculturales de salud.

En este contexto, el presente artículo desarrolla un análisis comparativo entre el SISPI de Colombia, el Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural (SAFCI) de Bolivia y las experiencias de gobernanza sanitaria indígena desarrolladas por la *First Nations Health Authority* (FNHA) de Canadá, con el propósito de identificar sus fundamentos conceptuales, estructuras de gobernanza, enfoques interculturales y principales desafíos de implementación. A través de una revisión documental comparativa, el estudio busca contribuir a las discusiones contemporáneas sobre salud intercultural, autonomía indígena y transformación de los sistemas de salud, así como reconocer las diferencias existentes entre modelos de salud indígena desarrollados en países latinoamericanos en vía de desarrollo y experiencias implementadas en contextos norteamericanos con mayores niveles de institucionalización y capacidad administrativa.

Metodología

El presente artículo se desarrolló mediante un enfoque cualitativo de carácter descriptivo y comparativo, orientado al análisis de tres modelos de salud indígena e intercultural: el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural de Colombia, el Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural (SAFCI) de Bolivia y la *First Nations Health Authority* (FNHA) de Canadá. El propósito metodológico fue describir similitudes y diferencias entre estos modelos en relación con sus fundamentos conceptuales, estructuras de gobernanza, mecanismos de articulación intercultural y procesos de implementación.

La investigación se fundamentó en un análisis documental basado en la revisión de fuentes académicas, normativas e institucionales relacionadas con salud intercultural, gobernanza indígena y políticas públicas de salud. La selección documental se realizó mediante un criterio intencional de pertinencia temática, priorizando

•

documentos que abordaran experiencias de salud indígena con distintos niveles de institucionalización, autonomía y articulación con los sistemas nacionales de salud.

Se incluyeron artículos científicos, documentos institucionales, literatura normativa y publicaciones elaboradas por organizaciones indígenas relacionadas con los modelos seleccionados. Asimismo, se consultaron investigaciones orientadas al análisis de la medicina ancestral, la participación comunitaria y los procesos de integración intercultural en salud.

Para el caso colombiano, se analizaron documentos relacionados con el desarrollo e implementación del SISPI, especialmente aquellos orientados a evaluar su aplicación territorial, articulación institucional y fortalecimiento de la medicina ancestral (8,9). Asimismo, se revisaron materiales producidos por organizaciones indígenas como el Consejo Regional Indígena del Cauca (CRIC) y la Asociación Indígena del Cauca (AIC EPSI), los cuales aportan elementos conceptuales y políticos sobre autonomía, sabiduría ancestral y salud propia (6,10).

En relación con Bolivia, el análisis se apoyó principalmente en los estudios desarrollados por Ramírez Hita (2,4), enfocados en la implementación del Modelo SAFCI y los alcances de la interculturalidad en las reformas sanitarias bolivianas.

Para el caso canadiense, se revisaron investigaciones relacionadas con la gobernanza sanitaria indígena, los procesos de autogobierno y las experiencias de articulación entre medicina indígena y medicina occidental, particularmente aquellas vinculadas con modelos de salud intercultural y administración autónoma de servicios de salud (3,5).

El análisis comparativo se organizó a partir de categorías temáticas comunes a los tres modelos: concepción de salud, gobernanza sanitaria, autonomía indígena, relación con el Estado, integración entre medicina ancestral y biomédica, territorialidad, participación comunitaria y desafíos de implementación. Estas categorías permitieron establecer puntos de convergencia y divergencia entre las experiencias estudiadas.

Finalmente, el documento adopta una perspectiva crítica e intercultural, comprendiendo la salud indígena no únicamente desde indicadores biomédicos, sino también como una construcción social, política, espiritual y territorial vinculada a procesos históricos de reconocimiento, autonomía y fortalecimiento de los sistemas propios de salud.

Marco teórico

Salud indígena e interculturalidad

La salud indígena constituye un campo de análisis y acción que trasciende la perspectiva biomédica tradicional, al incorporar dimensiones espirituales, territoriales, comunitarias y culturales en la comprensión del bienestar y la enfermedad. Para los pueblos indígenas, la salud no se limita a la ausencia de enfermedad, sino que representa un estado de armonía entre la persona, la comunidad, la naturaleza y el territorio (9).

En este contexto, la interculturalidad en salud surge como una propuesta orientada a reconocer la coexistencia de diferentes sistemas médicos y formas de comprensión del cuidado. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) promovió desde la década de 1990 iniciativas orientadas al fortalecimiento de los sistemas de salud indígenas y a la incorporación de la medicina tradicional en los sistemas sanitarios nacionales (4,11,12).

