

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2020

()

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL (E)

CONSIDERANDO

Que la Ley 691 de 2001 reglamenta la participación de los Grupos Étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia y señala, en el artículo 1º, que la garantía del derecho de acceso y la participación de los Pueblos Indígenas en los servicios de salud, en condiciones dignas y apropiadas, debe realizarse observando el debido respeto y protección a la diversidad étnica y cultural de la nación.

Continuación resolución *“Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”*.

Que la Ley 1751 de 2015, Estatutaria de Salud, define, en su artículo 6º, que el derecho fundamental a la salud incluye, entre sus elementos esenciales, el de la aceptabilidad, según el cual deben “respetarse las diversidades culturales de las personas, minorías étnicas, pueblos y comunidades, respetando sus particularidades socioculturales y cosmovisión de la salud”.

Que, adicionalmente, el artículo 6º, en el literal l), de dicha ley establece el principio de interculturalidad que hace referencia al “respeto por las diferencias culturales existentes en el país”, reconociendo los saberes, prácticas y medios tradicionales, alternativos y complementarios para la recuperación de la salud y en el literal m) del mismo artículo, define como principio la protección a los pueblos indígenas en el que se reconoce y garantiza por parte del Estado el derecho fundamental a la salud integral, “entendida según sus propias cosmovisiones y conceptos, que se desarrolla en el Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural –SISPI”.

Que en este sentido el enfoque diferencial se concibe como un imperativo de acción pública en los marcos normativos y de política nacionales e internacionales señalados, entre otras normas, en las Leyes 1438 de 2011, 1448 de 2011, el Decreto 4633 de 2011 y en la Resolución 2626 de 2019 referida a la Política de Atención Integral en Salud y a la adopción del Modelo de Acción Integral Territorial -MAITE.

Que el Decreto 1953 de 2014 plantea los lineamientos respecto a la implementación del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (SISPI) en el marco del ámbito territorial indígena bajo la rectoría del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) y, en ese mismo marco, la Circular 011 de 2018 establece los lineamientos para la construcción e implementación del SISPI a nivel territorial y en diálogo con el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

Que en cumplimiento del artículo 6º de la Ley 1438, el MSPS formuló el PDSP 2012 – 2021, el cual fue adoptado, a través de un proceso amplio de participación social, mediante la Resolución 1841 de 2013, en la que se determina que ese Plan define la política que orienta la salud pública del país durante el decenio mencionado.

Que las dimensiones prioritarias del PDSP son salud ambiental, vida saludable y condiciones no transmisibles, convivencia social y salud mental, seguridad alimentaria y nutricional, sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, vida saludable y enfermedades transmisibles, salud pública en emergencias y desastres y salud y ámbito laboral y las dimensiones transversales son: gestión diferencial de poblaciones vulnerables y fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud.

Que la dimensión *“gestión diferencial de poblaciones vulnerables”* reconoce las diferencias entre distintos grupos poblacionales y la exigencia de responder con medidas pertinentes a las necesidades de las poblaciones en las que dichas diferencias, significan desventaja o están relacionadas con múltiples factores que generan inequidades y plantea la necesidad de definir un capítulo indígena en el PDSP.

Que la definición del mencionado Capítulo para los pueblos y comunidades indígenas se desarrolló y concertó mediante una dinámica participativa y de diálogo entre el MSPS y la Mesa Permanente de Concertación (MPC) con los Pueblos y Organizaciones Indígenas con el acompañamiento de la Subcomisión de Salud, en donde se recolectaron y estructuraron los insumos desde las bases con los pueblos y comunidades indígenas que dieron cuerpo y contenido al citado Capítulo, donde se realizó y planeó con un enfoque amplio y participativo que se definió en el marco de las etapas de la consulta previa.

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.

Que a partir de la premisa de construcción colectiva con los pueblos indígenas, el proceso llevado a cabo se fundamentó en acuerdos, definiciones metodológicas, acción conjunta e identificación de situaciones y alternativas relacionadas, entre el MSPS y los delegados indígenas de la Subcomisión de Salud de la MPC con los Pueblos y Organizaciones Indígenas, en la cual existe representación de Autoridades Indígenas de Colombia (AICO), Autoridades Tradicionales Indígenas de Colombia Gobierno Mayor, Confederación Indígena Tayrona (CIT), Organización Nacional de los Pueblos Indígenas de la Amazonía Colombiana (OPIAC), Organización Nacional Indígena de Colombia (ONIC), Organizaciones Indígenas del Chocó y Mesa de Diálogo y Concertación con el Pueblo Wayuu y con amplia participación de los pueblos y organizaciones indígenas nacionales, en las fases *de aprestamiento, acuerdo de procesos, diálogo y formulación*, tal y como se colige de la documentación respectiva.

Que la implementación del Capítulo Indígena requiere que los departamentos, distritos y municipios, en cumplimiento de sus competencias y en desarrollo de lo previsto en las Resoluciones 1536 de 2015 y 2626 de 2019, incorporen en sus Planes Territoriales de Salud (PTS) y en los Planes de Acción MAITE, los enfoques mencionados en el artículo 7º de la presente Resolución y en consecuencia implementen su ejecución con la participación de los actores responsables de garantizar el buen vivir de la población indígena.

Que si bien el PDSP tiene una vigencia de 10 años hasta el 2021, la adopción del Capítulo Indígena se integra al mismo en el estado de avance de ejecución en que se encuentre, y será la guía orientadora para el siguiente PDSP y para los procesos de planeación mientras no exista una directriz diferente.

Que conforme a lo anterior, se requiere reglamentar el Capítulo Indígena del PDSP para los pueblos y comunidades indígenas con el fin de proceder a su socialización e implementación a nivel nacional y territorial.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Título I Disposiciones Generales

Artículo 1. Objeto. Por medio de la presente resolución se adopta el capítulo indígena como parte integral del PDSP 2012 – 2021 y se establecen las directrices para la implementación del mismo.

Parágrafo. El Capítulo Indígena que se adopta en virtud del presente acto administrativo será el insumo para la construcción del siguiente PDSP con los ajustes que sean necesarios.

Artículo 2. Ámbito de Aplicación. La presente disposición será de obligatorio cumplimiento para los integrantes del SGSSS en el ámbito de sus competencias y obligaciones.

Parágrafo. Los demás actores y sectores del Estado que ejerzan acciones y funciones relacionadas con la intervención de los determinantes sociales de la salud, concurrirán al desarrollo y cumplimiento de los objetivos, estrategias, metas y demás aspectos señalados en el Capítulo Indígena del PDSP.

Artículo 3. Definición. El Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades que se adopta mediante la presente de esta resolución, con su Anexo Técnico, hace parte integral del PDSP 2012 – 2021, como un documento de política pública que define los lineamientos y las estrategias

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.

consensuadas para la acción intercultural en salud pública, en armonía con las concepciones, saberes y prácticas asociadas al manejo de la salud y la enfermedad de cada uno de estos pueblos, para la materialización del derecho fundamental a la salud acorde con sus necesidades y particularidades socioculturales.

Artículo 4. Objetivo general. El objetivo general del Capítulo consiste en garantizar las acciones propias e interculturales en salud pública con el fin de avanzar hacia el goce efectivo del derecho a la salud, mejorar las condiciones de vida y salud, lograr cero tolerancia con la morbilidad, mortalidad y discapacidad evitables, en virtud del principio de reconocimiento y derechos colectivos de los pueblos indígenas, con fundamento en su pervivencia física y cultural.

Artículo 5. Objetivos estratégicos. El Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas contribuye con los fines del PDSP en armonía con los componentes del SISPI, a través de los siguientes objetivos estratégicos:

- a) Avanzar hacia el goce efectivo del derecho fundamental a la salud de la población indígena a través de la promoción de su reconocimiento étnico y cultural con el fin de incidir positivamente en las brechas de desigualdad e inequidad social en salud.
- b) Mejorar las condiciones de salud para el buen vivir en la población indígena, entendidas como los medios materiales necesarios para la pervivencia étnica y sociocultural en un marco de realización de derechos, contribuyendo al desarrollo cultural e identitario humano y sostenible.
- c) Garantizar el acceso a los servicios de salud con enfoques diferencial e intercultural, y propender por una atención integral para el mantenimiento de la salud, la armonización de los desequilibrios, evitar consecuencias de discapacidad y muertes por razones evitables y acompañamiento tradicional, cultural y espiritual para el buen vivir.
- d) Consolidar la materialización en la planeación territorial en salud basados en la armonización de las políticas públicas en salud para los pueblos indígenas, de manera progresiva y vinculante en la implementación del SISPI, del Capítulo Indígena del PDSP y de otras políticas en salud.

Artículo 6. Líneas Estratégicas. Las líneas estratégicas del capítulo corresponden a los aspectos interculturales identificados en el contexto de situación de salud de los pueblos y comunidades indígenas, que permiten un abordaje colectivo de carácter institucional, territorial y propio para lograr el buen vivir. Estas líneas trazan el camino para el reconocimiento y visibilización de elementos que requieren de un abordaje intercultural, en las dimensiones prioritarias y transversales definidas en el Capítulo Indígena del PDSP y las directrices para su implementación.

Parágrafo 1. Las Entidades Territoriales, de acuerdo a las condiciones vigentes en el territorio y a la situación de salud de las comunidades indígenas, adoptará y adaptará las estrategias descritas en el Capítulo Indígena del PDSP, con el fin de avanzar en la garantía del derecho fundamental a la salud de esta población.

Parágrafo 2. Las Entidades Territoriales garantizarán la participación, el diálogo y la concertación con los pueblos y comunidades indígenas para el cumplimiento de los objetivos y estrategias del Capítulo Indígena del PDSP, a través de su inclusión e implementación en los PTS y en el Plan de Acción MAITE.

Artículo 7. Enfoques. El Capítulo Indígena del PDSP incorpora los enfoques dispuestos en la Ley Estatutaria de Salud, en el PDSP y en las demás políticas que refieren respuestas específicas a

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.

las particularidades y derechos de la población indígena y resalta los siguientes enfoques como principales orientadores de la respuesta diferencial en salud pública:

- a) **Enfoque de derechos y garantías:** asume la salud como un derecho universal fundamental, inherente a la persona, de carácter inalienable e irrenunciable y promueve los principios, derechos y garantías constitucionales de reconocimiento y protección de la diversidad étnica y cultural, no discriminación, igualdad y dignidad de todas las culturas.
- b) **Enfoque diferencial:** plantea la formulación y desarrollo de objetivos, estrategias y acciones acordes con la diversidad cosmogónica y con las particularidades, así como con el reconocimiento de este pueblo como sujeto colectivo de derechos. Está dirigido a que la acción institucional en salud o en determinantes asociados, incorpore adecuaciones según cada cultura, formas de vida, situaciones y requerimientos específicos.
- c) **Enfoque participativo:** es un mecanismo fundamental en la concreción del Estado Social de Derecho y un imperativo al definir políticas públicas para la población indígena. Este enfoque impulsa la participación comunitaria, organizativa y de las autoridades indígenas, en la identificación situacional, definición y ejecución de estrategias, acciones y procesos para el mejoramiento de las condiciones de salud en un contexto de interculturalidad.
- d) **Enfoque intercultural:** implica procesos de diálogo para la construcción de alternativas que garanticen un mayor bienestar y mejoren las condiciones de vida de las diversas poblaciones que comparten territorios multiétnicos. Exige tener en cuenta las cosmovisiones, los saberes y conocimientos, las prácticas y acciones tradicionales y occidentales.
- e) **Enfoque de acciones afirmativas:** impulsa las acciones dirigidas a la superación de inequidades y desigualdades estructurales que han sido originadas en dinámicas o prácticas asociadas al desconocimiento o vulneración de derechos.
- f) **Enfoque de curso de vida:** identifica condiciones, riesgos, vulnerabilidades y oportunidades de las personas y sectores sociales, a lo largo de las etapas que constituyen el continuo de la vida, reconociendo que entre estas etapas hay interacción y se generan repercusiones de una a otra a lo largo de la existencia. Así, las intervenciones para mejorar las condiciones de salud en un momento de la vida inciden posteriormente, de igual manera el estado de salud actual es en buena medida consecuencia de formas de vida anteriores.
- g) **Enfoque de género:** este enfoque busca definir acciones para el fortalecimiento de identidades, construcción de sociedades con mayor equidad de género y superación de factores que ponen en desventaja a uno u otro grupo, según su pertenencia de género.
- h) **Enfoque poblacional:** exige tener en cuenta sus características demográficas en las áreas territoriales en que se encuentran, la situación socioeconómica y los factores ambientales que tienen incidencia en su salud y calidad de vida.
- i) **Enfoque del Buen vivir:** el buen vivir es lograr una vida digna, próspera, en armonía y equilibrio con la madre tierra, con el cosmos y en equilibrio con lo que nos rodea. La lección es primero saber vivir y luego convivir, se puede vivir bien si el otro vive bien. Por tanto, el buen vivir significa recuperar el sentido colectivo de la vida.

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.

Título II

Consideraciones para incorporar e implementar los enfoques para los pueblos y comunidades indígenas en el proceso de planeación integral en salud

Artículo 8. *Análisis de la Situación de Salud (ASIS)*. Sin perjuicio de los lineamientos y metodologías dispuestas por el MSPS para la elaboración del ASIS, las Entidades Territoriales incorporarán información socio cultural de la población indígena, que les permita ampliar el conocimiento de la situación de salud de los pueblos y comunidades indígenas.

Parágrafo 1. La incorporación de la información socio cultural de la población indígena se plantea como parte integral del ASIS que adelantan las Entidades Territoriales y se realizará de acuerdo a los lineamientos que el Ministerio de Salud y Protección Social establezca de manera articulada con la Subcomisión de Salud de la MPC.

Parágrafo 2. El abordaje de los efectos en salud, se realizará con los indicadores de salud disponibles para la población indígena, desde la institucionalidad representada por los actores del SGSSS, de las organizaciones indígenas y sus estructuras propias en salud, teniendo en cuenta los métodos de búsqueda y análisis planteados en la guía metodológica para la construcción del ASIS.

Parágrafo 3. Una vez obtenida la información del contexto de situación de salud de la población indígena, en el marco del proceso de planeación integral en salud se procederá a la identificación de los principales efectos en salud y/o problemáticas de esta población, para realizar la priorización de manera conjunta con las instancias de representación, diálogo y concertación de estos pueblos o comunidades a nivel territorial.

Artículo 9. *Priorización en salud pública*. En el marco del proceso de planeación integral para la salud, las Entidades Territoriales elaborarán la priorización en salud pública, considerando los instrumentos de planeación propia de los pueblos y comunidades indígenas, lo cual implica:

- a. Definir, organizar y convocar la participación de actores comunitarios pertenecientes a los pueblos y comunidades indígenas.
- b. Concertar con las autoridades propias y/o tradicionales de las comunidades de los pueblos indígenas, los actores comunitarios que harán presencia en las mesas de trabajo para la formulación de los PTS, en el marco del proceso de planeación integral en salud.
- c. Vincular a los actores comunitarios, las autoridades propias y/o tradicionales, sabedores de la medicina ancestral y estructuras propias de salud de las comunidades indígenas, en el marco del proceso de planeación integral en salud, con el fin de profundizar en el reconocimiento integral y comprensión de las condiciones particulares en que se encuentra este grupo y los factores socioculturales que inciden en su situación de salud.

Artículo 10. *Componente estratégico y de inversión plurianual del PTS*. En el marco del proceso de planeación integral en salud, las Entidades Territoriales elaborarán el componente estratégico y de inversión plurianual del PTS garantizando la participación legítima de los representantes de los pueblos y comunidades indígenas y la inclusión de acciones propias e interculturales.

La incorporación del enfoque diferencial en el Capítulo Indígena del PDSP, incluye la definición de inversiones que den respuestas concertadas con las autoridades de los pueblos y comunidades

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.

indígenas, en términos de objetivos y metas sanitarias asociadas a los programas y subprogramas previstos que permitan avanzar en la materialización de los derechos de esta población.

Parágrafo. Las Entidades Territoriales tendrán como referente para la formulación del componente estratégico, las líneas estratégicas planteadas en el Capítulo Indígena para cada una de las dimensiones prioritarias y transversales del PDSP.

Artículo 11. Componente operativo y de inversiones del PTS y Plan de Acción en Salud (PAS). En el marco del proceso de planeación integral en salud, las Entidades Territoriales elaborarán el componente operativo y de inversión del PTS, así como el PAS garantizando la participación legítima de los representantes de los pueblos y comunidades indígenas y asegurando la incorporación de las acciones propias e interculturales de las dimensiones prioritarias y transversales del Capítulo Indígena del PDSP.

Parágrafo. La incorporación del enfoque diferencial y el enfoque del buen vivir en este componente implica la programación en cada anualidad de los recursos de la vigencia y de las actividades a ejecutar en correspondencia con el componente estratégico, para el logro de los resultados y productos concertados y definidos con la población indígena.

Artículo 12. Responsabilidades de los integrantes del SGSSS. Las Entidades Territoriales y demás integrantes del SGSSS de acuerdo con sus competencias, condiciones y características de su territorio, deberán implementar, adaptar y adoptar los contenidos del Capítulo Indígena como parte integral del PDSP 2012 – 2021, en cada cuatrienio, a través del PTS y coordinar su implementación en su área de influencia, de conformidad con los lineamientos establecidos en esta resolución y directrices que para el efecto defina este Ministerio, en el marco de la Subcomisión de Salud de la MPC con los Pueblos y Organizaciones Indígenas.

Artículo 13. Responsabilidades del Ministerio de Salud y Protección Social. Este Ministerio, de acuerdo con sus competencias y de conformidad con los enfoques dispuestos en la Ley Estatutaria de Salud y en el PDSP, tendrá las siguientes responsabilidades:

- a) Formular e implementar políticas con los enfoques contenidos en el artículo 7º de la presente resolución, que garanticen el goce efectivo del derecho fundamental a la salud de pueblos y comunidades indígenas en el marco de la Subcomisión de Salud de la MPC con los Pueblos y Organizaciones Indígenas.
- b) Promover y consolidar los espacios políticos y técnicos para la participación de los pueblos y comunidades indígenas acorde con lo previsto por la ley, así como promover la participación en el proceso diferenciado de planeación en salud, de las organizaciones y autoridades que los representen.
- c) Fortalecer los sistemas de información e indicadores que den cuenta de variables que permitan conocer el estado de salud de la población indígena, así como su seguimiento, monitoreo y evaluación.
- d) Propender por la incorporación y desarrollo de procesos diferenciales e interculturales que incluyan el reconocimiento y protección de conocimientos propios, en la adecuación sociocultural para la prestación de servicios de salud.
- e) Brindar asesoría a las Entidades Territoriales departamentales y distritales para el desarrollo de procesos participativos, de diálogo y concertación y la debida inclusión de los enfoques estimados en la presente resolución para la planeación territorial en salud propia e

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.

intercultural, y en la ejecución de planes, proyectos, programas y acciones; dirigidas a la atención en salud de la población indígena.

- f) Consolidar los procesos de armonización de contenidos y prácticas, y la materialización de las políticas públicas en salud de manera vinculante y progresiva con la política propia en salud para los pueblos indígenas (SISPI), Plan del Cuidado para la Vida Colectiva de los Pueblos Indígenas (PCVC – PI), Plan Nacional de Desarrollo y Planes de Desarrollo regionales y locales, y otras políticas en salud dirigidas a esta población.
- g) Presentar informes periódicos ante la Subcomisión de Salud de la MPC con los Pueblos y Organizaciones Indígenas sobre la implementación y ejecución de los PTS y PAS de las Entidades Territoriales en donde hay presencia de pueblos y comunidades indígenas.

Artículo 14. Responsabilidades de los Departamentos, Distritos y Municipios. Las entidades territoriales, de acuerdo con sus competencias, condiciones y características de su territorio, de conformidad con los lineamientos que para el efecto defina este Ministerio, serán responsables de:

- a. Formular el PTS y el Plan de acción MAITE bajo los enfoques contenidos en la presente resolución, proponiendo orientaciones de carácter estratégico tendientes a mejorar las condiciones de vida de la población indígena, adoptando los lineamientos del Capítulo Indígena del PDSP.
- b. Realizar el seguimiento y evaluación de las metas concertadas con los pueblos y comunidades indígenas, de acuerdo a sus realidades demográficas, socioculturales y geográficas, como instrumento gerencial de programación y control de ejecución anual.
- c. Asegurar la adecuada representación y participación en la construcción de la planeación integral en salud con los actores institucionales, sectoriales, comunitarios y de manera concreta para las comunidades indígenas.
- d. Adelantar las acciones necesarias para la coordinación y articulación entre las instituciones de la entidad territorial y de representación con las autoridades de los pueblos y las comunidades indígenas para la planeación integral en salud.
- e. Desarrollar, implementar, adecuar y mantener las fuentes y sistemas de información e indicadores de gestión, con enfoque diferencial, como soporte para la toma de decisiones desde la perspectiva sociocultural.
- f. Elaborar el ASIS bajo el modelo de determinantes sociales de la salud y con enfoque étnico diferencial con las metodologías e instrumentos adecuados socioculturalmente, definidos por el MSPS.
- g. Promover los espacios políticos y técnicos para consolidar los procesos de armonización y construcción técnica de las apuestas en salud para los pueblos y comunidades indígenas. Implica establecer procesos, mecanismos y procedimientos de articulación entre el PTS y los Modelos de Salud Propia de los pueblos indígenas, como reconocimiento de la salud diferencial para los pueblos indígenas.
- h. Presentar informes periódicos ante los espacios de diálogos y concertación territoriales, sobre la implementación y ejecución de los PTS y PAS de las Entidades Territoriales en donde hay presencia de pueblos y comunidades indígenas.

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.

Parágrafo. Los departamentos deberán asesorar técnicamente a los municipios, para el desarrollo de procesos participativos y la inclusión del enfoque diferencial en la planeación territorial en salud y en la ejecución de planes, proyectos y acciones dirigidos a la pervivencia física y sociocultural de los pueblos indígenas.

Artículo 15. Responsabilidades de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB). Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, en atención a sus competencias, tendrán las siguientes responsabilidades:

- a. Garantizar el cumplimiento de los preceptos normativos sobre la afiliación de la población indígena no cubierta por el sistema, conservando su carácter de colectividad
- b. Garantizar el acceso, oportunidad, aceptabilidad y adecuación en la prestación de los servicios de salud de la población indígena a las instituciones prestadoras de servicios de salud en su área de influencia o en cualquier lugar del territorio nacional.
- c. Diseñar y ejecutar en acuerdo con las Empresas Sociales del Estado (ESEs), IPS e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Indígena (IPSI), las estrategias de demanda inducida para garantizar la realización de las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica y detección temprana y la atención de las Enfermedades de Interés en Salud Pública (EISP), en armonía con el modelo de salud propia e intercultural de los pueblos y comunidades indígenas.
- d. Desarrollar, implementar, adecuar y mantener las fuentes y sistemas de registro de información e indicadores de gestión y resultado, con enfoque diferencial, como soporte para la toma de decisiones desde la perspectiva sociocultural.
- e. Concurrir y coadyuvar para el cumplimiento de los objetivos estratégicos y metas con la participación de los demás actores del SGSSS

Artículo 16. Responsabilidades de las IPS. Las IPS tendrán las siguientes responsabilidades:

- a. Garantizar la atención integral en salud a las personas pertenecientes a los pueblos y comunidades indígenas en el marco del cumplimiento de sus funciones y la normatividad vigente.
- b. Implementar los protocolos y orientaciones impartidas por el Ministerio de Salud y Protección Social para identificar y gestionar el riesgo y la atención en salud de la población indígena.

Artículo 17. Responsabilidades de los pueblos y comunidades indígenas. En consonancia con la Ley Estatutaria de Salud y en el PDSP, los pueblos y comunidades indígenas tendrán como responsabilidades:

- a. Fomentar el diálogo y concertación con actores territoriales para la incorporación de acciones propias e interculturales en la formulación de los PTS.
- b. Participar en la construcción de las acciones propias e interculturales de los PTS.
- c. Hacer seguimiento a la implementación de las acciones propias e interculturales incluidas en los PTS.

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.

- d. Proponer acciones de mejora para los resultados en salud de los pueblos y comunidades indígenas.

Artículo 18. Monitoreo, seguimiento y evaluación: El Capítulo Indígena para pueblos y comunidades indígenas como parte integral del PDSP, se integra al sistema de monitoreo y evaluación definido por el MSPS, en acuerdo con la Subcomisión de Salud de la MPC con los Pueblos y Organizaciones Indígenas, con el fin de establecer los avances y logros de los objetivos y las metas sanitarias definidas para la población indígena y su contribución a los objetivos estratégicos del PDSP.

Parágrafo. El MSPS realizará seguimiento a la implementación de las líneas estratégicas del Capítulo Indígena del PDSP, a través de lo incorporado en los PTS de las Entidades Territoriales donde habita la población indígena en el marco del proceso de planeación integral en salud.

Artículo 19. Vigencia. La presente Resolución rige a partir de la fecha de su publicación.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D. C.,

IVÁN DARÍO GONZÁLEZ ORTIZ
Ministro de Salud y Protección Social (E)

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.

ANEXO TÉCNICO

CONTENIDO ANEXO

CAPÍTULO INDÍGENA PARA LOS PUEBLOS Y COMUNIDADES INDÍGENAS EN COLOMBIA
COMO PARTE INTEGRAL DEL PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA (PDSP)

1 **INTRODUCCIÓN.** 15

2 **ANTECEDENTES.**..... 15

2.1 CONTEXTO HISTÓRICO Y POLÍTICO...... 15

2.1.1 FUNDAMENTACIÓN DE LA PERSPECTIVA DEL DERECHO INDÍGENA. BREVE DESCRIPCIÓN HISTÓRICA DE LOS DERECHOS DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS..... 18

2.2 REFERENTES JURÍDICOS DE RECONOCIMIENTO Y PROTECCIÓN DEL DERECHO FUNDAMENTAL A LA DIVERSIDAD ÉTNICA Y CULTURAL DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS EN COLOMBIA. 18

2.2.1 FUNDAMENTOS DE DERECHO PROPIO DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS. 18

2.3 MARCO NORMATIVO Y POLÍTICO QUE SUSTENTA LA FORMULACIÓN DEL CAPÍTULO INDÍGENA DEL PDSP. 20

2.4 MARCO JURÍDICO Y POLÍTICO PARA LAS RESPUESTAS EN SALUD PARA LOS PUEBLOS INDÍGENAS. 20

3 **MARCO CONCEPTUAL.** 21

3.1 REFERENTES ASOCIADOS AL “BUEN VIVIR O VIVIR BIEN” DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS. 21

3.1.1 ELEMENTOS DE COSMOVISIÓN E IDENTITARIOS. 22

3.2 CONCEPTOS Y ENFOQUES...... 28

3.2.1 REFERENTES CONCEPTUALES. 28

3.2.1.1 Determinantes Sociales de la Salud. 28

3.2.1.2 Dimensiones..... 29

3.2.2 ENFOQUES GENERALES PARA LA PARTICIPACIÓN E INCLUSIÓN DE LAS POBLACIONES INDÍGENAS. 30

3.2.2.1 Enfoque de derechos y garantías. 30

3.2.2.2 Enfoque diferencial..... 30

3.2.2.3 Enfoque participativo. 30

3.2.2.4 Enfoque intercultural..... 31

3.2.2.5 Enfoque de acciones afirmativas. 31

3.2.3 ENFOQUE DE CURSO DE VIDA Y PROPIO. 31

3.2.4 ENFOQUE DE GÉNERO. 31

3.2.5 ENFOQUE POBLACIONAL..... 31

3.2.6 ENFOQUE DEL BUEN VIVIR. 31

4 **METODOLOGÍA.**..... 32

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.

4.1 FASE DE APRESTAMIENTO..... 32

4.2 FASE DE ACUERDO DE PROCESOS. 32

4.3 FASE DE DIÁLOGO. 32

4.4 FASE DE FORMULACIÓN. 33

4.5 FASE DE VALIDACIÓN, ADECUACIÓN Y CONCERTACIÓN. 34

4.6 FASE DE REGLAMENTACIÓN Y SOCIALIZACIÓN..... 34

5 DIAGNÓSTICO..... 34

5.1 CONTEXTO SOCIAL, CULTURAL Y ECONÓMICO. 34

5.2. PERFIL DE MORBIMORTALIDAD. 37

5.3. Diagnóstico de las condiciones de vida y salud por dimensiones. 38

5.3.1 DIMENSIÓN: SALUD, AMBIENTE Y TERRITORIO..... 39

5.3.2 DIMENSIÓN: ARMONÍAS Y DESARMONÍAS RELACIONADAS CON LAS CONDICIONES NO TRANSMISIBLES. 41

5.3.3 DIMENSIÓN: ARMONÍA FÍSICA, MENTAL Y ESPIRITUAL..... 42

5.3.4 DIMENSIÓN: AUTONOMÍA Y SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL..... 45

5.3.5 DIMENSIÓN: TEJIDO DE LA VIDA, FAMILIA Y COMUNIDAD..... 48

5.3.6 DIMENSIÓN VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES. 50

5.3.7 DIMENSIÓN SALUD PÚBLICA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES. 51

5.3.8 RIESGOS EN SALUD EN LAS OCUPACIONES..... 52

5.3.9 DIMENSIÓN GESTIÓN DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES. 54

5.3.10 DIMENSIÓN FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTIÓN DE LA SALUD. 63

6 OBJETIVOS..... 65

6.1 OBJETIVO GENERAL. 65

6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS. 66

6.3 LÍNEAS ESTRATÉGICAS..... 66

6.3.1 DIMENSIÓN: SALUD, AMBIENTE Y TERRITORIO..... 67

6.3.1.1 Objetivo general. 67

6.3.1.2 Objetivos de resultado y producto. 67

6.3.2 DIMENSIÓN: ARMONÍAS Y DESARMONÍAS RELACIONADAS CON LAS CONDICIONES NO TRANSMISIBLES. 68

6.3.2.1 Objetivo general. 68

6.3.2.2 Objetivos de resultado y producto. 68

6.3.3 DIMENSIÓN: ARMONÍA FÍSICA, MENTAL Y ESPIRITUAL..... 70

6.3.3.1 Objetivo general. 70

6.3.3.2 Objetivos de resultado y producto. 70

6.3.4 DIMENSIÓN: AUTONOMÍA Y SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL..... 72

6.3.4.1 Objetivo general. 72

6.3.4.2 Objetivos de resultado y producto. 72

6.3.5 DIMENSIÓN: TEJIDO DE LA VIDA, FAMILIA Y COMUNIDAD..... 73

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.

6.3.5.1	Objetivo general.	74
6.3.5.2	Objetivos de resultado y producto.	73
6.3.6	DIMENSIÓN VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES.	76
6.3.6.1	Objetivo general.	76
6.3.6.2	Objetivos de resultado y producto.	76
6.3.7	DIMENSIÓN SALUD PÚBLICA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES.	78
6.3.7.1	Objetivo general.	78
6.3.7.2	Objetivos de resultado y producto.	78
6.3.8	DIMENSIÓN: RIESGOS EN SALUD EN LAS OCUPACIONES.	79
6.3.8.1	Objetivo general.	79
6.3.8.2	Objetivos de resultado y producto.	79
6.3.9	DIMENSIÓN GESTIÓN DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES.	80
6.3.9.1	Objetivo general.	80
6.3.9.2	Objetivos de resultado y producto.	80
6.3.10	DIMENSIÓN FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTIÓN DE LA SALUD.	85
6.3.10.1	Objetivo general.	85
6.3.10.2	Objetivos de resultado y producto.	85

7 INCORPORACIÓN DEL ENFOQUE DIFERENCIAL PARA PUEBLOS INDÍGENAS EN LA PLANEACIÓN TERRITORIAL EN SALUD..... 95

7.1	COMPETENCIAS.....	95
7.2	LINEAMIENTOS.....	96
7.3	CONCEPTUALES.....	96
7.4	METODOLÓGICOS.....	97
7.4.1	PARTICIPACIÓN.....	97
7.4.2	CONCERTACIÓN.....	97
7.5	OPERATIVOS.....	98
7.5.1	PRIMER PROCESO: ALISTAMIENTO INSTITUCIONAL.	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
7.5.2	SEGUNDO PROCESO: RUTA LÓGICA PARA LA FORMULACIÓN DE PLANES TERRITORIALES DE SALUD (PTS).	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
7.5.3	TERCER PROCESO: GESTIÓN OPERATIVA.	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
7.6	TEMPORALIDAD.....	98

8. FINANCIACIÓN..... 98

9. MONITOREO Y EVALUACIÓN. 101

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.

LISTA DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1. Lista de convenciones para identificar los encuentros con representantes de los pueblos indígenas. 22

Tabla 2. Relación de encuentros con representantes de organizaciones y comunidades indígenas..... 33

Tabla 3. Objetivos de resultado y Producto – Dimensión: salud, ambiente y territorio. 67

Tabla 4. Objetivos de resultado y Producto – Dimensión: armonías y desarmonías relacionadas con las condiciones no transmisibles. 68

Tabla 5. Objetivos de resultado y Producto – Dimensión: armonía física, mental y espiritual..... 70

Tabla 6. Objetivos de resultado y Producto – Dimensión: autonomía y seguridad alimentaria y nutricional..... 72

Tabla 7. Objetivos de resultado y Producto – Dimensión: tejido de la vida, familia y comunidad. ¡Error! Marcador no definido.

Tabla 8. Objetivos de resultado y producto – Dimensión vida saludable y enfermedades transmisibles..... 76

Tabla 9. Objetivos de resultado y producto – Dimensión Salud pública en emergencias y desastres..... 78

Tabla 10. Objetivos de resultado y producto – Dimensión: Riesgos en salud en las ocupaciones..... 79

Tabla 11. Objetivos de resultado y producto – Dimensión gestión diferencial de poblaciones vulnerables. 80

Tabla 12. Objetivos de resultado y producto – Dimensión fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud..... 85

Tabla 13. Distribución de los recursos del componente de Salud Pública del Sistema General de Participaciones. ¡Error! Marcador no definido.

Figura 1. Elementos de cosmovisión e identitarios. 27

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.

1 Introducción.

El Plan Decenal de Salud Pública, PDSP 2012-2021, es una política pública dirigida a la concreción de condiciones de equidad en salud. Dado el reconocimiento de Colombia como un país pluriétnico y multicultural, el marco de derechos existente para los pueblos indígenas y el deber de garantizar el derecho a la salud sin ningún tipo de discriminación, se planteó la elaboración de un Capítulo Indígena en el mismo que se adecuará y responderá a las particularidades de esta población.

La construcción del Capítulo Indígena es el resultado de un proceso de participación colectiva e interacción entre el Ministerio de Salud y Protección Social y sectores comunitarios y organizativos de las organizaciones indígenas que integran la Subcomisión de Salud de la Mesa Permanente de Concertación (MPC) con los Pueblos y Organizaciones Indígenas, además de una labor de coordinación entre instituciones estatales que ostentan funciones relacionadas con el desarrollo de acciones que inciden en la situación de salud.