No obstante, distintos autores han señalado que el concepto de interculturalidad ha sido utilizado frecuentemente desde perspectivas institucionales que reducen las desigualdades estructurales a cuestiones exclusivamente culturales. Ramírez Hita (4) advierte que muchas políticas interculturales en salud han promovido discursos de armonización entre sistemas médicos sin transformar de manera efectiva las condiciones de exclusión social, pobreza y desigualdad que afectan a los pueblos indígenas.

De esta manera, la interculturalidad no puede entenderse únicamente como la coexistencia de prácticas médicas distintas, sino como un proceso político y social relacionado con el reconocimiento de derechos colectivos, la redistribución del poder y la legitimación de epistemologías históricamente subordinadas.

Autonomía indígena y gobernanza sanitaria

Los procesos contemporáneos de salud indígena están estrechamente vinculados a las luchas por la autodeterminación y el autogobierno. En América Latina, estas reivindicaciones adquirieron mayor relevancia a

partir del reconocimiento constitucional de la diversidad étnica y cultural, así como de instrumentos internacionales como el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), el cual reconoce el derecho de los pueblos indígenas a participar en la organización y administración de sus propios servicios de salud (13). Asimismo, diferentes experiencias latinoamericanas han promovido enfoques de autonomía territorial y buen vivir como elementos fundamentales en la construcción de sistemas propios de salud indígena (14).

En Colombia, el SISPI se fundamenta en principios de autonomía, sabiduría ancestral y gobierno propio. Su estructura busca articular los sistemas médicos indígenas con el Sistema General de Seguridad Social en Salud, reconociendo las prácticas tradicionales de cuidado y armonización espiritual como parte integral del derecho a la salud (6).

Por su parte, el modelo SAFCI en Bolivia se desarrolló en el marco del Estado Plurinacional y del paradigma del *Vivir Bien*, incorporando elementos de participación comunitaria e interculturalidad dentro de las políticas públicas de salud (2). Sin embargo, diferentes investigaciones han señalado que la centralización estatal y las limitaciones estructurales del sistema sanitario han dificultado una implementación efectiva del modelo en los territorios indígenas.

En Canadá, la experiencia de la *First Nations Health Authority* (FNHA) representa una forma avanzada de gobernanza indígena en salud, basada en procesos de transferencia administrativa y participación de las comunidades First Nations en la toma de decisiones sanitarias. Este modelo busca superar los efectos históricos derivados del sistema colonial de reservas indígenas y fortalecer mecanismos de autodeterminación en salud (5).

Medicina ancestral y pluralismo médico

Uno de los elementos centrales en los modelos de salud indígena e intercultural es el reconocimiento de la medicina ancestral como sistema legítimo de conocimiento y cuidado. Los pueblos indígenas poseen prácticas terapéuticas, rituales, conocimientos botánicos y sistemas espirituales propios que históricamente fueron marginados por la medicina occidental.

En el caso colombiano, el SISPI reconoce la participación de sabedores, médicos tradicionales, parteras y autoridades espirituales dentro de los procesos de atención y armonización comunitaria. La salud es concebida como equilibrio entre cuerpo, territorio y espiritualidad, y muchas enfermedades son interpretadas desde dimensiones no exclusivamente biológicas (15).

De manera similar, las experiencias de salud intercultural analizadas en Canadá muestran procesos de articulación entre medicina tradicional indígena y medicina occidental, sustentados en principios de respeto mutuo, complementariedad y reconocimiento de saberes (3).

Sin embargo, el reconocimiento institucional de la medicina ancestral continúa enfrentando tensiones relacionadas con regulación estatal, legitimidad científica, financiamiento y articulación operativa con los sistemas biomédicos dominantes.

Salud, territorio y descolonización

La relación entre salud y territorio constituye un eje fundamental dentro de las cosmovisiones indígenas. El territorio no es entendido únicamente como espacio físico, sino como escenario espiritual, cultural y político indispensable para la reproducción de la vida colectiva. En consecuencia, los procesos de despojo territorial, extractivismo, desplazamiento y deterioro ambiental impactan directamente las condiciones de salud de las comunidades indígenas.

Diversos estudios señalan que los modelos de salud indígena deben analizarse también como procesos de resistencia frente a formas históricas de colonialismo sanitario y epistemológico. Desde esta perspectiva, la descolonización de la salud implica reconocer la validez de múltiples sistemas de conocimiento y cuestionar la hegemonía exclusiva de la biomedicina dentro de las políticas públicas de salud (2,4).