El objeto del Capítulo Indígena es desarrollar los enfoques propios e interculturales, la situación de salud indígena y las dimensiones prioritarias, los objetivos estratégicos, líneas estratégicas, y acciones específicas, con el propósito de que las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales, en cumplimiento de sus competencias, incorporen en los Planes Territoriales de Salud y en el Plan de acción MAITE, de manera obligatoria y concertada con las pueblos y comunidades indígenas, acciones que contengan las políticas de salud colectiva y enfoque diferencial. Adicionalmente, las acciones que ejecuten deben contar con la participación de las instituciones de salud propia, complementaria y las autoridades tradicionales.

El documento desarrolla los antecedentes que soportan esta formulación, disposiciones normativas y de política para las respuestas en salud dirigidas a las poblaciones indígenas, el marco conceptual que argumenta la visión y perspectiva del Capítulo Indígena, desde la cosmovisión, diversidad indígena, los enfoques y modelos planteados en el PDSP 2012 – 2021, la metodología a través de la cual se construyeron los contenidos, el diagnóstico que muestra la situación de salud indígena y finalmente los objetivos estratégicos, líneas estratégicas contenidas en cada una de las ocho dimensiones prioritarias y las dos dimensiones transversales.

2 Antecedentes.

2.1 Contexto histórico y político.

Un punto fundamental de partida tiene que ver con el cambio de paradigma dentro de la concepción de la diversidad. Los planteamientos que emergieron a partir de la conquista y colonia de América y los procesos desarrollados en África y Asia, entre los siglos XVI a XX, forjaron las tesis de superioridad de la civilización europea sobre las demás y desde los planos científico, ideológico, político, cultural, social, religioso se construyeron las matrices justificatorias de esa superioridad bajo cuyo lente las otras culturas aparecían subdesarrollados, pobres, retrasadas, primitivas. La propia antropología, como hija del colonialismo, fue útil para cimentar las bases de esa primacía mundial y de ello son testimonio los trabajos de científicos como Bronislaw Malinowski, entre otros. Las alternativas frente a esa caracterización se redujeron al paulatino etnocidio (exterminio o integración) hasta eliminar la diversidad y, a lo sumo, presentarla como algo curioso o típico.

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.

Hoy en día, por diversas razones, el paradigma parte de considerar que la diversidad frente al arquetipo occidental no se asocia con subdesarrollo ni con retraso cultural, aspecto que terminó siendo constitucionalizado en varios ordenamientos latinoamericanos de reciente adopción, rompiendo así las tendencias monoculturales provenientes decimonónicas. Tales ordenamientos plantearon un espacio y una expresión de diversidad y, por lo menos en teoría, rechazaron las fórmulas de integración. En ellos se admite que ciertos pueblos conserven sus tradiciones, cosmovisiones y costumbres aspecto que genera presiones en varios aspectos de la institucionalidad que se ha desarrollado bajo el patrón occidental.

Para tomar un solo ejemplo, la Ley 89 de 1890, conocida como fuero indígena y titulada “[p]or la cual se determina la manera como deben ser gobernados los salvajes (*sic*) que vayan reduciéndose a la vida civilizada”, admitía, aunque de una manera peyorativa e integradora, el respeto transicional de sus usos y costumbres. Sobre esta norma tuvo la oportunidad de pronunciarse la Corte Constitucional, declarar inexecutable algunas de sus disposiciones y en torno a la misma puntualizó:

Los grupos étnicos, calificados hace un siglo como “salvajes”, son considerados por la Constitución actual como comunidades culturales diferentes y las personas que las constituyen, en consecuencia, tratadas como portadoras de otros valores, con otras metas y otras ilusiones que las tradicionalmente sacralizadas con el sello de occidente. No son ya candidatos a sufrir el proceso benévolo de reducción a la cultura y a la civilización, sino sujetos culturales plenos, en función de la humanidad que encarnan, con derecho a vivir a tono con sus creencias y a perseguir las metas que juzgan plausibles, dentro del marco ético mínimo que la propia Constitución señala.

De otra parte, el Constituyente de 1991 con el fin de proteger la integridad territorial y cultural de los pueblos indígenas estableció la propiedad colectiva de los resguardos y de las tierras comunales de las étnias asignándoles, entre otros, el carácter de inalienables, de manera que no pueden ser objeto de venta o transacción alguna por parte de ninguno de los miembros que conforman la comunidad indígena. Quiso así el Constituyente defender las tierras de los pueblos indígenas como colectividad sujeta a tratamiento especial.¹

Esa transformación fue expresada por esa misma Corporación de la siguiente manera:

- **El principio de la diversidad étnica y cultural**

El reconocimiento de la sociedad moderna como un mundo plural en donde no existe un perfil de pensamiento si no una confluencia de fragmentos socio culturales, que se aleja de la concepción unitaria de “naturaleza humana”, ha dado lugar en occidente a la consagración del principio constitucional del respeto a la diversidad étnica y cultural. Los Estados, entonces, han descubierto la necesidad de acoger la existencia de comunidades tradicionales diversas, como base importante del bienestar de sus miembros, permitiendo al individuo definir su identidad, no como “ciudadano” en el concepto abstracto de pertenencia a una sociedad territorial definida y a un Estado gobernante, sino una identidad basada en valores étnicos y culturales concretos.

Ahora bien, este cambio de visión política ha tenido repercusiones en el derecho. Inicialmente, en un Estado liberal concebido como unitario y monocultural, la función de la ley se concentraba en la relación entre el Estado y la ciudadanía, sin necesidad de preocuparse por la separación de identidades entre los grupos. Siguiendo la consigna de igualdad de los ciudadanos ante la ley, las costumbres de cada sujeto sólo podían ser aceptadas si el sistema legal dominante se refería explícitamente a ellas y de hacerlo, las características diferenciales del individuo, que merecieran

¹ Corte Constitucional, sentencia C-139 de 9 de abril de 1996, M.P. Carlos Gaviria Díaz.

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.

una atención especial, eran señaladas como una especie de incapacidad. Este era el caso de la normatividad frente a las comunidades indígenas, a la cual se referirá esta Corte más adelante.

En los últimos años, y en el afán de adaptar el derecho a la realidad social, los grupos y tradiciones particulares empezaron a ser considerados como parte primordial del Estado y del Derecho, adoptándose la existencia de un pluralismo normativo como nota esencial y fundamental para el sistema legal en sí mismo. Como ha señalado esta Corporación:

“... El Estado Social de Derecho y la democracia participativa se han ido construyendo bajo la idea de que el reino de la generalidad no sólo no puede ser llevado a la práctica en todas las circunstancias, sino que, además, ello no siempre es deseable; la idea del respeto a la diversidad, al reconocimiento de las necesidades específicas de grupos sociales diferenciados por razones de cultura, localización, edad, sexo, trabajo, etc., ha sido un elemento esencial para la determinación de los derechos sociales económicos y culturales y en términos generales, para el logro de la justicia.”²

En efecto, la Constitución de 1991, como resultado de un proceso participativo y pluralista, estableció el reconocimiento y protección de la diversidad étnica y cultural de la Nación (art. 7). Este principio es desarrollado en el artículo 70, que reconoce la igualdad y dignidad de todas las culturas que viven en el país, en el art. 10, que consagra la oficialidad de las lenguas y dialectos de los grupos étnicos en sus propios territorios, en los artículos 171 y 176 (supra), que permiten a las comunidades indígenas participar en el Senado y en la Cámara de Representantes.

Adicionalmente, el artículo 286 establece que los territorios de las comunidades indígenas se consideran entidades territoriales, con autonomía administrativa y presupuestal, y les otorga la capacidad para ser representadas judicial y extrajudicialmente (art. 287 supra). Así mismo se crean jurisdicciones especiales, mediante las cuales se autoriza a las comunidades indígenas para aplicar justicia dentro de su territorio, de conformidad con sus normas y procedimientos, siempre que no sean contrarios a la Constitución y a la ley (art. 246).

Es conveniente resaltar en el marco de esta normatividad, que para que la protección a la diversidad étnica y cultural sea realmente efectiva, el Estado reconoce a los miembros de las comunidades indígenas todos los derechos que se reconocen a los demás ciudadanos, prohibiendo toda forma de discriminación en su contra, pero además, y en aras de proteger la diversidad cultural, otorga ciertos derechos radicados en la comunidad como ente colectivo. En otras palabras, coexisten los derechos del individuo como tal, y el derecho de la colectividad a ser diferente y a tener el soporte del Estado para proteger tal diferencia.³

De esta manera, como fruto de la lucha constante de las comunidades, en el año 1991 se logra el reconocimiento de esa realidad étnica y cultural y con base en ello se logra introducir una serie de normas de respeto a los pueblos originarios y a los grupos étnicos, dentro de los cuales sustentan el derecho de la salud diferencial y demás derechos conexos que parte de la pervivencia cultural. No obstante, debe reconocerse que antes de la Constitución de 1991 se expidieron algunas normas que reconocían el derecho a la salud de las comunidades indígenas, para el caso la Resolución 10013 de 1981 y el Decreto 1811 de 1990. Ya en el año de 1991, el gobierno Colombiano adopta el convenio 169 de 1989 de la OIT, a través de la Ley 21 de 1991 sobre derechos de los pueblos indígenas y tribales. Sumado a esto se adoptaron la Declaración de la Organización de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas y la Declaración Americana sobre los derechos de los pueblos.

² Corte Constitucional. Sentencia T-428/92. Magistrado Ponente: Ciro Angarita Barón.

³ Corte Constitucional, sentencia. T-496 de 26 de septiembre de 1996, M.P. Carlos Gaviria Díaz.

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.

Estos aspectos políticos y normativos, tanto en el plano nacional como internacional, marcan el derrotero para una serie de desarrollos, entre los que se encuentra lo relativo a la salud propia, como uno de los aspectos vitales e inescindibles de la cultura.

2.1.1 Fundamentación de la perspectiva del derecho indígena. Breve descripción histórica de los derechos de los pueblos indígenas.

Los pueblos indígenas en Colombia, desde su origen milenario, han tenido un sistema de vida propio con sus estructuras políticas, económicas, sociales, culturales, espirituales y territoriales definidas, que les ha permitido la interrelación e interacción para pervivir en el tiempo y el espacio. En esta dinámica, los Pueblos indígenas del país vienen desarrollando acciones por defender o fortalecer la identidad cultural orientada desde la espiritualidad y cosmovisión como legado ancestral y diferencial.

El nacimiento de los derechos de los pueblos indígenas tiene origen desde el mismo momento de ser propio de las tierras americanas para la época (Derecho Mayor, ley de Origen y ley Natural), pero la imposición de poder para la dominación, crearon disposiciones para regular la vida y los territorios de las comunidades indígenas del país en contra de sus creencias y visiones del mundo y obligándolos a asumir una religión, una forma de producción y un relacionamiento con la naturaleza, tributaria del orden occidental. Estas figuras normativas cambiaron hasta la aparición de normas republicanas y constitucionales como mecanismos de reconocimiento y garantía de derechos y mediante el reconocimiento de su forma de vida.

2.2 Referentes jurídicos de reconocimiento y protección del derecho fundamental a la diversidad étnica y cultural de los pueblos indígenas en Colombia.

2.2.1 Fundamentos de Derecho Propio de los Pueblos Indígenas.

Es importante conocer el proceso histórico de los pueblos indígenas, su pensamiento y territorio, con el fin de interpretar, entender y comprender la singularidad de cada pueblo y plantear una política diferencial acorde con la realidad de estas comunidades.

Para el caso concreto de la elaboración del presente Capítulo, las comunidades con sus autoridades tradicionales indígenas propias, precisan que se el proceso debe regirse dentro del marco de los principios rectores propios de los pueblos indígenas, como mecanismo de legitimidad e inclusión. Por tanto, la Ley de Origen, la Ley Natural, el Derecho Mayor y los usos y costumbres son el fundamento del desarrollo de los planteamientos y apropiaciones de la política de salud para los pueblos indígenas.

❖ Derechos indígenas y Estado Social de Derecho.

Los pueblos indígenas milenariamente han tenido derechos naturales y los han defendido con las luchas sociales de manera permanente, mediante la aplicación de unos principios propios ancestrales como son la Ley de Origen, Ley Natural, Derecho Mayor y los Usos y Costumbres, los cuales fueron los argumentos transcendentales para lograr el reconocimiento de derechos especiales contenidos en la Constitución Política de 1991, configurando el nuevo Estado Social de Derecho y dando origen al reconocimiento de diversidad étnica y cultural del país e iniciar la garantía de los derechos, individuales y colectivos y, por ende, el desarrollo de políticas diferenciales.

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.

Dado que Colombia es un Estado social de derecho que se fundamenta en el reconocimiento y la protección de la dignidad humana y de los derechos fundamentales y que propende por el bienestar de todos los habitantes del país, permite garantizar el pleno desarrollo de los derechos fundamentales de los pueblos indígenas, para gozar de los mismos derechos como todos los ciudadanos del país, entre otros, educación, salud, vivienda digna, participación política y social. En este marco se sustenta el derecho a la salud de manera diferencial en la búsqueda del reconocimiento indudable de la medicina ancestral. Desde esta visión y misión positiva el Ministerio de Salud y Protección Social sustentó la estrategia de crear el Capítulo Indígena del PDSP 2012 – 2021.

❖ **Desarrollo normativo del derecho de salud de los pueblos indígenas.**

➤ **Derechos internacionales.**

Los pueblos indígenas del mundo, incluyendo los de Colombia, tienen reconocimiento de sus derechos, los cuales buscan la promoción y protección de sus libertades, y son de obligatorio cumplimiento para los países miembros de las Naciones Unidas. De esta manera, se planteó formular el Plan Decenal de Salud 2012 – 2021 en el cual se debía incorporar el Capítulo Indígena, en pro de buscar el mejoramiento de sus condiciones económicas, sociales, salud y seguridad social, en consonancia con los instrumentos internacionales de protección. Así, tomando en cuenta el Convenio 169 de la OIT, se incorporaron los elementos de respeto en la construcción y formulación del presente Capítulo Indígena del PDSP 2012 – 2021 como mecanismos rectores de la justificación normativa para garantizar los derechos de los pueblos indígenas, elemento importante de justificación para reglamentar el Plan Decenal de Salud Pública.

➤ **Desarrollo Jurisprudencial Colombiano.**

Además de lo ya expresado, que a nivel jurisprudencial desarrolla el cambio de paradigma en el tratamiento de la realidad étnica y cultural (C-136 de 1996), un referente importante que tienen los pueblos indígenas para el restablecimiento y garantía de los derechos en salud, es el desarrollo jurisprudencial que la Corte Constitucional ha determinado mediante una consolidada jurisprudencia, como es el caso de la Sentencia SU-039 de 1997, que establece que los pueblos indígenas son sujetos de derechos fundamentales. También que tienen derechos colectivos diferenciales con singularidad propia, reconociendo la existencia de la diversidad étnica y cultural del país. Por consiguiente, se plantea el Capítulo Indígena del PDSP 2012 – 2021, el cual hace hincapié en el derecho fundamental de la salud diferencial para los pueblos indígenas del país. Es el desarrollo realizado a nivel del Alto Tribunal en torno a la garantía de derechos en especial de la salud, entre otras, en las sentencias T-428/92, T-380/93, T-001/94, SU-510/98, T-652/98, T-652/98, T-37903, T-552/03, T-723 de 2003, C-313/14, T-357/17 y T-592/17.

En materia de salud, las sentencias C-377/94 y C-088/01 plantean el deber del Gobierno Nacional sobre la garantía de los derechos sociales y económicos y especialmente a cumplir el artículo 7 de la Constitución Política y el reconocimiento de la práctica de la medicina tradicional para los pueblos indígenas.

➤ **Desarrollo Constitucional y PDSP.**

Dentro del proceso que dio lugar a la Constitución de 1991 fue crucial la presencia de representantes indígenas en la Asamblea Nacional Constituyente. En el ordenamiento

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.

expedido se incluyeron, entre otros, los artículos 1, 7, 48, 49, 70 y 366⁴, donde se establece un Estado Social de Derecho, que reconoce la diversidad étnica y cultural del país, el derecho de la seguridad social, la atención en salud, el derecho de igualdad para un goce efectivo por ende el mejoramiento de la calidad de vida, y de esta manera, la garantía y respeto de la diversidad étnica y cultural. Con base en lo anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social desarrolló de manera participativa la construcción y formulación del presente Capítulo Indígena del PDSP 2012 – 2021, el cual recoge los postulados constitucionales, en garantía de derechos.

Dentro de las ocho dimensiones prioritarias del presente Capítulo Indígena del PDSP 2012 – 2021, se determina el desarrollo estratégico para garantizar estos derechos, los cuales se articulan con el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI) como política pública diferencial e intercultural de los pueblos indígenas del país, la cual debe ser implementada en todos los niveles territoriales del país donde hacen presencia los pueblos indígenas, donde los entes territoriales deben coordinar las acciones con las autoridades e instituciones de salud.

2.3 Marco normativo y político que sustenta la formulación del Capítulo Indígena del PDSP.

El Ministerio de Salud y Protección Social –MSPS- impulsó la formulación del Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012-2021, en desarrollo del artículo 6 de la Ley 1438 de 2011 “*Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud...*”, a través de un proceso amplio de participación social. Dicho Plan una vez elaborado y validado, fue adoptado mediante la Resolución 1841 de 2013 expedida por el MSPS.

En este Plan confluyen una serie de imperativos de acción pública que están determinados en un amplio cuerpo normativo, en el cual se encuentran la Constitución Política, la Ley 100 de 1993 sobre el Sistema General de Seguridad Social, la Ley 152 de 1994 u “*Orgánica del Plan de Desarrollo*”, la Ley 715 de 2001 sobre el Sistema General de Participaciones, la Ley 1122 de 2007 “*Por la cual se hacen algunas modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud...*” y el Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014 “*Prosperidad para todos*”, entonces vigente, expedido mediante la Ley 1450 de 2011.

El PDSP incorpora el enfoque diferencial acorde con el reconocimiento de la diversidad étnica y sociocultural del país y con los derechos colectivos y en concordancia determinó la construcción del Capítulo Indígena en el marco de la “*Dimensión transversal gestión diferencial de poblaciones vulnerables*”.

2.4 Marco jurídico y político para las respuestas en salud para los pueblos indígenas.

En la descripción normativa sobre el derecho a la salud para los pueblos indígenas de Colombia, existe diferentes referentes normativos que sustentan la posición política y el sustento normativo para consolidar el PDSP.

Un principio importante que deber ser considerado es la universalidad que se determina de manera explícita, en los artículos 48 y 49 de la Constitución Política, 2, 3, 6 y 152 de la Ley 100 de 1993; 3 de la Ley 1438 de 2011 y 2, 5 y 6 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015. Dicho

⁴ En la Constitución política se encuentran otros artículos que tratan de manera expresa sobre la diversidad étnica y cultural, como son, los artículos 8, 10, 13, 63, 68, 72, 79, 96, 171, 176, 246, 286, 321, 329, 330, 357 y transitorios 55 y 56.

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.

principio es retomado en el PDSP. De la misma manera se recoge el enfoque diferencial. Así, la Ley 21 de 1991 determinó servicios adecuados, con participación y garantía de derechos diferenciales (art. 25); la Ley 1438 de 2011 incorporó los principios de “*Enfoque diferencial*” (art. 3) y de “*Interculturalidad*” (art. 13); y la Ley Estatutaria 1751 de 2015 contempló dentro de los principios del derecho a la salud, los relacionados con aceptabilidad, accesibilidad e interculturalidad y el reconocimiento del SISPI (art. 6. *Literales l y m*). Por otra parte, la Ley 691 de 2001⁵ define la forma como los pueblos indígenas participan en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), reconoce a las autoridades tradicionales, determina los tipos de vinculación y en general los beneficios.

A su turno, el Decreto 1973 de 2013 creó la Subcomisión de Salud de la Mesa Permanente de Concertación con los Pueblos y Organizaciones Indígenas con el propósito de formular y apoyar la implementación de políticas en salud para los pueblos indígenas. Finalmente, en el Decreto 1953 de 2014⁶, plantea lineamientos respecto a la implementación del SISPI en el marco del ámbito territorial indígena bajo la rectoría del Ministerio de Salud y Protección Social.

3 Marco conceptual.

Los referentes propios e internos inherentes a los pueblos indígenas que se fundamentan en su cosmovisión, cosmogonía, y usos y costumbres, se relacionan con los procesos de salud entendida como “*buen vivir o vivir bien*” y enfermedad entendida como “*desequilibrio o desarmonía*”, así como con los determinantes de la salud y las dimensiones del PDSP 2012 – 2021. Estos referentes conceptuales se han derivado de criterios planteados y compartidos por los asistentes en los encuentros de diálogo de saberes que se relacionan en la metodología.

Dado que la formulación del Capítulo Indígena del PDSP 2012 – 2021 aplica un enfoque propio e intercultural, se destacan tanto referentes de salud inmersos en el PDSP 2012 – 2021, así como referentes propios planteados desde el saber de los pueblos indígenas en cabeza de sus dirigentes y representantes. Dado que se trata de un proceso incluyente, participativo y diferencial se describen los enfoques correspondientes.

3.1 Referentes asociados al “buen vivir o vivir bien” desde la perspectiva de los pueblos indígenas.

Estos referentes surgieron del análisis de los resultados producto de los encuentros de diálogos de saberes con los pueblos indígenas, como parte del desarrollo metodológico y los compromisos que se acordaron entre el MSPS – Dirección de Epidemiología y Demografía y la Subcomisión de Salud de la MPC con los Pueblos y Organizaciones Indígenas, para la formulación del presente Capítulo Indígena del PDSP 2012 – 2021, el cual será descrito en el siguiente apartado (numeral 4).

Estos encuentros como círculos de palabra o desarrollo de la minga de pensamientos, permitieron recordar y retomar el análisis propio de los factores políticos, económicos, sociales, tecnológicos, ecológicos, legales, culturales, históricos y espirituales en torno a los procesos del “*buen vivir o vivir bien*” y “*desequilibrio o desarmonía*”, que participan en la concepción y formas propias, tradicionales o ancestrales en que los pueblos indígenas, dependiendo del contexto (rural o

⁵ Mediante la cual se reglamenta la participación de los grupos étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia”.

⁶ “Por el cual se crea un régimen especial con el fin de poner en funcionamiento los Territorios Indígenas respecto de la administración de los sistemas propios de los pueblos indígenas hasta que el Congreso expida la ley de qué trata el artículo 329 de la Constitución Política”.

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.

urbano) en el que se desarrollan sus vidas, toman y unen la comprensión y explicación de las diferentes situaciones y condiciones que se tejen o moldean alrededor de la concepción, conservación y recuperación de su salud.

A continuación se describen los elementos comunes y transversales asociados al proceso del “*buen vivir o vivir bien*” de los pueblos indígenas y sus determinantes, integrados a través de fundamentos, conceptos y elementos propios, es decir, desde la perspectiva de los pueblos indígenas.

Los aportes derivados de los encuentros en mención, se incorporan en el presente Capítulo Indígena del PDSP 2012 – 2021, a través de notas al pie de página, las cuales se identifican según el encuentro del cual fue extraída a través de las convenciones de la Tabla 1.

Tabla 1. Lista de convenciones para identificar los encuentros con representantes de los pueblos indígenas.

CONVENCIÓN	ENCUENTRO
E1	Relatorías de las mesas de trabajo. Encuentro de “Diálogo de saberes” organizado por la OPIAC y la Secretaría de Salud de Guainía, realizado los días 22, 23 y 24 de noviembre de 2017 en Bogotá.
E2	Segundo informe técnico Convenio 827 de 2017. Evento de recolección de insumos capítulo indígena PDSP, organizado por las Autoridades Tradicionales Indígenas de Colombia - Gobierno Mayor y la Secretaría de Salud de Cundinamarca, realizado los días 28, 29 y 30 de noviembre de 2017 en El Colegio, Cundinamarca.
E3	Informe técnico. Convenio de asociación No. 2017000348 organizado por el Instituto Departamental de Salud de Nariño y la Asociación AICO Social por la Pacha Mama, realizado los días 27, 28 y 29 de septiembre de 2017, en el Resguardo indígena Refugio del Sol, Municipio El Encano, Nariño.
E4	Informe técnico ejecutivo. Contrato N° 038 de 2017. Insumos para la Construcción del Capítulo Indígena de Salud Pública en los Pueblos Kogui y Arhuaco en el marco del Plan de Desarrollo. Evento organizado entre la Gobernación del Magdalena y la CIT, realizado los días 10, 11, 12 y 13 de diciembre de 2017, en la Comunidad de Dumingueka, Municipio Dibulla, La Guajira.
E5	Audios de las mesas de trabajo. Encuentro de “Diálogo de saberes” organizado por Autoridades Tradicionales Indígenas de Colombia – Gobierno Mayor, realizado los días 7 al 13 de noviembre de 2017, en Cumaribo, Vichada.
E6	Relatorías de las mesas de trabajo. Encuentro de “Diálogo de saberes” organizado por la ONIC y la Dirección Territorial de Salud de Caldas, Convenio de Asociación N° 1501140404, realizados los días 18, 19 y 20 de septiembre, en el Resguardo de San Lorenzo, municipio de Riosucio, Caldas.

3.1.1 Elementos de cosmovisión e identitarios.

Los pueblos indígenas disponen de elementos propios que se derivan de su pensamiento, los cuales están interrelacionados y hacen parte de la vida de personas, familias y comunidades, cuya confluencia e intersección procuran proporcionar y mantener armonía y equilibrio para lograr el “*buen vivir o vivir bien*”. Estos son:

❖ **Territorio.**

Para los pueblos indígenas, el territorio se define como el eje central donde se desarrolla la vida. Es el ámbito donde se soporta y reproducen los elementos esenciales del ser indígena (*per se*) y en el cual está la garantía de pervivencia y supervivencia física, espiritual, material y cultural. Se considera como un espacio físico porque allí se encuentran todos los elementos que posibilitan el desarrollo de la vida, generándose una interrelación entre estos, los seres que allí se encuentran y la naturaleza. También es el espacio cosmogónico porque se genera una interrelación del ser humano con el cosmos, el cual determina el orden social, cultural,

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.

productivo, reproductivo y político de los pueblos indígenas que allí habitan, pero también de aquellos que no siendo indígenas se relacionan y benefician de este y de todos los elementos que en el convergen.

El territorio es concebido como una relación directa indisoluble con el ser indígena (*per se*), es un organismo vivo que constituye la “Madre Tierra” o “Pacha Mama”; y tiene relación profunda con la comunidad, la familia y el individuo. Allí está el origen, la vida, los alimentos, la historia, los recursos de la sabiduría ancestral, los sitios sagrados, las representaciones sociales y culturales, los mitos, las leyendas, las formas de autoridad y gobierno propio, la sacralidad, la lucha y resistencia de los pueblos indígenas en sus procesos. Además, proporciona el soporte y las condiciones para la armonía, el equilibrio y el “buen vivir o vivir bien”, es así que las desarmonías y todo lo que lo afecte, son causas generadoras de problemas de salud. En suma, es el escenario y las condiciones naturales fundamentales en el que se desarrolla y posiciona la existencia pasada, presente y futura de los pueblos indígenas, por lo que no poseerlo sugiere un factor de riesgo colectivo y desarmonía que impide su normal desarrollo socio cultural.

❖ **Identidad cultural indígena.**

Está asociada con el sentido de pertenencia que tienen los pueblos indígenas con un conjunto de elementos materiales e inmateriales (humores, energías, vida espiritual, idioma) propios, que recrean y le dan un simbolismo especial a la cultura propia de determinado pueblo indígena.

Determina el modo de vida propio que tienen las comunidades, estudia los procesos socioculturales, territoriales, políticos, productivos, creencias y los usos y costumbres. Desde el sentido global, se trata de una identidad cultural colectiva que es sujeto de estudio para comprender el grado de identidad que tiene los pueblos indígenas, dado que existen determinantes externos e internos que difieren directamente a las formas de vida, proceso de desarrollo, progreso y el nivel y forma de interculturalidad.

❖ **Usos y costumbres.**

Para los pueblos indígenas, los usos y costumbres son los conocimientos o sabidurías y acciones o enseñanzas, consejos que son ejemplos de vida o hacen parte del diario vivir. En el proceso de organización sociocultural de los pueblos indígenas, los usos y costumbres son las leyes colectivas que hacen parte de la convivencia, pero también son leyes individuales dado que determinan el comportamiento y la identidad de cada persona en su autoreconocimiento como integrante de cierta comunidad indígena.

Para el caso de la salud, la manera de promover la existencia del conocimiento o sabiduría del manejo de la espiritualidad y la medicina tradicional, se hace mediante la aplicación de los usos y costumbres que han sido heredados de generación en generación. Para esto, la comunidad práctica en el diario vivir en sus familias, ya sea para proteger o en algunos casos curar una enfermedad o desequilibrio, dependiendo del grado o gravedad de la desarmonía que tengan las personas, la comunidad y/o el territorio.

❖ **Ley de Origen o Ley Natural.**

También es denominada como ley natural de cada pueblo indígena. En general, se relaciona con el conjunto de normas de carácter ancestral y espiritual que fundamentan, orientan y ordenan los estilos la vida de los pueblos indígenas. Aquí están determinados los mandatos que rigen la interacción o relaciones entre los seres humanos y, entre estos, la naturaleza y el territorio y tiene como fin la pervivencia física y cultural de los pueblos indígenas.

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.

En la Ley de origen está el fundamento del derecho que guía y rige las relaciones de quienes habitan el territorio o hacen parte del pueblo indígena; en ella se establecen normas de comportamiento para mantener el equilibrio, la armonía entre las personas, la comunidad para lograr el “buen vivir o vivir bien” individual o de manera comunitaria; por tanto, genera derechos y obligaciones con los ancestros, la espiritualidad, la naturaleza y la comunidad, a la vez que determina elementos para el relacionamiento con otros grupos humanos y formas de vida que han sido desconocidas y discriminadas por la sociedad y el Estado colombiano.

❖ **Derecho mayor.**

Para los pueblos indígenas, es el derecho primario por ser primeros pobladores de estas tierras americanas, *“somos nativos de los territorios ancestrales, porque estuvimos antes de la llegada de los españoles y antes que dictaran las leyes de la república, por ser naturales de esta tierra...”* (Cartilla de Derecho propio Laureano Inampues, pag.15, 2007). El derecho mayor para los pueblos, es el principio de la autonomía y autoridad territorial, pero también hace comprender que en los territorios indígenas siempre existió una cultura milenaria, una forma de vida con unas estructuras sociales, políticas, económicas y culturales que definieron a un pueblo.

El derecho mayor describe el proceso o recorrido históricos de resistencia que los pueblos indígenas han enfrentado durante cientos de años. Por tanto, representa la diversidad, la espiritualidad, el pensamiento, identidad, los usos y costumbres, en si la cosmovisión y cosmogonía de los pueblos indígenas; en cuanto a salud hace referencia a la sabiduría que tienen las comunidades indígenas en el manejo de las plantas, los metales, los animales frente a los desequilibrios que tiene la comunidad. También describe la espiritualidad de las comunidades, el respeto hacia la naturaleza, representa la biodiversidad de los territorios porque se muestra el contexto de la riqueza natural de las regiones.

❖ **Sabiduría ancestral.**

La sabiduría ancestral de cada pueblo indígena contiene el saber propio y las costumbres acumuladas que durante miles de años han estado en el conocimiento indígena. Está fundamentada en la interacción con sus tejidos particulares y es transmitida de generación en generación a través de los procesos particulares de reproducción cultural (tradición oral, vivencias, usos y costumbres, mitos y acciones propias), como aspecto esencial para la pervivencia de los individuos, la comunidad, los grupos sociales y los pueblos indígenas, como sujetos colectivos de unas culturas propias.

Está inmersa en el sistema médico tradicional o propio y contiene un conjunto amplio de recursos, saberes y acciones con métodos de protección, sanación y curación física y espiritual a nivel individual, familiar y/o colectivo, así como del territorio. Es un don encomendado a sabedores ancestrales como médicos, sanadores, rezanderos, hierbateros, pulseadores, parteras, sobanderos, entre otros, con experticia y/o diferenciación en especialidades de diversas áreas en torno a los procesos del “buen vivir o vivir bien” y “desequilibrio o desarmonía”.

❖ **Autonomía.**

Es la actividad permanente que los pueblos indígenas ejercen sobre sus formas propias de autoridad, vida social, cultural, económica y política dentro de su ámbito territorial y/o como pueblo indígena, así como toma de decisiones internas y según las formas de relacionamiento

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.

con otros sectores de la sociedad nacional, en un contexto de autoridad indígena en igualdad con la autoridad estatal. La mayoría de la toma de decisiones es colectiva, procurando el ejercicio de la participación máxima, la igualdad y la equidad, de modo que estas no afecten la unidad étnica y garanticen el máximo beneficio colectivo.

Por tanto, la autonomía permite que los pueblos y comunidades indígenas vivan de acuerdo con sus usos y costumbres, en armonía con el territorio, la Ley de origen, la sabiduría ancestral, la espiritualidad y su gobierno propio. A la vez, da la posibilidad y es la garantía de que se puedan desarrollar las decisiones de las comunidades de acuerdo a lo definido por sus autoridades tradicionales en los ámbitos de participación propia y en consonancia con y sus planes de vida.

Desde la salud, la autonomía expresa la sabiduría de las comunidades sobre la medicina tradicional, y la capacidad de determinar los alcances que tiene la medicina tradicional dentro de sus territorios, desde lo económico, es la resistencia por mantener los sistemas de alimentación propios como es la huerta, la chagra, el conuco, el tul, etc. También expresa la capacidad de organización colectiva y el ejercicio de autoridad que tienen los pueblos indígenas para poder ejercer control, brindar protección, seguridad territorial, emprendimiento, liderazgo y gestión. Los pueblos indígenas aplicando su autonomía dan a conocer qué es lo que se quiere para sus pueblos y como quieren que se haga.

La autonomía no es un criterio absoluto sino que tienen un carácter relacional. Al respecto, la Corte Constitucional ha indicado:

82. En este marco, teniendo en cuenta el mando de protección especial previsto en la Constitución y en distintos tratados internacionales⁷, en aras de proteger el interés superior del menor, la jurisprudencia ha admitido limitaciones a la autonomía indígena cuando las autoridades del Estado tengan certeza que existe una situación de vulneración de los derechos de los niños⁸, empero su intervención debe ser razonable y proporcional, afectado en la menor medida posible el derecho a la diversidad étnica y cultural. Así pues, la obligatoriedad del interés superior del menor no encuentra excepciones de ninguna clase, ni siquiera tratándose de población indígena. En consecuencia, los miembros de las comunidades étnicas están obligados, en el marco de sus usos y costumbres, a garantizarles a los niños la protección especial que ordenamiento jurídico vigente les reconoce⁹.