En este sentido, tanto el SISPI como el SAFCI y la FNHA pueden comprenderse no solo como modelos de atención sanitaria, sino como expresiones políticas de búsqueda de autonomía, reconocimiento cultural y transformación de las relaciones históricas entre los Estados y los pueblos indígenas.

Resultados

Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI) (Colombia)

El Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI) constituye el modelo de salud construido por los pueblos indígenas de Colombia como respuesta histórica a los procesos de exclusión, subordinación y desconocimiento de sus sistemas tradicionales de medicina. Su consolidación surge del fortalecimiento organizativo indígena y de las reivindicaciones relacionadas con autonomía territorial, autodeterminación y reconocimiento de los saberes ancestrales como parte integral del derecho fundamental a la salud (9).

El SISPI fue reconocido jurídicamente mediante el Decreto 1953 de 2014, el cual establece un régimen especial para los territorios indígenas y reconoce la posibilidad de administrar sistemas propios de salud, educación y saneamiento básico. Desde esta perspectiva, el SISPI se define como un conjunto de políticas, instituciones, normas y procedimientos sustentados en la cosmovisión indígena, la sabiduría ancestral y las relaciones de armonía con la Madre Tierra (6).

Para los pueblos indígenas, la salud no se entiende exclusivamente desde una perspectiva biológica, sino como un estado de equilibrio entre territorio, espiritualidad, comunidad y naturaleza. En consecuencia, las enfermedades pueden relacionarse con desarmonías espirituales, transgresiones culturales o afectaciones territoriales. Investigaciones desarrolladas en comunidades indígenas del Chocó evidencian que prácticas como ceremonias espirituales, rezos, cantos y el uso de plantas medicinales continúan siendo fundamentales en los procesos de cuidado y sanación comunitaria (15).

El SISPI se estructura alrededor de componentes relacionados con sabiduría ancestral, cuidado propio e intercultural, formación, organización política y administración. En este marco, las autoridades indígenas, médicos tradicionales, parteras, sabedores y terapeutas ancestrales cumplen un rol central dentro de la gobernanza sanitaria comunitaria (6).

Uno de los elementos más relevantes del SISPI es su intención de articular la medicina ancestral con el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), buscando una relación complementaria entre ambos sistemas médicos. Sin embargo, diversos estudios han evidenciado importantes limitaciones en su implementación territorial. En el municipio de Tuchín, Córdoba, por ejemplo, se encontró un nivel “bajo-bajo” de implementación del SISPI, asociado a debilidades en la articulación institucional, baja coordinación entre sistemas médicos y limitaciones administrativas y operativas (9).

De igual manera, investigaciones realizadas en Taraira, Vaupés, identifican factores geográficos, económicos, culturales e institucionales que dificultan la implementación efectiva del modelo. Entre ellos se destacan el aislamiento territorial, las barreras de conectividad, la insuficiente infraestructura sanitaria, la débil inversión estatal y la persistente desconfianza entre el sistema biomédico y los sistemas tradicionales indígenas (8).

A pesar de estas dificultades, el SISPI representa uno de los esfuerzos más importantes en América Latina por construir un sistema de salud basado en el reconocimiento de la diversidad cultural, la autonomía indígena y la legitimidad de los conocimientos ancestrales. Más allá de un modelo asistencial, constituye un proyecto político y epistemológico orientado a fortalecer el gobierno propio y la pervivencia cultural de los pueblos indígenas en Colombia.

Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural (SAFCI) (Bolivia)

El Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural (SAFCI) fue desarrollado en Bolivia en el marco de las transformaciones políticas impulsadas por el Estado Plurinacional y las políticas de descolonización promovidas desde el gobierno de Evo Morales. Este modelo surgió como una propuesta orientada a incorporar la participación comunitaria, la medicina tradicional y la interculturalidad dentro de las políticas públicas de salud (2).

El SAFCI se fundamenta en el paradigma del *Vivir Bien* (*Suma Qamaña*), el cual plantea una concepción integral de bienestar basada en la armonía entre comunidad, naturaleza y espiritualidad. Desde esta perspectiva, la reforma sanitaria boliviana buscó distanciarse de modelos neoliberales y promover el reconocimiento de las medicinas ancestrales y de los pueblos originarios dentro del sistema nacional de salud (2).

En términos institucionales, el modelo incorporó componentes de atención primaria en salud, participación social y adecuación cultural de los servicios sanitarios. Asimismo, se promovió la inclusión de terapeutas tradicionales,

parteras y prácticas indígenas en algunos espacios de atención médica, particularmente en zonas rurales y comunidades indígenas (4).