Como un criterio guía, que ha sido revisado y matizado por esa Alta Corporación, debe tenerse en cuenta lo indicado en la sentencia T-254 de 1994, así:

7.1 A mayor conservación de sus usos y costumbres, mayor autonomía. La realidad colombiana muestra que las numerosas comunidades indígenas existentes en el territorio nacional han sufrido una mayor o menor destrucción de su cultura por efecto del sometimiento al orden colonial y posterior integración a la “vida civilizada” (Ley 89 de 1890), debilitándose la capacidad de coerción social de las autoridades de algunos pueblos indígenas sobre sus miembros. La necesidad de un marco normativo objetivo que garantice seguridad jurídica y estabilidad social dentro de estas colectividades, hace indispensable distinguir entre los grupos que conservan sus

⁷ La protección prevalente y especial de los menores de edad, ha sido reconocida, por ejemplo, por el artículo 3 de la Convención sobre los derechos del Niño de forma que su interés superior será “una consideración primordial” en todas las medidas concernientes a los menores. Del mismo modo, el artículo 24 Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos dispone que todo niño tiene derecho a medidas de protección que su condición de menor requiere tanto por parte de la familia, como de la sociedad y el Estado.

⁸ Ver, por ejemplo, Sentencias T-080 de 2018

⁹ CORTE CONSTITUCIONAL, sent. T-058 de 14 de febrero de 2019, M.P. Alejandro Linares Cantillo.

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.

usos y costumbres-los que deben ser, en principio, respetados-, de aquellos que no los conservan, y deben, por lo tanto, regirse en mayor grado por las leyes de la República, ya que repugna al orden constitucional y legal el que una persona pueda quedar relegada a los extramuros del derecho por efecto de una imprecisa o inexistente delimitación de la normatividad llamada a regular sus derechos y obligaciones.

7.2 Los derechos fundamentales constitucionales constituyen el mínimo obligatorio de convivencia para todos los particulares. Pese a que la sujeción a la Constitución y a la ley es un deber de todos los nacionales en general (CP arts. 4, 6 y 95), dentro de los que se incluyen los indígenas, no sobra subrayar que el sistema axiológico contenido en la Carta de derechos y deberes, particularmente los derechos fundamentales, constituyen un límite material al principio de diversidad étnica y cultural y a los códigos de valores propios de las diversas comunidades indígenas que habitan el territorio nacional, las que, dicho sea de paso, estuvieron representadas en la Asamblea Nacional Constituyente.

7.3 Las normas legales imperativas (de orden público) de la República priman sobre los usos y costumbres de las comunidades indígenas, siempre y cuando protejan directamente un valor constitucional superior al principio de diversidad étnica y cultural. La interpretación de la ley como límite al reconocimiento de los usos y costumbres no puede llegar hasta el extremo de hacer nugatorio el contenido de éstas por la simple existencia de la norma legal. El carácter normativo de la Constitución impone la necesidad de sopesar la importancia relativa de los valores protegidos por la norma constitucional-diversidad, pluralismo-y aquellos tutelados por las normas legales imperativas. Hay un ámbito intangible del pluralismo y de la diversidad étnica y cultural de los pueblos indígenas que no puede ser objeto de disposición por parte de la ley, pues se pondría en peligro su preservación y se socavaría su riqueza, la que justamente reside en el mantenimiento de la diferencia cultural. La jurisdicción especial (CP art. 246) y las funciones de autogobierno encomendadas a los consejos indígenas (CP art. 330) deben ejercerse, en consecuencia, según sus usos y costumbres, pero respetando las leyes imperativas sobre la materia que protejan valores constitucionales superiores.¹⁰

❖ **Gobernabilidad.**

Consiste en el ejercicio práctico de las normas a nivel social, dentro de las instituciones y con autoridades propias, que procuran por la armonía y el “*buen vivir o vivir bien*” entre las personas y grupos que habitan e interactúan como grupo étnico y con el territorio.

Para el desarrollo de la gobernabilidad, los pueblos indígenas tienen estructuras políticas propias desde su cosmovisión, Ley de origen, Derecho mayor o derecho propio y autonomía, y su aplicabilidad está dada a través de diversos mecanismos, entre los cuales están los usos y costumbres. Así mismo, existen otras estructuras apropiadas desde la dominación española como el resguardo, los cabildos como máxima autoridad y otras formas de gobiernos ganadas desde la adopción de la Constitución Política de 1991 y su reglamentación como las asociaciones de cabildos o autoridades propias, otras derivadas del Decreto 1953, a saber, las asociaciones de resguardos con capacidad político administrativa para ejecutar los sistemas como el Sistema General de Participaciones (SGP).

Por tanto, la gobernabilidad en la salud es el proceso de implementación de la medicina ancestral mediante mecanismos de participación, autoreconocimiento, valoración, ejercicio de la autoridad y la autonomía para la implementación de acciones de salud dentro de las comunidades. Son también los procesos de organización social colectiva para fortalecer, formular, gestionar e implementar las políticas propias de salud.

¹⁰ CORTE CONSTITUCIONAL, sent. T-254 de 30 de mayo de 1994, M.P. Eduardo Cifuentes Muñoz.

La lectura que se hace desde la visión gubernamental en interpretar y comprender la diversidad étnica, desde la pertenencia de garantizar el derecho de la salud a los pueblos indígenas, es un atributo que se relaciona de múltiples maneras con la situación de salud que viven los pueblos en sus territorios. Al respecto, en los pueblos indígenas existen variados conceptos, percepciones, usos, prácticas tradicionales relacionadas con la salud y la enfermedad. No obstante, las particularidades en razón de las cosmovisiones, cosmogonía y Ley de Origen específicas de cada grupo, de manera general se asocian a explicaciones de integralidad, en

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.

las cuales se destaca que la salud tiene que ver con los estados equilibrio y armonía con lo sagrado, espiritual, social, cultural y natural (tierra y cosmos).

Hay diferentes condiciones, situaciones de salud y necesidades, originadas en factores relacionados con la identidad cultural, principios de la cultura médica, condición geográfica con sus lugares de ubicación de las comunidades y condiciones generales de existencia. Reconocer esas diversas realidades de la salud indígena es fundamento para formular políticas públicas con enfoque diferencial e intercultural, que correspondan con dichas especificidades o especialidades, en las cuales deben incluirse e interactuar conocimientos y prácticas tanto de la medicina occidental como de la medicina tradicional del correspondiente pueblo indígena.

❖ **¿Qué es el Plan de Vida para los pueblos indígenas?**

Es el proceso de participación activa que tienen los pueblos indígenas para tomar sus propias decisiones sobre el planteamiento de lo que quieren lograr sus comunidades, mediante el ejercicio pleno de la aplicación de los principios ideológicos como es el territorio, la Ley Natural, la Ley de Origen, el Derecho Mayor, los usos y costumbres, la cosmovisión y la aplicación de la autonomía y autoridad territorial. Consiste en el ejercicio autónomo de planear sus acciones en defensa de su cultura, el territorio, la identidad cultural, proyectar sus visiones de salud, educación, cultura, política, producción o economía, el ambiente natural y, por ende, salvaguardar sus derechos como comunidades ancestrales.

Desde el punto de vista de planeación, los planes de vida son instrumentos técnicos y políticos que los pueblos indígenas construyen para orientar todas sus acciones de progreso, de desarrollo, de fortalecimiento, de resistencia y lucha porque es la dinámica total de las comunidades donde desarrollan la vida como seres humanos y la vida de la tierra y del espacio. Los pueblos indígenas han sido autónomos de dar su enfoque de acuerdo a su historia y contexto territorial en plantear la visión, orientar y definir sus propias estructuras. Se puede decir que es el instrumento de planeación institucional como pueblo, como resguardo, como cabildo incluso como vereda, parcialidad o comunidad que se coordina y articula con la planeación local, regional, nacional y mundial.

3.2 Conceptos y enfoques.

3.2.1 Referentes conceptuales.

3.2.1.1 Determinantes Sociales de la Salud.

Los Determinantes Sociales de la Salud se entienden como “aquellas situaciones o condiciones o circunstancias que hacen parte del bienestar, calidad de vida, desarrollo humano, que ejercen influencia sobre la salud de las personas y que, actuando e interactuando en diferentes niveles de organización, determinan el estado de salud de la población” (MSPS, 2013, pág. 74).

Para lograr un acercamiento a los factores que determinan el estado de salud de la población indígena es importante definir los “determinantes sociales propios e interculturales en salud” considerando que su enfoque está adscrito al territorio, la madre tierra y su estado, la sabiduría ancestral, la autonomía alimentaria, práctica de usos y costumbre, gobernabilidad, justicia propia, educación y cosmovisión del buen vivir.

En este sentido se espera que este nuevo enfoque reconozca la “diferencia” como punto de partida para la formulación de estrategias y acciones enmarcadas en las dimensiones del PDSP

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.

2012-2021, consolidando la implementación de planes, programa y políticas públicas en salud encaminadas a garantizar los derechos a salud de la población Indígena en Colombia.

3.2.1.2 Dimensiones.

El PDSP 2012 – 2021 establece como meta central, *“alcanzar la equidad y el desarrollo humano sostenible, afectando positivamente los Determinantes Sociales de la Salud y mitigando los impactos de la carga de la enfermedad sobre los años de vida saludables”* (MSPS, 2013); estrategias y acciones enmarcadas en ocho (8) dimensiones prioritarias y dos (2) dimensiones transversales. En este componente, los conceptos de la política se complementan desde las particularidades culturales, territoriales, sociales y la cosmovisión de los pueblos indígenas.

- ❖ **Salud, ambiente y territorio.** Busca la armonía de la naturaleza en su estado natural, un equilibrio físico y espiritual entre los ríos, los ríos, lagos, lagunas, nacimientos, sitios sagrados, jardines botánicos, sitios georreferenciales y cosmos-referenciales, que favorezca la soberanía y autonomía alimentaria y el buen vivir de los pueblos indígenas dentro de sus territorios.
- ❖ **Armonías y desarmonías relacionadas con las condiciones no transmisibles.** Acciones propias e interculturales que buscan favorecer “el buen vivir” de la población indígena, promoviendo los cuidados culturales en promoción de la salud y prevención de condiciones no transmisibles en las diferentes etapas del transcurso de la vida de las personas, familias y comunidades.
- ❖ **Armonía física, mental y espiritual.** Acciones propias e interculturales que promuevan la armonía mental y la convivencia y contribuyan al bienestar y el desarrollo humano y social en todas las etapas del ciclo de vida.
- ❖ **Autonomía y seguridad alimentaria y nutricional.** Definida como acciones propias e interculturales que buscan una alimentación acorde a los usos y costumbres y el fortalecimiento cultural de sus huertas, chagras conucos, jajañ, tull, garantizando una nutrición sana, con equidad y acorde a las etapas de vida de los pueblos y comunidades indígenas.
- ❖ **Tejido de la vida, familia y comunidad.** Definida como acciones propias e interculturales, enfocadas al fortalecimiento del vínculo familiar de los pueblos indígenas y a promover el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos en la población joven y adulta, adaptados desde un enfoque intercultural del ciclo reproductivo de los pueblos indígenas.
- ❖ **Vida saludable y enfermedades transmisibles.** Definida como acciones propias e interculturales que busca garantizar a la población indígena “el buen vivir” desde la promoción de estilos de vida saludable y el acceso a una atención integral ante situaciones, condiciones y eventos transmisibles de enfermedades.
- ❖ **Salud pública en emergencias y desastres.** Definida como acciones propias e interculturales sectoriales, transectoriales y comunitarias que propende por la protección de individuos y colectivos ante los riesgos de emergencias o desastres con impacto en la salud pública, procurando reducir los efectos negativos en la salud humana y ambiental.
- ❖ **Riesgos en salud en las ocupaciones.** Definida como el conjunto de intervenciones y acciones propias e interculturales que buscan “el buen vivir”, el bienestar y la protección de la salud individual, familiar y colectiva en sus dinámicas de trabajo, a través del fomento de

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.

modos, condiciones y estilos de vida saludables propios en las actividades productivas propias y/o en el ámbito laboral en todas las ocupaciones.

- ❖ **Gestión diferencial de poblaciones vulnerables.** Estrategias y acciones propias e interculturales, institucionales e intersectoriales, dirigidas a impactar determinantes sociales de la salud, asociados con inequidades injustas y evitables, que inciden negativamente en las condiciones de salud y vida de los pueblos y comunidades indígenas.
- ❖ **Fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud.** Conjunto de acciones que fortalecen las capacidades institucionales y comunitarias, para mantener y reconocer los saberes y prácticas tradicionales de los pueblos indígenas y de las posibilidades de complementar e integrar otras perspectivas convencionales de atención en salud, de tal forma que se logre diseñar respuestas efectivas a las necesidades y expectativas legítimas que en materia de salud demanda esta población.

3.2.2 Enfoques generales para la participación e inclusión de las poblaciones indígenas.

En cumplimiento de una de las metas del PDSP 2012 – 2021 y las normas jurídicas que reconocen los derechos colectivos, la diversidad étnica y cultural de los pueblos indígenas en Colombia en relación con la salud, son considerados los siguientes enfoques como referentes fundamentales para la formulación y desarrollo del Capítulo Indígena del presente Capítulo Indígena:

3.2.2.1 Enfoque de derechos y garantías.

Asume la salud como un derecho universal, inherente a la persona, de carácter irrevocable, inalienable e irrenunciable y promueve los principios, derechos y garantías constitucionales de reconocimiento y protección de la diversidad étnica y cultural, no discriminación, igualdad y dignidad de todas las culturas¹¹.

3.2.2.2 Enfoque diferencial.

En el marco de la definición dada en el PDSP 2012 – 2021, el enfoque diferencial indígena destaca las necesidades diferenciales de atención y protección en el entendimiento de las realidades particulares de esta población como su cosmovisión, sus usos y costumbres, origen, raza, e identidad cultural, para transformar las situaciones de inequidad, discriminación y vulneración de derechos de esta población mediante acciones afirmativas¹², de acuerdo con las prioridades definidas por los pueblos indígenas en los espacios de diálogo y concertación en coherencia con los instrumentos de planeación propia.

3.2.2.3 Enfoque participativo.

Este enfoque impulsa la participación de actores comunitarios y organizativos, así como de autoridades tradicionales o propias de los pueblos indígenas, en la identificación situacional, definición y ejecución de estrategias, acciones y procesos para el mejoramiento de las condiciones de salud y de vida, en el marco de la interculturalidad.

¹¹ Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Bogotá. 2013. Pág. 26.

¹² Orientaciones para el abordaje del enfoque de derechos y enfoque diferencial en el marco de las políticas públicas poblacionales. Bogotá. Pág. 28.

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.

3.2.2.4 Enfoque intercultural.

La interculturalidad articula las diferentes cosmovisiones, los saberes y las acciones tradicionales, occidentales y populares, de las culturas tanto indígenas como de la sociedad mayoritaria con el propósito de identificar situaciones, causas adversas y favorables, y definir alternativas y acciones afirmativas de solución en el marco de la concreción de derechos.

3.2.2.5 Enfoque de acciones afirmativas.

Impulsa la realización de acciones dirigidas a la superación de inequidades y desigualdades estructurales que han sido originadas en dinámicas de sometimiento, invisibilización, discriminación, marginamiento u otras prácticas asociadas al desconocimiento o vulneración de derechos.

3.2.2.6. Enfoque de curso de vida y propio.

Este enfoque identifica condiciones, riesgos, vulnerabilidades y oportunidades de las personas y sectores sociales, a lo largo de las etapas que constituyen el continuo de la vida, reconociendo que entre estas etapas se generan interacciones y repercusiones de una a otra durante la existencia. En este sentido, las intervenciones para mejorar las condiciones de salud en un momento específico de la vida inciden posteriormente como consecuencias favorables o desfavorables para la salud.

3.2.2.7. Enfoque de género.

La categoría de género permite evidenciar que los roles, identidades y valores que son atribuidos a hombres y mujeres e internalizados mediante los procesos de socialización son una construcción histórica y cultural, es decir que pueden variar de una sociedad a otra y de una época a otra” (MSPS, 2013, pág. 67).

3.2.2.8. Enfoque poblacional.

Consiste en identificar, comprender y tomar en consideración las relaciones entre la dinámica demográfica y los aspectos ambientales, sociales y económicos de competencia de los territorios, con el fin de responder a los problemas que de allí se derivan, orientándose a la formulación de objetivos y estrategias de desarrollo para el aprovechamiento de las ventajas del territorio y la superación de desequilibrios...” (MSPS, 2013, pág. 73).

Este enfoque aplicado en los pueblos indígenas, conlleva el abordaje poblacional en relación con el territorio, los factores ambientales, situaciones socioeconómicas y relaciones interétnicas, teniendo en cuenta las perspectivas culturales y diferenciales propias de cada grupo, así como las decisiones comunitarias.

3.2.2.9. Enfoque del buen vivir.

Según Fernando Huanacuni Mamani¹³, el buen vivir es vivir bien, logrando una vida digna, prospera, es saber vivir en armonía y equilibrio con la madre tierra, con el cosmos y en equilibrio con lo que nos rodea. La lección es primero saber vivir y luego convivir, se puede vivir bien si el otro vive bien. Por tanto, el buen vivir significa recuperar el sentido colectivo de la vida.

¹³ *Buen vivir/vivir bien*, Coordinadora Andina de Organizaciones Indígenas, Lima 2010, págs. 49 y 50.

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.

Dentro de los postulados indígenas del buen vivir o vivir bien se dan unos principios que son parte primordial del diario vivir de las personas, los cuales se convierten en reglas personales y colectivas de los pueblos. Huanacuni describe Saber comer, saber alimentarse, saber beber, saber danzar, saber dormir saber trabajar, saber meditar, saber pensar, saber amar, saber escuchar y saber hablar¹⁴.