No obstante, diversos estudios críticos han señalado importantes contradicciones entre el discurso intercultural promovido por el Estado y las condiciones reales del sistema sanitario boliviano. Ramírez Hita (2) sostiene que la interculturalidad fue utilizada frecuentemente como una categoría política sin que ello implicara transformaciones estructurales suficientes en infraestructura, financiamiento o acceso efectivo a servicios de salud para las poblaciones indígenas.

Asimismo, se identificaron tensiones entre los profesionales biomédicos y los enfoques de salud intercultural impulsados por el modelo SAFCI. Algunos sectores médicos consideraban la incorporación de prácticas tradicionales como un retroceso frente a la medicina científica occidental, evidenciando conflictos epistemológicos dentro del propio sistema sanitario boliviano (2).

Otro aspecto relevante corresponde a las críticas relacionadas con la persistencia de desigualdades estructurales y problemas de cobertura sanitaria en comunidades indígenas y rurales. A pesar del discurso de universalidad e interculturalidad, las poblaciones indígenas continuaron enfrentando dificultades de acceso a servicios médicos, medicamentos y atención especializada, especialmente en territorios alejados del altiplano y la Amazonía boliviana (4).

En consecuencia, el SAFCI representa una experiencia significativa de reforma intercultural en salud, aunque marcada por tensiones entre descolonización discursiva, centralización estatal y limitaciones materiales para garantizar una implementación efectiva en los territorios indígenas.

First Nations Health Authority (FNHA) (Canadá)

La *First Nations Health Authority* (FNHA) constituye uno de los modelos contemporáneos más avanzados de gobernanza indígena en salud a nivel internacional. Su surgimiento está estrechamente relacionado con los procesos históricos de colonización, el sistema de reservas indígenas y las demandas de autogobierno impulsadas por las comunidades First Nations en Canadá (5).

Históricamente, el sistema de reservas establecido mediante la *Indian Act* de 1876 funcionó como un mecanismo de control estatal y asimilación cultural sobre las poblaciones indígenas. Este modelo produjo profundas consecuencias sociales, económicas y sanitarias, reflejadas en menores niveles de esperanza de vida, mayores índices de enfermedades crónicas y múltiples problemáticas relacionadas con salud mental, adicciones y exclusión social (5).

Frente a este contexto, las comunidades indígenas canadienses impulsaron procesos de fortalecimiento institucional y autogobierno orientados a recuperar capacidades de decisión sobre políticas públicas y servicios comunitarios, incluyendo el sector salud. En este escenario surge la FNHA, especialmente en la provincia de Columbia Británica, como una estructura de gobernanza sanitaria administrada por las propias comunidades First Nations.

El modelo FNHA se fundamenta en principios de autodeterminación, bienestar integral (*wellness*), seguridad cultural y participación comunitaria. A diferencia de modelos centralizados administrados exclusivamente por el Estado, la FNHA promueve la toma de decisiones desde las comunidades indígenas, fortaleciendo enfoques preventivos, atención primaria y reconocimiento cultural dentro de los servicios sanitarios (16).

Asimismo, el modelo canadiense ha impulsado procesos de articulación entre medicina indígena y medicina occidental bajo enfoques de complementariedad y respeto mutuo. Experiencias documentadas de salud intercultural muestran iniciativas donde médicos occidentales, trabajadores comunitarios y sanadores tradicionales participan conjuntamente en estrategias de atención y promoción de salud (3).

Sin embargo, la experiencia canadiense también enfrenta importantes desafíos. Persisten brechas significativas en salud entre las poblaciones indígenas y no indígenas, especialmente en indicadores relacionados con enfermedades crónicas, salud mental y acceso equitativo a servicios especializados. Además, los efectos históricos del colonialismo continúan impactando las condiciones sociales y sanitarias de muchas comunidades indígenas en Canadá (5).

A pesar de estas limitaciones, la FNHA representa un referente internacional en materia de gobernanza indígena y transformación intercultural de los sistemas sanitarios, al consolidar mecanismos institucionales de participación y administración comunitaria con mayor autonomía respecto al Estado central.

Análisis comparativo

El análisis comparativo entre el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI) de Colombia, el Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural (SAFCI) de Bolivia y la *First Nations Health Authority* (FNHA) de Canadá permite identificar convergencias y divergencias relacionadas con la gobernanza sanitaria, la autonomía indígena, la relación con el Estado y la incorporación de la medicina ancestral dentro de los sistemas de salud.

Aunque los tres modelos se desarrollan en contextos históricos, políticos y jurídicos distintos, todos surgen como respuesta a procesos de exclusión y colonialismo que afectaron profundamente las condiciones de vida y salud de los pueblos indígenas. En los tres casos, la salud es entendida desde perspectivas integrales vinculadas al territorio, la espiritualidad, la comunidad y la naturaleza, superando los enfoques biomédicos tradicionales centrados exclusivamente en la enfermedad (9).

Uno de los principales elementos de comparación corresponde a la gobernanza sanitaria indígena. El SISPI plantea un modelo sustentado en la autonomía territorial y el gobierno propio, donde autoridades indígenas, sabedores ancestrales y organizaciones comunitarias participan activamente en la orientación de los procesos de salud (6). Sin embargo, su implementación continúa dependiendo en gran medida de la articulación con el Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano y de las capacidades administrativas y financieras de las entidades territoriales.

En contraste, el modelo SAFCI boliviano mantiene una estructura más centralizada y dependiente del aparato estatal. Aunque incorpora el discurso de la interculturalidad y la participación comunitaria, diversos estudios señalan que la toma de decisiones continúa concentrada en las instituciones gubernamentales, limitando el ejercicio efectivo de autonomía sanitaria por parte de las comunidades indígenas (2).

Por su parte, la FNHA representa el modelo con mayor nivel de institucionalización de gobernanza indígena entre los tres casos analizados. La transferencia progresiva de competencias sanitarias hacia las comunidades First Nations ha permitido fortalecer mecanismos de autoadministración, planificación territorial y participación comunitaria en la gestión de servicios de salud (5).

Otro eje de comparación importante corresponde a la relación entre medicina ancestral y biomedicina. En los tres modelos existe una intención explícita de promover mecanismos de articulación intercultural; no obstante, los niveles de integración presentan diferencias significativas. En el SISPI, la medicina ancestral ocupa un lugar central como fundamento epistemológico del sistema, reconociendo la participación de médicos tradicionales, parteras y autoridades espirituales en los procesos de cuidado y armonización comunitaria (15).

En Bolivia, el SAFCI incorporó la medicina tradicional dentro del discurso oficial de reforma sanitaria; sin embargo, investigaciones críticas sostienen que dicha incorporación se produjo frecuentemente desde perspectivas simbólicas o administrativas, sin modificar de manera profunda las relaciones de poder entre la biomedicina y los sistemas indígenas de conocimiento (4).

En el caso canadiense, la FNHA ha promovido experiencias de complementariedad entre medicina indígena y medicina occidental basadas en principios de respeto mutuo, seguridad cultural y reconocimiento de saberes tradicionales (3). A diferencia del caso boliviano, el modelo canadiense ha desarrollado mayores mecanismos institucionales para incorporar enfoques de bienestar integral y participación indígena dentro de la prestación de servicios sanitarios.

Asimismo, los tres modelos enfrentan desafíos relacionados con desigualdades territoriales, financiamiento e implementación efectiva. En Colombia, las principales dificultades del SISPI están asociadas a barreras geográficas, debilidad institucional y problemas de articulación con el sistema nacional de salud (8).

En Bolivia, persisten limitaciones estructurales relacionadas con cobertura sanitaria, infraestructura y desigualdad territorial, especialmente en comunidades rurales e indígenas (4). En Canadá, aunque la FNHA presenta mayores niveles de autonomía institucional, continúan existiendo brechas importantes en indicadores de salud entre poblaciones indígenas y no indígenas, particularmente en salud mental y enfermedades crónicas (5).

Desde una perspectiva comparativa, puede afirmarse que el SISPI y la FNHA comparten una orientación más cercana a la autodeterminación y al fortalecimiento del gobierno propio indígena, mientras que el SAFCI responde más claramente a un modelo de reforma estatal intercultural impulsado desde estructuras gubernamentales centrales. No obstante, los tres casos evidencian que la incorporación de la interculturalidad en salud continúa enfrentando tensiones derivadas de relaciones históricas de poder, colonialismo institucional y predominio de la racionalidad biomédica dentro de los sistemas nacionales de salud.

La comparación también muestra que los procesos de salud indígena no pueden analizarse únicamente desde criterios técnicos o asistenciales. Estos modelos constituyen expresiones políticas y epistemológicas relacionadas con autonomía, reconocimiento cultural, territorialidad y descolonización de las políticas públicas sanitarias. En consecuencia, la salud intercultural aparece no solo como un mecanismo de adecuación cultural de servicios médicos, sino como un escenario de disputa por el reconocimiento de múltiples formas de comprender, cuidar y gestionar la vida colectiva.