4. Metodología.

A partir de la premisa de construcción colectiva con los pueblos indígenas, el proceso llevado a cabo se fundamentó en acuerdos, definiciones metodológicas, acción conjunta e identificación de situaciones y alternativas relacionadas, entre el Ministerio de Salud y Protección Social y los delegados indígenas de la Subcomisión de Salud de la MPC con los pueblos y organizaciones indígenas, en la cual existe representación de AICO, Autoridades Tradicionales Indígenas de Colombia Gobierno Mayor, CIT, OPIAC, ONIC, Organizaciones Indígenas del Chocó y Mesa de Diálogo y Concertación con el Pueblo Wayuu.

Las diferentes acciones o actividades sobre el proceso de construcción colectiva, se desarrollaron mediante la metodología propia de la minga de pensamientos, que es el carácter diferencial y propio de participación que tienen los pueblos indígenas. En estas mingas se comparten experiencias, saberes, ejemplo y consejos sobre las formas de vida de las comunidades en los territorios, y son un referente de diálogo de saberes que los ancestros han utilizado de generación en generación y esta se desarrolla en cualquier contexto cultural y territorial. Dentro del ejercicio del recorrido que determinó el producto, se realizaron diversas actividades. Las fases llevadas a cabo a lo largo del proceso fueron:

4.1. Fase de aprestamiento.

Con los representantes de la Subcomisión de Salud, en el año 2012, se acordó la realización de una prueba piloto en el departamento del Cauca para la recolección de insumos del capítulo indígena del PDSP, específicamente en el resguardo La María del municipio de Piendamó, la cual fue ejecutada por el Consejo Regional Indígena del Cauca (CRIC). Por su parte, el MSPS avanzó en un trabajo de revisión, sistematización y consolidación de información relacionada con la caracterización sociocultural y situacional de los pueblos indígenas, las condiciones socioeconómicas y de salud.

4.2. Fase de acuerdo de procesos.

Desde el año 2013 se participó en diferentes reuniones con la Subcomisión de Salud, en las cuales se fueron definiendo aspectos relacionados con la recolección de insumos, guías e instrumentos, requerimientos logísticos y de contratación con las organizaciones indígenas. En esta fase se acordó la realización de encuentros a llevarse a cabo en diferentes lugares del país, con la asistencia de representantes y agentes de salud comunitarios de las filiales de cada una de las organizaciones de la Subcomisión y encargadas de liderar estos eventos.

4.3. Fase de diálogo.

Se realizaron encuentros con la participación de autoridades y/o líderes y especialistas de las comunidades o filiales de las organizaciones, en los que además se dio un cubrimiento

¹⁴

En <http://www.cancilleria.gob.bo/webmre/node/1231> (22.01.2020)

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.

representativo de los pueblos indígenas existentes en el país. En la siguiente tabla, se da cuenta de los encuentros realizados según organizaciones integrantes de la Subcomisión de Salud.

Tabla 2. Relación de encuentros con representantes de organizaciones y comunidades indígenas.

ORGANIZACIÓN	FECHA	LUGAR
ONIC	Del 18 al 20 de septiembre de 2017	Macro Occidente Resguardo de San Lorenzo. Rio Sucio, Caldas
	Noviembre de 16 a 18 de 2018	Macro Oriente Territorio U’wa, Comunidad El Chúscal Cubará – Boyacá
	Noviembre 30, 1 y 2 de diciembre de 2018	Macro Norte Resguardo Issa Oristuna-Municipio Sabanas de San ángel en Magdalena
	Diciembre 5 a 7 de 2018	Macro Amazonía Comunidad de Nazareth Amazonas Pueblo Ticuna
	Noviembre 24 a 27 de 2018	Macro Orinoquía Resguardo San Juanito Orocué– Casanare
	Diciembre 2 a 4 de 2018	Encuentro Wayu Municipio de Albania
AICO	Del 27 al 29 de septiembre de 2017.	Resguardo indígena Refugio del Sol. El Encano, Nariño.
Autoridades Tradicionales Indígenas de Colombia Gobierno Mayor	Del 02 al 03 de noviembre de 2017.	Quibdó, Chocó
	Del 10 al 11 de noviembre de 2017.	Cumaribo, Vichada
	Del 28 al 30 de noviembre de 2017.	El Colegio, Cundinamarca
OPIAC	Del 22 al 24 de noviembre de 2017.	Bogotá, D.C.
CIT	Del 10 al 13 de diciembre de 2017.	Municipio de Dibulla, La Guajira. Comunidad de Dumingueka del pueblo indígena Kogui.
	Del 18 al 20 de diciembre de 2017.	Municipio de Valledupar, Cesar. Comunidad de Jimain.

Los encuentros regionales se realizaron a través de un “*Diálogo de Saberes*”, es decir, bajo el principio de intercambio de concepciones, ideas, experiencias y conocimientos y de construcción colectiva, teniendo en cuenta las particularidades culturales, los enfoques diferencial e intercultural y las consideraciones específicas hechas desde las diversas expresiones socioculturales de los representantes indígenas presentes.

Este diálogo de saberes se expresó en tres momentos durante el desarrollo de los encuentros: el primero enfocado a la exploración de situaciones, conocimientos y experiencias (identificar), el segundo orientado a la determinación de factores que inciden en sus realidades (comprender) y el tercero a la re-significación o definición de elementos para la transformación de dichas realidades (responder).

Los equipos conformados por las organizaciones indígenas integrantes de la Subcomisión de Salud, lideraron los encuentros y consolidaron los insumos obtenidos en matrices y documentos que se entregaron al MSPS para la formulación del texto del Capítulo Indígena.

4.4. Fase de formulación.

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.

Con base en la información bibliográfica, fuentes institucionales y con los insumos resultantes de la fase de diálogo, el MSPS realizó la definición técnica, estructuración y formulación del texto preliminar del Capítulo Indígena, lo cual implicó un proceso de conceptualización y triangulación de datos, a través de la cual se relacionó información de fuentes primarias y secundarias, necesidades normativas y percibidas, datos cuantitativos y cualitativos, perspectivas desde lo occidental y tradicional o propio de las realidades culturales indígenas.

Durante esta fase, los delegados indígenas de la Subcomisión de salud de la MPC designaron con el apoyo financiero del Ministerio de Salud y Protección Social, un equipo de profesionales para realizar los ajustes necesarios al Capítulo indígena del PDSP.

4.5. Fase de validación, adecuación y concertación.

Con las dependencias del MSPS y con otras instituciones involucradas, según competencias y responsabilidades, se procedió a validar lo planteado en el texto preliminar del capítulo. Esto se llevó a cabo a través de la socialización del documento y la recolección de observaciones y sugerencias al mismo. Con los aportes se hicieron los correspondientes ajustes para su respectiva protocolización. Para el logro de esta fase se dio a conocer el documento a través de la entrega del mismo y la realización de reuniones de trabajo para su presentación. Una vez estudiado por los representantes de los pueblos indígenas, se recogieron las observaciones y se llevaron a sesiones de trabajo conjuntas, para así, entre el MSPS y las organizaciones, acordar el texto final del presente Capítulo Indígena del PDSP 2012 – 2021.

4.6. Fase de reglamentación y socialización.

Dada la función rectora del MSPS, se procedió a la reglamentación a través del presente acto administrativo. El propósito de esta fase es impulsar la incorporación del componente diferencial indígena en los próximos planes territoriales de salud para que en estos instrumentos de planeación se determine el contexto situacional en salud de las poblaciones indígenas existentes en los departamentos, distritos y municipios y en consecuencia se definan estrategias de acción dirigidas a mejorar condiciones de vida y de salud y avanzar en la erradicación de inequidades injustas y evitables.

5. Diagnóstico.

Según el censo poblacional de 2005, la población indígena representaba el 3.35% (1.392.623) del total de habitantes del país. Estaba agrupada en un total de 87 grupos étnicos (2). Para 2017 y haciendo uso de la base única de afiliados – BDUA el país tenía un tamaño estimado de población indígena de 1.516.986 indígenas afiliados al sistema de salud.

En términos porcentuales, los departamentos que concentraban la mayor población indígena eran La Guajira, con el 19.98%, Cauca con el 17.85%, Nariño con el 11.14% y Córdoba con el 10.85%. Se constata, además, un predominio de asentamiento rural; sin embargo, también se observa un aumento de la migración hacia las cabeceras municipales desde el resto del municipio.

El crecimiento natural de la población indígena tiene una tendencia positiva según datos de estadísticas vitales del DANE para el periodo comprendido entre el 2008 y 2017.

5.1. Contexto social, cultural y económico.

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.

Dentro de las particularidades existentes en la gran diversidad social y cultural de los pueblos indígenas de Colombia, se destaca la riqueza lingüística que se manifiesta en la existencia de 65 lenguas indígenas o indoamericanas diferentes¹⁵, que son oficiales en sus territorios de acuerdo al artículo 10 constitucional¹⁶. Este fenómeno multilingüe se da en muchos de los departamentos del país, pero es bastante amplio en Amazonas, Guainía, Putumayo, Vichada y Vaupés.

Así mismo, debe resaltarse la gran variedad de sistemas de representación o cosmovisiones que reflejan multiplicidad de interpretaciones en relación con la génesis del universo, su forma y composición, así como de explicaciones del origen del hombre, de la naturaleza y de lo que en ella hay. Al respecto, se encuentra una gran diversidad de relatos sobre la existencia pasada y aún del devenir, incluso después de la muerte.

En estos pueblos hay múltiples formas de organización social, las cuales están definidas por relaciones que fijan la ubicación de las personas y los segmentos sociales dentro del conjunto del grupo. Dicha organización, incluye estructuras familiares, roles, obligaciones, prohibiciones y posibilidades con respecto al tipo de alianza que se puede establecer, lugar para la residencia y la forma de determinar la descendencia y la filiación.

De otra parte, la organización política o la autoridad administrativa y de gobierno en las comunidades puede presentarse de variadas formas, las cuales, generalmente son las tradicionales o los cabildos¹⁷. En el primer caso, estas son de carácter ancestral, como los Consejos de Ancianos, los Payés, los Curacas, los Taitas, los Mayores, los Mamos, etc. En cuanto al Cabildo, generalmente está regido por un Gobernador y tiene una estructura integrada por diversos cargos.

Los sistemas económicos de las comunidades indígenas existentes en el país tienen grandes diferencias, puesto que están determinados por un conjunto de variables originadas en las características del medio en que viven, en los conocimientos y las técnicas para el manejo de los recursos y para el procesamiento de los mismos o de los productos obtenidos, en las dinámicas de intercambio y reciprocidad interno o con otros grupos, como también en los procesos de comercialización y grado de inserción con la economía de mercado.

Se encuentra una multiplicidad de actividades productivas, la mayoría enmarcadas en procesos destinados a la autosubsistencia familiar y grupal. En este sentido, la producción se da a un nivel reducido y básicamente para el autoconsumo, soportada en la mano de obra familiar. Algunas de las labores que sobresalen en estos procesos productivos son: agricultura, caza, pesca, recolección, pastoreo de ganado y cría de especies menores.

¹⁵ Información tomada de <http://www.mincultura.gov.co/areas/poblaciones/APP-de-lenguas-nativas/Paginas/default.aspx>.

¹⁶ En desarrollo de esta disposición y de otras contenidas en la Carta Magna, en el año 2010 fue expedida la Ley 1381 mediante la cual se plantea el “...Reconocimiento, fomento, protección, uso, preservación y fortalecimiento de las lenguas de los grupos étnicos de Colombia y sobre sus derechos lingüísticos y los de sus hablantes”.

¹⁷ El artículo 2 del Decreto 2164 de 1995 señala que: “Las autoridades tradicionales son los miembros de una comunidad indígena que ejercen, dentro de la estructura propia de la respectiva cultura, un poder de organización, gobierno, gestión o control social...”, por su parte el Cabido “Es una entidad pública especial, cuyos integrantes son miembros de una comunidad indígena, elegidos y reconocidos por ésta, con una organización sociopolítica tradicional, cuya función es representar legalmente a la comunidad, ejercer la autoridad y realizar las actividades que les atribuyen las leyes, sus usos y costumbres y el reglamento interno de cada comunidad”. Es importante tener en cuenta que el Art. 330 de la Constitución asigna funciones a los Cabildos.

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.

Además, existen algunos procesos a menor escala, de explotación de recursos y/o producción y comercialización, vinculados a mercados locales y regionales. Adicionalmente, en muchos casos se ha venido dando la incorporación de personas al trabajo asalariado.

Sobre las condiciones socioeconómicas, uno de los grandes problemas que existe a nivel latinoamericano y colombiano es el de la falta de datos y series estadísticas que den un panorama sistemático y preciso de esta situación para las poblaciones indígenas, además, no se cuenta con la definición de referentes de medición adecuados a sus características socioculturales y de ubicación, pues los criterios con que se miden necesidades y/o pobreza en la mayoría de los casos no son apropiados¹⁸. No obstante, cuando se han aplicado los indicadores existentes, se encuentra que las condiciones de la población indígena son bastante críticas y muestran una gran inequidad que los pone en desventaja respecto a otras poblaciones o al promedio nacional.

Con base en indicadores y formas de abordaje que se tienen desde la institucionalidad y otros organismos no indígenas, para esta caracterización sobre la situación social y económica de las poblaciones indígenas, el PNUD señala que “De las poblaciones en situación de vulnerabilidad, tal vez los indígenas son los que padecen más pobreza y miseria”. Sobre esta situación, se planteaba para la época de publicación del documento referido, que “El 63% de la población indígena está sumergida en la pobreza estructural, en tanto esta afecta a cerca del 54% de los colombianos, y el 47.6% de los indígenas se sitúa por debajo de la línea de miseria, indicadores altos con respecto al resto de los habitantes del país” (PNUD, 2012, pág. 49 y 52).

En un estudio publicado por el DNP se señaló:

- ❖ “Los hogares indígenas presentan para el total, cabecera y resto, los indicadores más altos en pobreza y miseria por NBI – Necesidades Básicas Insatisfechas (usando los dos tipos de estimaciones de NBI), al igual que para LP (Línea de Pobreza) -LI (Línea de Indigencia) y el índice menor de condiciones de vida” (Pág. 61). Pues mientras los indígenas pobres por NBI eran el 47.4%, los no étnicos eran el 22.7% y el total era del 24%; los indígenas en miseria por NBI eran el 24.3%, los no étnicos eran el 8.9% y el total 9.7%; y los indígenas pobres por LP eran el 63.0% mientras que los no étnicos eran el 18.6% y el total era de 19.3%.
- ❖ El analfabetismo en los indígenas era del 14,9% mientras que en los no étnicos era de 8.1% y el total 8.9%.
- ❖ En los diferentes grupos de edad, “La cobertura educativa... indica que en la zona rural se presentan las menores coberturas para los indígenas”. (Urrea Giraldo & Viáfara López, 2007, págs. 60-65).

Aunque con serias deficiencias para dar un panorama real de la situación de los pueblos indígenas, estas cifras son indicativas de que en estos grupos hay grandes restricciones en cuanto a disponibilidad de recursos económicos y amplias limitaciones en el acceso a bienes y servicios básicos, lo que genera una situación de inequidad con respecto a otras poblaciones.

¹⁸ Al respecto de los criterios de medición de pobreza utilizado por la institucionalidad internacional y nacional, para el caso indígena, en el texto del PNUD “Pueblos indígenas y los ODM” se plantea de manera crítica que: “Concebir la pobreza desde la: falta de educación, falta de salud y pocas oportunidades de ingreso y consumo; es reducir a mínimos las posibilidades de acceder al desarrollo pleno de las personas y las sociedades...”, pues “Incorporar la perspectiva étnica supone tener en cuenta otras dimensiones planteadas por los pueblos indígenas” para lo cual y citando al Grupo de Trabajo de las Naciones Unidas sobre poblaciones indígenas de los años 1999 y 2000, se señala que “el desarrollo de los pueblos depende del acceso y control sobre sus recursos y de la puesta en marcha de sus derechos al desarrollo y la autodeterminación” (PNUD, 2013, pág. 24).

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.

Estas condiciones relacionadas con la pobreza, carencias e inequidades, afectan a la población indígena tanto a nivel rural como en las áreas urbanas. Si bien se carece de información detallada para estos últimos, en el caso de Bogotá se encuentra, para el año 2014, entre otros, los siguientes datos: 1) en cuanto a pobreza por NBI, el total es de 4.2% mientras que para la población indígena es de 10.0%; 2) la pobreza por LP, es para el total de 9.7% y para los indígenas es del 29.2%; 3) la pobreza por LI, es para el total de 2.2% y para los indígenas de 9.7%; 4) en cuanto hace al no comer una de las tres comidas por falta de ingresos, en los indígenas este promedio llegó al 12.4% mientras que para el total fue del 5.1% (Urrea Giraldo & Viáfara López, 2007, págs. 120-126).

Más allá de estas mediciones, dadas por los indicadores utilizados de manera oficial por la institucionalidad, hay otras consideraciones que provienen de los mismos sectores indígenas, en las cuales se plantea que ellos como pueblos han vivido una dinámica de empobrecimiento histórico.

Al respecto, se ha señalado que “Se entiende por empobrecimiento histórico la pérdida de condiciones materiales e inmateriales para llevar una vida acorde con el postulado del “vivir bien/buen vivir o bien estar comunitario” de los pueblos indígenas, según sus particularidades socioculturales” (Sánchez Jiménez, 2014, pág. 30) y que “el empobrecimiento de los pueblos indígenas como una situación que se produce por la negación de derechos y por las dificultades que enfrentan para exigir el conjunto de derechos que se derivan de su cultura” (PNUD, 2013, pág. 25).

En este sentido, se indica que su situación antes era mucho mejor y podían vivir de una manera más adecuada, más armónica a nivel social, cultural y con el entorno y con mayor disponibilidad de recursos; pero que en la actualidad sus condiciones de existencia están empeorando en muchos sentidos.

5.2. Perfil de morbilidad y mortalidad.

Entre el 2008 y 2017 se presentaron 129.643 muertes y se evidenció un comportamiento al aumento, la tendencia muestra un incremento de 187 muertes en el periodo.

En el 24.43% (31.675) de los nacimientos, la madre tenía edades entre los 15 a 19 años, precedido solamente por el grupo de edad entre los 20 a 24 años. El análisis por grupo de edades y sexo muestra una estructura joven, con un 39,5% de menores de 14 años y de un 55,2% de población de 15 a 64 años.

En cuanto a la distribución por sexo, la población indígena tiene una mayor proporción de hombres con respecto a la población general, contando con una relación hombre: mujer de 101.95, aproximadamente 5 hombres más por cada 100 mujeres.

Respecto a la estructura de la población indígena afiliada a 2017, se constata también la predominancia de población joven representando un 35.18% de la población.

Según datos del registro de estadísticas vitales entre 2008 y 2016 se registraron 27.217 defunciones de población indígena, de este valor el 45,54% (12.395) correspondía a mujeres y el 54,46 % (14.821) a hombres. Llama la atención el alto peso porcentual derivado de las defunciones de población entre 0 – 4 años el cual fue de 20,23% (5.507), seguido solamente por el grupo de edades de 80 a más años con el 21,73% (5.915), el cual es esperable.

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.

La primera causa de muerte según la lista 6/67 fue todas las demás causas con 27,11% (7380) de las muertes, que incluye entre otras: deficiencias nutricionales y anemias nutricionales (1274), enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores y diabetes mellitus (1.046).

La segunda causa hace parte del grupo de enfermedades del sistema circulatorio con 22,31% (6072) dentro del cual están las enfermedades sistémicas del corazón, cerebrovasculares e hipertensivas y en tercer lugar, con un 15,85 % (4314) estuvo el grupo de las causas externas, dentro del cual se destacan los homicidios 34,95% (1.508) muertes, accidentes de transporte terrestre 19.26% (831) y los suicidios 11,98% (517).

Al analizar la información según la Lista de causas de morbilidad atendida utilizada por el ASIS Nacional, se encontró que el 53% (3.528.769) de las atenciones se generaron por Enfermedades no transmisibles, con una razón de 7 atenciones por persona. El 24% (1.614.018) se atribuyó a condiciones transmisibles y nutricionales para una razón de 4,5 atenciones por persona; en tercer lugar, los signos y síntomas mal definidos generaron el 15%(993.030) de las atenciones y una razón de 3,6 atenciones por persona.

Según sexo, el 63%(4.078.540) de las atenciones se presentaron en mujeres, y el 37%(2.451.117) restante en hombres, la proporción de atenciones en mujeres más alta con relación a los hombres se presentó en Enfermedades no transmisibles, mientras que en Lesiones la proporción de atenciones en hombres fue mayor que en las mujeres.

De otra parte, el Registro de Localización y Caracterización de personas con discapacidad cuenta para septiembre de 2019 con un total de 162.284 personas pertenecientes a algún grupo étnico. De este total, 42.716, correspondiente al 26,3% refirió pertenecer a algún grupo indígena. La discapacidad que registra la población indígena en mayor medida corresponde a las alteraciones del movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas con un 47.3%, seguido de la discapacidad del sistema nervioso con el 38.6%. La discapacidad de los ojos ocupa el tercer lugar alcanzando un porcentaje de 34.9%.

Según el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), entre 2008 y 2017 se reportaron 161.892 casos de notificación obligatoria en población indígena, de estos los casos malaria vivax 39,31 % (63644) y malaria falciparum 14,57% (2359) ocuparon el primer y segundo según la cantidad de casos y en tercer lugar la varicela individual 9,38% (15181).

5.3. Contexto de las condiciones de vida y salud por dimensiones.

Un aspecto fundamental para dimensionar la realidad de los territorios y de la vida de los pueblos indígenas, debe partir de conocer y relacionar los fenómenos sociales, políticos, culturales, económicos y territoriales con las cosmovisiones ancestrales y los principios rectores del pensamiento indígena, como son el Derecho mayor, Ley de Origen, Ley Natural y los Usos y Costumbres, con el fin de conocer la interacción e interacción que tienen los pueblos indígenas de la cual, el ser humano, con la naturaleza, el cosmos y lo espiritual considerados como un todo o unidad.

En el contexto de proyección, pervivencia y a la vez de actuar en la interculturalidad, los pueblos indígenas, el derecho primordial de defensa e interacción cultural debe indicarse la relevancia del territorio y la tierra o Pacha Mama. A partir del territorio se genera un proceso de construcción colectiva para desarrollar la visión o filosofía del “buen vivir” o “vivir en armonía” (MSPS, CISAN, & FAO, 2015, pág. 19). Es por esto que los pueblos indígenas tienen una relación profunda con

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.

el territorio y tienen sus propias concepciones de lo que este constituye en relación con su pervivencia física y cultural.

Por tanto, el buen vivir de los pueblos indígenas se relaciona con la naturaleza, la cual constituye un espacio sagrado que da la vida y en la que se encuentran sitios sagrados que son fuente de conocimiento y referentes que orientan el manejo del territorio:

“Cada sitio sagrado tiene su jurisdicción y sus competencias y dentro de ese marco gobernamos y concertamos con otros. Las normas que se encuentran en cada sitio sagrado no se pueden cambiar porque son las que conservan el ambiente y todos los elementos que están allí” (Mestre, 2007, pág. 103).

Es importante resaltar que el carácter diferenciador primordial de sostenibilidad de los pueblos indígenas, siempre ha estado en la espiritualidad, para lo cual los sitios sagrados se caracterizan por estar conectados con otros elementos de la naturaleza como ríos, mares, lagos, quebradas, nevados, volcanes, bosques, etc., de tal manera que este conjunto conforma un solo cuerpo en el cual todo interactúa. El flujo de las relaciones es lo que le da sentido al sitio sagrado. Desde la cosmovisión indígena, es importante saber de estos sitios cómo y quiénes son los responsables de mantenerlos y protegerlos dado que si se desconocen o no se tienen en cuenta estos elementos, los sitios y los seres que los ocupan se enferman, se pueden presentar desastres naturales como sequías, inundaciones, derrumbes, enfermedades, etc.

De ahí que parte de la etiología de los problemas y afectaciones de salud se relacionan con la ruptura del equilibrio y la armonía con el territorio, porque se pierde la espiritualidad y sacralidad, trasgrediendo normas relacionadas con lo sagrado, lo espiritual y con la convivencia comunitaria y esto afecta el buen vivir de las comunidades indígenas.

Como parte de la cultura de los pueblos indígenas, asociada a acumulados de conocimientos y desarrollos prácticos para el cuidado y restauración de la salud, se encuentra la medicina tradicional. “La medicina tradicional indígena es la suma de conocimientos, tradiciones, prácticas y creencias de una cultura, utilizados para mantener la salud y prevenir, diagnosticar o tratar la enfermedad, a partir de un sistema que presenta roles y recursos terapéuticos propios” (Arias C & Rivera Palomino, 2012, pág. 472). Para que una medicina pueda considerarse tradicional, además de sus elementos teórico-prácticos, debe cumplir con el requisito de tener “*arraigo histórico, cultural y social, en el entramado de la tradición de un pueblo. Así, la medicina tradicional se define en concordancia con la tradición del pueblo que la utilice*” (Granados & et al, 2005, pág. 100).

Los elementos propios de los pueblos indígenas como son territorio, sabiduría ancestral equilibrio y armonía, Ley de origen, medicina tradicional, principalmente, tienen incidencia en el estado de bienestar y/o de afectación a sus condiciones de vida y de salud. Por tanto, esta visión de conjunto u holística, tiene implicaciones de carácter fundamental al explicar condiciones de existencia y entre ellas las asociadas con los procesos “*buen vivir o vivir bien*” y “*desequilibrio o desarmonía*”.

A continuación, se presenta una aproximación a las condiciones vida y salud de los pueblos indígenas a partir de cada una de las dimensiones del PDSP 2012 – 2021. Parte de lo expuesto incorpora planteamientos derivados de las memorias de los encuentros de diálogo de saberes y complementan y profundizan sobre los aspectos previamente señalados en el marco conceptual.

5.3.1. Dimensión: salud, ambiente y territorio.

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.

Los pueblos indígenas tienen una relación física y espiritual con la tierra y los territorios que habitan. Sus ancestros, su historia, sus conocimientos, prácticas y creencias se sustentan en ellos. Su arraigo a las tierras va más de la soberanía alimentaria¹⁹, su relación es de codependencia entre la madre naturaleza, el ambiente y la comunidad; por tanto, la responsabilidad de protegerlos y preservarlos recae en las actuales y futuras generaciones.

Además de la diversidad de fauna y flora que se encuentra en el territorio, también existen en él las raíces de los pueblos, la historia la recreación de su cosmovisión, su riqueza mítica muy ligada al agua, a las montañas, los ríos, el bosque, la selva, los desiertos, las lomas, nacimientos de agua y el valor cultural y social que tiene para los pueblos indígenas, que los muestra y distingue de los demás grupos sociales. De ahí la importancia del cuidado, respeto y conservación de las fuentes de vida, sitios sagrados y seres que habitan los territorios, donde están ubicados comunidades, parcialidades y resguardos indígenas.

“La mayoría de los pueblos indígenas tienen una relación especial con la tierra y los territorios que habitan. Son los lugares donde vivieron sus ancestros y donde se desarrolla su historia, conocimientos, prácticas de sustento y creencias. Para gran parte de los pueblos, el territorio tiene un significado sagrado o espiritual, que va mucho más allá del aspecto productivo y económico de la tierra”. (OIT, 2009, pág. 91).

La salud ambiental indígena está fundamentada ancestralmente en el cuidado, recuperación, preservación, buen uso y adecuado equilibrio en y con el territorio y sus recursos ambientales (E6). Un hecho que puede ser una ventaja para la conservación y protección de muchos recursos ambientales pero que también es fuente de conflictos, es el traslape entre parques nacionales o áreas protegidas con los resguardos indígenas, puesto que se generan limitaciones en el manejo por parte de las comunidades indígenas, entre otros asuntos. Sumado a lo anterior, “el deterioro de ambiental de los lugares sagrados donde se tiene los jardines naturales y donde se practica la medicina ancestral” (E3), es un hecho que impacta la salud de la población indígena. La falta de tierra colectiva para implementar huertas medicinales, impacta de igual forma la salud ambiental de las comunidades indígenas (E2).

Según se manifestó, la preservación del ambiente y su manejo en los territorios indígenas ha sido fuente de conflicto entre las instituciones del Estado y las autoridades indígenas, toda vez que se ha desconocido la autonomía y autoridad de los pueblos indígenas. Así mismo, las desarmonías presentes en los territorios, están asociadas a la pérdida del respeto por los sitios sagrados y a la imposición de costumbres de la cultura occidental (E2).

Por otra parte, el impacto ambiental, que ha generado la minería legal e ilegal y la explotación de hidrocarburos en zonas cercanas a los resguardos indígenas, ha incidido directamente en los recursos hídricos y afluentes que proveen los recursos necesarios para la subsistencia de los pueblos.

“ la minería nos está acabando con la tierra, está contaminando nuestras aguas ... el territorio está jodido porque se entró el tema de la minería, y el año pasado la misma institucionalidad no fueron capaces de brindar esa atención en salud, el tema de las enfermedades ya que no había ningún medicamento para el tratamiento, a raíz de la explotación minera nos está trayendo problemas con la contaminación de los peces, por el mercurio, el cianuro, ya nosotros como chocuanos no sabemos qué personas lo tienen en sangre” (E6).

¹⁹ Organizaciones de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura; Comida, territorio y memoria. Situación alimentaria de los pueblos indígenas colombianos. 2015. Pg. 76-77.

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.

Además, la presencia de cultivos ilícitos y el uso de herbicidas afectan la fertilidad de la tierra, incidiendo en la seguridad alimentaria de los pueblos y comunidades indígenas negativamente (E2). Sumado a lo anterior, la *"deforestación debida principalmente a la adecuación de terrenos que se destinan a ganadería extensiva y cultivos ilícitos, la contaminación y alteración de los ecosistemas por explotación minera y de hidrocarburos, así como el manejo inadecuado de insumos químicos como herbicidas que se emplean para la fumigación de cultivos"* (E1) generan desequilibrio del ambiente lo cual incide en los procesos de salud ambiental de los pueblos indígenas.

Al problema de contaminación de fuentes hídricas, se suma la insuficiente oferta de servicios públicos, como aseo, agua y alcantarillado (Cardona - Arias, Rivera Palomino, & Carmona Fonseca, 2014, pág. 472); (Bérmudez, Florez, Medina , & Salcedo, 2013, pág. 6). Debido a esta insuficiente o nula oferta de servicios de recolección de basuras o agua potable, las fuentes de agua disponibles son generadoras de la prevalencia de enfermedades de origen intestinal como la parasitosis (nematodos, protozoarios y helmintos) en población indígena (Benavides-Hernández & Coronel-Gaviria, 2014, pág. 30).

La limitación de servicios públicos y saneamiento básico es visible en comunidades indígenas e incluso en zonas cercanas a los cascos urbanos. *"La calidad de servicio de agua no es garantizada, dado que no se cuenta con agua potable, los acueductos de las comunidades indígenas en el 98% son acueductos propios... que no cuentan con plantas de tratamiento para generar agua potable"* (E3). *"El control de basuras en la mayoría de población no es el adecuado, lo que genera mayor contaminación ambiental y por ende proliferación de enfermedades"* (E3).

Otros aspectos señalados en el componente de ambiente natural, tienen que ver con el cambio climático que afecta los ciclos de producción y de planeación ambiental; la pérdida de flora y fauna en detrimento de la biodiversidad ambiental; carencia de políticas de preservación, conservación y restauración concertadas con las autoridades indígenas y falta de reglamentación para manejo autónomo del territorio (E3).

La población indígena que se ha asentado en ámbitos urbanos, en su mayoría se ubica en zonas marginales y aún de riesgo. Además, la migración hacia las ciudades ha significado el encuentro con nuevas dinámicas ambientales, en las cuales comparten con el resto de la población los problemas de contaminación ambiental, las restricciones respecto del disfrute de la diversidad natural, deficiencia en la calidad de la vivienda y hacinamiento, limitaciones de conexión a servicios públicos, control de basuras, etc.

5.3.2. Dimensión: armonías y desarmonías relacionadas con las condiciones no transmisibles.

El buen vivir de las comunidades indígenas inicia con la armonía individual, familiar y colectiva con el territorio; el desarrollo de modos propios de vida saludables (el cuidado de la salud y prácticas saludables) conforme a la tradición ancestral; el buen trato y el respeto por los demás.

El cuidado de la salud y las prácticas saludables indígenas (espiritualidad, danza, música, tejer artesanías, fiestas y juegos tradicionales, preparar alimentos y practicar la lengua propia) se fundamentan desde la sabiduría ancestral de las pueblos y comunidades indígenas²⁰, y se relacionan con la interacción armónica individual, familiar y colectiva fortaleciendo la identidad cultural en niños, niñas y adolescentes; jóvenes y mayores. No obstante, se reconoce que se

²⁰ Decreto 1953 de 2014. Arts. 78 y 81.

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.

"vienen perdiendo día tras día los escenarios propios de hacer recreación desde los juegos y fiestas tradicionales" y que la ausencia de "escenarios de integración de las comunidades donde se converja los saberes y las experiencias, la recreación y la espiritualidad"(E3).

Para el indígena, las enfermedades no transmisibles (desarmonías), se desencadenan a lo largo del curso de vida de la persona, por no seguir adecuadas pautas culturales de cuidado de la salud y la vida (E3), exponiéndose a los diferentes factores de riesgos de desarmonías.

Para la sabiduría ancestral estos padecimientos emergentes (desarmonías) se constituyen en retos nuevos de curación y de sanación:

"son nuevas en su saber ancestral y generan posibles errores de identificación, curación y sanación" (E1)

"Debemos conocer y concientizarnos que hay enfermedades que no conocemos porque son nuevas para los pueblos indígenas" (E1).

Igualmente, se establece que el cáncer en sus diversas modalidades afecta el bienestar de los integrantes en los territorios. En este punto, se retoma el hecho de que los factores externos inciden en la emergencia de estas enfermedades en las comunidades. Sobre lo anterior, se señala que el consumo de alimentos procesados y manufacturados, con alto contenido de grasas o carbohidratos impide una vida saludable.

"Existen malos hábitos alimenticios en nuestras comunidades, la alimentación está basada en el consumo excesivo de (carbohidratos) (arroz, papa, plátano)" (E3).

Por otra parte, ante la concepción de las enfermedades como fenómenos que trascienden el escenario físico, existe una preocupación latente frente a los estados espirituales de los integrantes de las comunidades asociada a las relaciones que se establecen con el territorio y con la intervención que se realiza de las mismas.

"Desde lo espiritual... todo tiene un fin, y la idea es trabajar en el tema espiritual" (E6).

Respecto a la situación de factores de riesgo cardiovascular en los pueblos indígenas de Colombia, la prevalencia puede superar el 30% de la población, como se evidenció en el estudio de Arias y Antonio en el departamento de Caldas. Los factores de riesgo fueron: *"bajo HDL (siglas en inglés de Lipoproteína de alta densidad), dislipidemia, índice cintura/cadera aumentado, índice aterogénico aumentado, obesidad abdominal, sobrepeso, HTA (siglas de Hipertensión Arterial) y antecedentes familiares de HTA, de dislipidemia y de Diabetes mellitus"* (Arias & Antonio, 2012, pág. 116). En los factores de riesgo intermedios, se halló una prevalencia de dislipidemia del 68.2%, HTA 33.8%, obesidad abdominal 35.1%, sobrepeso 35.1%, obesidad total 22.5%, Diabetes mellitus tipo II 8.6% e hiperglucemia 4.6% (Ídem).