Tabla 1. Resumen comparativo de los modelos analizados

Categoría	SISPI (Colombia)	SAFCI (Bolivia)	FNHA (Canadá)
Fundamento político	Autonomía y gobierno propio indígena	Reforma estatal intercultural	Autogobierno First Nations
Base conceptual	Buen vivir, armonía y sabiduría ancestral	Vivir Bien (Suma Qamaña)	Wellness y autodeterminación
Gobernanza	Participación de autoridades indígenas y EPSI	Predominio estatal con participación comunitaria	Administración indígena autónoma
Relación con el Estado	Articulación con SGSSS	Dependencia del sistema estatal	Transferencia de competencias sanitarias
Medicina ancestral	Eje central del sistema	Incorporación parcial e institucional	Complementariedad y seguridad cultural
Principales desafíos	Implementación territorial y financiamiento	Brecha entre discurso e implementación	Persistencia de desigualdades estructurales
Nivel de autonomía	Medio-alto	Medio	Alto

Fuente: elaboración propia.

Discusión

El análisis comparativo entre el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural de Colombia, el Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural (SAFCI) de Bolivia y las experiencias de gobernanza sanitaria indígena desarrolladas por la *First Nations Health Authority* (FNHA) de Canadá evidencia que los modelos de salud indígena e intercultural no pueden comprenderse únicamente como mecanismos técnicos de prestación de servicios sanitarios. Por el contrario, constituyen escenarios políticos, territoriales y culturales donde se articulan procesos de autonomía, reconocimiento identitario y participación comunitaria dentro de los sistemas nacionales de salud (1,6).

Uno de los hallazgos más relevantes del estudio es que, aunque los tres modelos incorporan enfoques de interculturalidad y reconocimiento de la medicina ancestral, las condiciones estructurales de cada país influyen significativamente en sus niveles de institucionalización, sostenibilidad y capacidad operativa. En este sentido, la experiencia canadiense presenta diferencias importantes respecto a los casos de Colombia y Bolivia debido a sus mayores capacidades económicas, administrativas e institucionales.

En Canadá, la FNHA se desarrolla dentro de un sistema estatal con mayores niveles de financiamiento sanitario, infraestructura tecnológica y capacidad organizativa. Estas condiciones han favorecido procesos más estables de transferencia de competencias hacia las comunidades First Nations, fortaleciendo mecanismos de gobernanza indígena y participación comunitaria en salud (3). Asimismo, el modelo canadiense ha avanzado en la incorporación de enfoques relacionados con seguridad cultural, bienestar integral y salud mental comunitaria,

promoviendo una articulación progresiva entre prácticas de medicina indígena y servicios biomédicos dentro de políticas públicas más consolidadas.

No obstante, el caso canadiense también evidencia persistencia de desigualdades históricas que afectan a las comunidades indígenas. A pesar de tratarse de uno de los países con mayores niveles de desarrollo humano y gasto sanitario per cápita, las poblaciones First Nations continúan enfrentando problemáticas relacionadas con exclusión territorial, acceso desigual a servicios básicos y afectaciones psicosociales derivadas de procesos históricos de segregación y colonialismo institucional (5). Esto sugiere que el fortalecimiento económico de un país no garantiza por sí mismo la superación de las desigualdades estructurales que históricamente han afectado a los pueblos indígenas.

Sin embargo, comparativamente, la FNHA dispone de mayores capacidades institucionales para responder a estas problemáticas. La existencia de mecanismos estables de financiamiento, infraestructura sanitaria y recursos humanos especializados permite una implementación más sostenida del modelo intercultural canadiense. En consecuencia, las discusiones actuales en Canadá se orientan progresivamente hacia aspectos relacionados con calidad de atención, seguridad cultural, prevención y fortalecimiento de procesos de autodeterminación indígena.

En contraste, Colombia y Bolivia enfrentan limitaciones estructurales más profundas asociadas a desigualdad territorial, fragmentación institucional y dificultades históricas de cobertura sanitaria en zonas rurales e indígenas. Estas condiciones afectan directamente la capacidad operativa de los modelos interculturales y generan brechas importantes entre los avances normativos y su implementación efectiva en los territorios.

En el caso colombiano, aunque el SISPI representa una de las experiencias más relevantes de autonomía sanitaria indígena en América Latina, su implementación continúa enfrentando dificultades relacionadas con sostenibilidad financiera, articulación institucional y capacidad operativa territorial (8). A esto se suman factores como dispersión geográfica, presencia de conflicto armado y condiciones históricas de exclusión estatal en varios territorios indígenas, elementos que complejizan el acceso efectivo a servicios de salud intercultural (9-16).

Por su parte, Bolivia impulsó el modelo SAFCI como parte de un proyecto político orientado al fortalecimiento de la interculturalidad y la participación comunitaria dentro del sistema sanitario. Sin embargo, diversos estudios han señalado que las limitaciones materiales y administrativas del sistema de salud boliviano han restringido la capacidad de traducir los principios interculturales en transformaciones estructurales sostenibles (2,4). Aunque el modelo promovió el reconocimiento de la medicina tradicional y la participación social, persistieron dificultades relacionadas con infraestructura, disponibilidad de personal sanitario y cobertura territorial en comunidades rurales e indígenas.

En este sentido, mientras la experiencia canadiense ha logrado avanzar hacia procesos más consolidados de gobernanza y seguridad cultural, los modelos colombiano y boliviano continúan enfrentando desafíos básicos relacionados con financiación, acceso territorial y fortalecimiento institucional. Esto evidencia cómo las capacidades estatales y las condiciones estructurales de desarrollo influyen directamente en las posibilidades de sostenibilidad e implementación de los modelos interculturales de salud.

No obstante, interpretar el modelo canadiense únicamente como una experiencia “más exitosa” por pertenecer a un país desarrollado resultaría reduccionista. Los casos latinoamericanos aportan elementos conceptuales y comunitarios particularmente relevantes para las discusiones contemporáneas sobre salud colectiva e interculturalidad. Tanto el SISPI como el SAFCI incorporan concepciones de salud profundamente vinculadas al territorio, la espiritualidad, la comunidad y la relación armónica con la naturaleza, proponiendo enfoques integrales que amplían las perspectivas tradicionales de la salud pública.

Asimismo, el caso colombiano destaca por el protagonismo político y organizativo de las comunidades indígenas en la construcción del SISPI, evidenciando procesos de participación y autodeterminación que trascienden las capacidades económicas estatales. De manera similar, Bolivia posicionó el debate sobre interculturalidad dentro de la agenda pública latinoamericana, convirtiéndose en uno de los primeros países de la región en incorporar formalmente estos principios dentro de las políticas nacionales de salud.

En conjunto, los tres casos analizados muestran que la salud intercultural continúa siendo un campo dinámico de construcción política e institucional, atravesado por desafíos relacionados con sostenibilidad, gobernanza y reconocimiento efectivo de los sistemas propios de salud. En consecuencia, el fortalecimiento de estos modelos requiere no solo recursos financieros y capacidades técnicas, sino también mecanismos de articulación

•

institucional y participación comunitaria que permitan avanzar hacia sistemas sanitarios más equitativos, culturalmente pertinentes y territorialmente contextualizados.

Conclusiones

El análisis comparativo del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI) de Colombia, el Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural (SAFCI) de Bolivia y la *First Nations Health Authority* (FNHA) de Canadá evidencia que los modelos de salud indígena e intercultural representan mucho más que mecanismos alternativos de atención sanitaria. Estos sistemas constituyen expresiones políticas, territoriales y epistemológicas orientadas al reconocimiento de la autonomía indígena, la legitimidad de los saberes ancestrales y la transformación de las relaciones históricas entre los Estados y los pueblos indígenas.

Los tres modelos analizados comparten una comprensión integral de la salud, entendida como equilibrio entre comunidad, territorio, espiritualidad y naturaleza, diferenciándose de los enfoques biomédicos tradicionales centrados exclusivamente en la enfermedad. Esta perspectiva permite reconocer que los procesos de salud y enfermedad están profundamente vinculados a factores culturales, territoriales, ambientales e históricos que afectan las condiciones de vida de las comunidades indígenas.

No obstante, el estudio demuestra que la incorporación de enfoques interculturales dentro de las políticas públicas de salud presenta importantes diferencias según el contexto político, económico e institucional de cada país. En Canadá, la FNHA ha logrado mayores niveles de institucionalización y autonomía administrativa gracias a las capacidades estructurales de un país desarrollado, incluyendo financiamiento estable, infraestructura sanitaria y mecanismos consolidados de gobernanza indígena. Sin embargo, persisten desigualdades derivadas de los efectos históricos del colonialismo y del sistema de reservas indígenas.

En contraste, Colombia y Bolivia enfrentan limitaciones estructurales más profundas relacionadas con desigualdad territorial, debilidad institucional, barreras geográficas y restricciones presupuestales propias de países en vía de desarrollo. Estas condiciones afectan directamente la implementación efectiva del SISPI y del SAFCI, generando tensiones entre los discursos interculturales promovidos por el Estado y las realidades territoriales de las comunidades indígenas.

A pesar de estas dificultades, el SISPI constituye una de las experiencias más relevantes de autonomía sanitaria indígena en América Latina, debido al protagonismo político de las organizaciones indígenas en su construcción y a su énfasis en la sabiduría ancestral, el gobierno propio y la armonía territorial. De manera similar, el SAFCI representó un esfuerzo significativo por incorporar la interculturalidad y la medicina tradicional dentro de las políticas públicas bolivianas, aunque limitado por problemas estructurales y centralización institucional.

Asimismo, el estudio evidencia que la salud intercultural no puede reducirse únicamente a procesos de adecuación cultural de los servicios médicos. La verdadera interculturalidad implica transformaciones profundas en las relaciones de poder entre los sistemas biomédicos y los conocimientos indígenas, así como el reconocimiento efectivo de la pluralidad epistemológica dentro de los sistemas sanitarios nacionales.

En consecuencia, el fortalecimiento de modelos de salud indígena requiere avanzar hacia mecanismos reales de participación comunitaria, autonomía territorial y gobernanza indígena, acompañados de inversiones sostenidas en infraestructura, talento humano y capacidades administrativas. De igual manera, resulta fundamental garantizar la protección de los territorios indígenas y el reconocimiento de la medicina ancestral como componente legítimo de los sistemas de salud.

Finalmente, este artículo demuestra que las experiencias de Colombia, Bolivia y Canadá ofrecen aprendizajes relevantes para la construcción de sistemas sanitarios más equitativos, interculturales y territorialmente pertinentes. Aunque los desafíos persisten, los tres modelos analizados reflejan avances significativos en la búsqueda de alternativas de salud que reconozcan la diversidad cultural, la autodeterminación indígena y la necesidad de descolonizar las políticas públicas de salud en contextos contemporáneos.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Política sobre etnicidad y salud. OPS; 2017.

2. Ramírez Hita S. Aspectos interculturales de la reforma del sistema de salud en Bolivia. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 2014;31(4):762-768. doi:10.17843/rpmesp.2014.314.129.
3. Mignone J, Bartlett J, O'Neil J. Best practices in intercultural health: five case studies in Latin America. *Journal of Aboriginal Health*. 2006;3(1):21-39.
4. Ramírez Hita S. Políticas de salud basadas en el concepto de interculturalidad. Los centros de salud intercultural en el altiplano boliviano. *Revista Avá*. 2009;(14):1-16.
5. Marquina Márquez A, Ruiz Callado R, Vírchez J. El sistema de reserva indígena como organización social de tutela estatal. El caso de Canadá. *Universitat Jaume I*; 2013.
6. Mulcué Tenorio LM, Quinchoa Pinilla AF. Prototipo didáctico del componente de cuidado de la salud de la mujer en el marco del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural - SISPI indígena, para los resguardos del pueblo Kokonuko del departamento del Cauca, Colombia [tesis de maestría]. Universidad Icesi; 2024.
7. República de Colombia. Decreto 1953 de 2014, por el cual se crea un régimen especial para poner en funcionamiento los territorios indígenas respecto a la administración de los sistemas propios de los pueblos indígenas. *Diario Oficial No. 49.214*; 2014.
8. Franco Ruiz JA. Factores que imposibilitan la implementación del Sistema Indígena en Salud Propio e Intercultural (SISPI) en Taraira, Vaupés: evidencia empírica y análisis crítico [trabajo de especialización]. Universidad El Bosque; 2025.
9. Monterroza Coronado YM. Adherencia a la guía metodológica del SISPI propuesta por el Ministerio de Salud, población indígena Zenú. Municipio de Tuchín. Enero a octubre de 2023 [tesis de maestría]. Universidad de Córdoba; 2023.
10. Consejo Regional Indígena del Cauca (CRIC). Así avanzamos en el SISPI por el buen vivir de los pueblos indígenas [Internet]. 2022. Disponible en: <https://www.calameo.com/books/0076680112b983f14e281>
11. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Fortalecimiento y desarrollo de los sistemas de salud tradicionales y de los sistemas de salud indígenas en las Américas. OPS; 1997.
12. Pan American Health Organization. Sistemas de salud tradicionales en América Latina y el Caribe: información de base [Internet]. 1999. Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/HSP/HSO/indi13_esp.pdf
13. Organización Internacional del Trabajo (OIT). Convenio 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes [Internet]. 1989. Disponible en: <https://www.ilo.org>
14. Sistemas indígenas de salud en América Latina y autonomía territorial. Editorial Académica Latinoamericana; s. f.
15. Hoyos Gutiérrez F. El SISPI: un modelo para curar sin imponer. *Universitas Científica*. 2025.
16. First Nations Health Authority. FNHA overview [Internet]. 2022. Disponible en: <https://www.fnha.ca>