En comunidades indígenas del departamento de Antioquia, la prevalencia de hipertensión arterial (HTA) alcanza el 18,1%; antecedente personal de diabetes mellitus 3,3%; glucemia mayor de 126 mg/dL corresponde a 0,7%; hábito de fumar en el 15% de la población; sobrepeso en el 40,2% de los indígenas valorados; obesidad 8,0%; hipercolesterolemia 21,4%; hipertrigliceridemia 33,3% y dislipidemia 56,2% (Cataño Bedoya, y otros, 2015, pág. 5). Aunque estos datos no son superiores a los presentados en las poblaciones no indígenas, existe una tendencia al sobrepeso en estas comunidades indígenas.

5.3.3. Dimensión: armonía física, mental y espiritual.

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.

La convivencia social y las dinámicas saludables están ligadas a la noción de tranquilidad y armonía colectiva e individual, con el entorno natural y espiritual, producto de un equilibrio en la espiritualidad que se obtiene, entre otras, mediante las prácticas curativas y rituales ancestrales.

La salud mental para los pueblos indígenas es un “término ofensivo” ya que, desde su interpretación, este concepto alude a impedimentos mentales. Se plantea que estas condiciones están ligadas a los conflictos que existen entre el ser y su entorno. Así, el término de salud mental, está asociado a la *“contaminación del pensamiento propio y ancestral que genera desequilibrios al interior de las comunidades” (E2).*

En su manejo, los consejeros y médicos tradicionales realizan acompañamientos permanentes para sanar las desarmonías existentes al interior de las familias. En este sentido, se establece que los problemas asociados a la convivencia están relacionados con el escenario colectivo, dentro del componente comunitario.

Bajo esta misma premisa, se reconoce que:

“el “buen vivir” es sinónimo de salud en términos occidentales, cuyo punto de partida se remonta a la Ley de Origen, en la cual los “Dioses” indígenas reconocidos ancestralmente y de generación en generación por cada pueblo, heredaron a cada uno un territorio con sus normas y reglas de convivencia, lo que les permitiría desarrollarse física, espiritual y culturalmente como pueblo; por consiguiente cuando se infringen dichos códigos, se altera el equilibrio hombre – naturaleza y es cuando aparecen las desarmonías, que en términos occidentales corresponde a las enfermedades” (E1).

Así mismo, se reconoce que las acciones de prevención, protección, sanación y curación se fundamentan en la Ley de Origen y son ejercidas por los médicos tradicionales o sabedores como Kumu, Payé, Botánico, Sacaquero, Payé de Mugre (Vehte Yairo), Bagaro, etc. En particular, los tres primeros, emplean la medicina botánica y abordan aspectos relacionados con la salud mental (E1).

En la actualidad, los pueblos indígenas viven diferentes situaciones y factores de riesgo que afectan la convivencia social a nivel endógeno y en relación con otros sectores de la sociedad nacional. Todo ello tiene consecuencias respecto del *“buen vivir”*, la integridad social y cultural de los grupos y de la posibilidad de construir mejores relaciones interétnicas e interculturales que contribuyan a una mayor armonía en medio de las diferencias.

Una situación amenazante en esta dimensión tiene que ver con la crisis generada por los procesos de aculturación, deculturación y afectaciones al arraigo y pertenencia cultural, los cuales están asociados a dinámicas inadecuadas de interacción con la sociedad occidental. Sobre estos se plantea que:

La “pérdida de sentido de pertenencia, el irrespeto a los usos y costumbres, la cultura, la madre tierra y en ocasiones a la autoridad propia, incide en la pérdida de pensamiento colectivo frente a la toma de decisiones” (E3); lo cual, sumado a la “invasión ideológica de la sociedad externa a través de varios medios como la tecnología, ha generado división familiar, abandono del territorio y la pérdida de los valores culturales, ocasionando un desequilibrio espiritual tanto individual como colectivo” (E3).

Adicionalmente, se advierte la existencia de un *“debilitamiento de las prácticas culturales por la intromisión de prácticas foráneas que son de la cultura dominante, incide en la desconexión con los puntos sagrados” (E4).*

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.

La pérdida de sus territorios o la degradación de las condiciones de estos es otro hecho que ha venido afectando de manera grave a los pueblos indígenas. Lo anterior ha estado asociado a dinámicas extractivas, ocupaciones indebidas de agentes externos, cultivos ilícitos y presencia de actores al margen de la ley. Instituciones como el PNUD concluyen que comunidades indígenas de los departamentos de Cauca y Chocó son las más afectadas por el conflicto armado:

“Las principales conflictividades actuales relacionadas con la tierra y el territorio son el conflicto armado y la violencia sociopolítica, los cultivos de uso ilícito, los conflictos urbanos, la minería y la crisis partidista y de gobernabilidad” (PNUD, 2014, pág. 9).

Dentro de los problemas que se identifican en el territorio relacionados con la convivencia y las dinámicas saludables se encuentran a nivel macro las consecuencias del conflicto armado, pues esta situación ha generado multiplicidad de desarmonías hasta interferencias en las dinámicas de vida y desarrollo sociocultural propio como en los procesos de atención para la comunidad.

Respecto a las desarmonías y a los impactos de la guerra de las comunidades se establecen la afectación en la dimensión espiritual y desplazamiento del territorio:

“... el conflicto armado nos ha dañado, porque mató demasiados espíritus, se están perdiendo los sabedores, y cada día se demuestra que hay desplazamiento de las comunidades hacia las ciudades” (E1).

Se ha señalado que además de los peligros que han afrontado en términos de conflicto armado, se están viviendo otros a causa de la explotación de recursos naturales en territorios indígenas: *“existen problemas territoriales como megaproyectos, locomotoras o crecimiento verde, los cuales desconocen formas propias de uso de los espacios y lugares de las comunidades indígenas”* (Martínez Silva, 2015, pág. 241). Esta situación de conflicto por la tierra y sobreexplotación de recursos naturales pone en riesgo a las comunidades indígenas hasta el punto de poder desaparecer (OPS, 2008). Los autores anteriormente señalados enfatizan en brindar especial atención a los jóvenes indígenas y las oportunidades que puedan tener en su territorio de origen.

Se considera que estas problemáticas se encuentran ligadas a la pérdida de identidad a causa del mundo globalizado que diluye las prácticas ancestrales de las comunidades. Además, el contacto con las ciudades en términos educativos, culturales y tecnológicos afianzan las condiciones para este tipo de escenarios.

Por otra parte, se identifican problemáticas sociales relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas, alcoholismo y dinámicas de micro tráfico *“... uno de los mayores problemas es que los jóvenes están consumiendo sustancias psicoactivas”*.

En términos de intervención, se reconoce que se *“requiere fortalecer la sabiduría ancestral para desarrollar las acciones de prevención, protección, sanación y curación, a partir de la Ley de Origen, y recuperar el conocimiento milenario que se ha perdido debido a pérdida de identidad influenciada por culturas no propias” (E2).*

En la intervención de estas problemáticas, se solicita el apoyo institucional respetando la cosmovisión y saberes ancestrales de las comunidades, dado que la medicina occidental no ha tenido en cuenta la medicina tradicional y sus agentes comunitarios:

“Cuando se mastica la coca es por salud, por medicina, pero cuando es de otra manera eso es malo, ya se vuelve un problema de salud, es buscar una alternativa de cómo sacar a esos jóvenes,

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.

a esos niños de ese problema en el que cayeron, porque ese problema ya es una enfermedad. Se busca el apoyo espiritual, el médico y mirar de qué forma nosotros apoyamos esas guarderías. Nosotros exigimos al estado, debemos exigir que las madres comunitarias, los operadores, agentes comunitarios sean de nuestras mismas comunidades para que siembren ese arraigo cultural” (E6).

Otra de las problemáticas referidas por las comunidades indígenas es el tema de la violencia intrafamiliar, abusos sexuales y violencia basada en género. En el primer caso, las comunidades manifiestan que no se evidencian medidas de atención desde escenarios educativos ni de salud, y respecto al segundo tema manifiestan que hay una preocupación constante por las represalias legales frente a los casos de abuso, razón por la cual muchos de ellos no son reportados, ni atendidos.

“... la violencia contra la mujer no se está haciendo nada, falta de apoyo de los médicos en la educación y falta de recursos y bases de datos unificadas por parte de las instituciones del Estado” (E6).

“En el último tiempo, se ha disparado el abuso sexual a menores de 8 años, principalmente en niñas, redundando en ocasiones en altas tasas de embarazos en niñas menores de 15 años. Ante esta situación el ICBF se lleva a los niños a hogares sustitutos separándole de su madre y su entorno familiar. Este panorama ha propiciado a que la mujer AWA se resista a ser atendida en los hospitales, por temor a que le quiten a su recién nacido; por lo tanto, señala que el SISPI debe prestar principal atención a este tema y a la normativa que reglamenta dicho actuar” (E6).

Otra de las situaciones identificadas tiene que ver con la falta de diagnóstico y tratamiento diferencial de los eventos en salud mental presentes en la población de las comunidades.

5.3.4. Dimensión: autonomía y seguridad alimentaria y nutricional.

En el Anexo étnico del Plan de Seguridad Alimentaria y Nutricional se señala que “Para los pueblos indígenas, (...) sus privaciones, vulnerabilidades y riesgos alimentarios son fundamentalmente el resultado de desequilibrios en el orden natural de sus territorios” y basándose en un estudio de la FAO-DPS se plantea la diversidad de causas relacionadas con las privaciones y vulnerabilidades en lo alimentario y nutricional. Al respecto, se destaca:

“Crecimiento demográfico con insuficiente respuesta de las capacidades productivas; deterioro ambiental, en particular de suelos y aguas, por usos inadecuados; intervenciones violentas en los territorios por actores armados y/o empresas extractivistas (en particular mineras y agroindustriales); cambios en los ciclos naturales por efecto del calentamiento global; insuficiencia y déficit de pertinencia de las políticas públicas de SAN que perciben muy centradas en asistencia nutricional; escaso interés de las organizaciones indígenas en el bienestar nutricional, en contraste con su interés en la disponibilidad y accesibilidad alimentaria” (MSPS, CISAN, & FAO, 2015, pág. 5).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia –ENSIN 2015, se observa que en lo que respecta a la pertenencia étnica, los niños y las niñas indígenas menores de 5 años, presentaron la mayor prevalencia de retraso en talla, frente a las demás etnias (29.6% frente a 10.8% nacional); igualmente se presentó mayor prevalencia de desnutrición aguda (**2.9% frente al 1.6% nacional) y desnutrición global (7.2% frente a 3,7% nacional), lo que confirma una clara condición de inequidad y de desigualdad en este grupo poblacional.

El estudio de Rochel y Vinasco revela unas cifras muy altas respecto a la mortalidad por desnutrición en menores indígenas de 5 años:

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.

“...en Colombia, el 32,7% de los casos de mortalidad por y asociada a desnutrición en menores de cinco años notificados al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) durante el año 2013, presentaban residencias en áreas rurales dispersas y el 33,2% tenía pertenencia étnica indígena. El 14,8% de menores fallecidos no estaban afiliados al sistema de salud y residían principalmente en los departamentos de La Guajira, Valle y Amazonas” (Rochel Ortega & Vinasco Palacio, 2015, pág. 8).

La población infantil debe ser el eje de todo tipo de acción en torno a la Dimensión de Seguridad Alimentaria y Nutricional, no sólo por las cifras presentadas anteriormente sobre desnutrición sino también porque padecen enfermedades intestinales por parásitos. Como lo refiere Cardona-Arias Et. al:

“La desnutrición, el parasitismo intestinal y la anemia son graves problemas de salud, estos comparten factores de riesgo y se manifiesta en forma conjunta, principalmente en grupos con condiciones de vida de alta vulnerabilidad como los niños indígenas” (Cardona - Arias, Rivera Palomino, & Carmona Fonseca, 2014, pág. 29).

Con base en la ENSIN 2015: “cuando el jefe de hogar se autorreconoció como indígena, se mostraron diferencias de 24,7 p.p. por encima de los hogares con jefe de hogar sin pertenencia étnica, presentando una brecha de 1,5 veces. Esto muestra mayor inequidad en el acceso a los alimentos en cantidad y calidad para la población indígena”.

Frente a la lactancia materna exclusiva, se evidencia en la ENSIN 2015 que la población indígena tiene una prevalencia mayor (49.4%) con respecto al nivel nacional (36.1%). En la población indígena, las razones para elegir un tipo de alimentación incluye las concepciones culturales de cada pueblo sobre qué se considera un bebé saludable y han fomentado la lactancia materna, sin embargo, como se manifiesta en los encuentros de saberes la cultura occidental ha permeado en su manera de criar y ha deteriorado esta práctica.

“La lactancia materna se le da porque es muy importante, es protectora. Ahora, hay muchos mitos, muchas trabas porque la amiga blanca o mestiza entra al territorio con nuevos conceptos. Al niño se le da lactancia, lo ideal es que sea hasta los tres años. Anteriormente se la daba hasta los siete años. También se utilizaba como una forma de planificar, pero también se reforzaba con plantas. No se utilizaban los anticonceptivos. Si a la madre le baja poca leche, se le hacen lavados con plantas” (E1).

Estas desventajas de la población indígena en cuanto a la seguridad alimentaria, según la FAO, obedecen a múltiples causas:

“La escasez territorial frente al crecimiento demográfico; la vocación agropecuaria de los territorios resguardados; las múltiples amenazas y acciones de expulsión o confinamiento por los grupos armados ilegales, narcotráfico y empresas; las intervenciones territoriales, el modelo extractivista; la priorización del uso de agua para consumo no humano y minería, la expansión del agronegocio, la contaminación de suelos, los cultivos ilícitos, son algunos de los numerosos factores que afectan directamente los sistemas alimentarios de los pueblos indígenas y generan serios impactos sobre el capital natural” (FAO, 2015, pág. 94).

Como lo refiere el informe de los Objetivos de Desarrollo del Milenio e Indígenas, “los datos indican que existen desventajas de la población indígena respecto del conjunto de la población nacional” (Programa Presidencial Indígena, 2013, pág. 28). Lo anterior y en

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.

el caso específico de la seguridad alimentaria y nutricional es indicativo de lo que los propios indígenas llaman “empobrecimiento histórico” con incidencia directa en la garantía de la existencia física y cultural.

❖ **Perspectiva desde los pueblos indígenas.**

En los encuentros de diálogo de saberes desarrollados por las organizaciones nacionales (AICO, Autoridades Tradicionales Indígenas de Colombia Gobierno Mayor, CIT, OPIAC y ONIC), los pueblos indígenas hicieron un análisis conceptual de los principales problemas que las comunidades indígenas vienen atravesando en materia de seguridad y soberanía alimentaria. Cabe aclarar que los pueblos indígenas desarrollan el concepto de autonomía alimentaria por el carácter de defender sus principios ideológicos o pensamiento propio al momento de desarrollar su proceso de alimentación que se deriva de sostener la Shagra, el Tul, Conuco o Tumbao, fuente de alimentación primaria, formación y sabiduría de los mayores.

Para los pueblos indígenas, el problema de la desnutrición de niños y niñas y las enfermedades relacionadas con la mala alimentación. Refieren las comunidades que han dejado de producir sus propios alimentos dados en la Shagra, Tul, Conuco o Tumbao, o sistemas propios productivos y, en contraste, se da mayor consumo de alimentos foráneos y procesados, que no son acordes a la dieta alimenticia de sus territorios. Sumado a esto, se aprecia que la mayoría de los alimentos son comprados y la mayoría de las personas de las comunidades indígenas no tienen los recursos para adquirirlos.

Por otra parte, el problema de la seguridad, soberanía y/o autonomía alimentaria de los pueblos indígenas, en su gran mayoría, obedece a un problema estructural sobre la tenencia y uso de la tierra para producir sus alimentos, bien sea porque algunos pueblos indígenas tienen escasez de tierra o porque se encuentran ubicados en reservas ambientales.

En la misma medida, resaltan las organizaciones que la pérdida de la alimentación propia obedece a factores externos del nivel económico que ha trastocado la visión de los pueblos, como en el caso del monocultivo con fines comerciales que ha debilitado la autonomía alimentaria, e incide en la creación de una mentalidad de extracción económica pero sin sostenibilidad alimentaria. En el mismo nivel se menciona que tal fenómeno llevó a que las comunidades se vuelvan consumistas y dependientes.

Los participantes de los encuentros del diálogo de saberes manifiestan que la problemática de autonomía alimentaria de los pueblos indígenas, también obedece al tipo de alimentos que se está consumiendo, dado que son alimentos producidos con agroquímicos y mal manejo de los mismos, lo que ha producido en las comunidades enfermedades desconocidas que afectan gravemente la salud.

De igual manera, se dice que hay *“muchas imposiciones a la madre naturalezas que alteran el orden de las funciones, en las cosechas, las semillas tradicionales que nunca hemos queridos cambiarlas porque son semillas que han dejado desde en un principios,”* (E4), por tanto la pérdida de semillas propias es una factor de la desnutrición.

❖ **La producción y el territorio.**

La relación de la armonía territorial es relevante para la seguridad alimentaria. Por tanto, la medicina ancestral es la esencia de la seguridad alimentaria para mantener alimentada la mente, el cuerpo y el espíritu, donde las plantas medicinales son factor principal para promover la

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.

autonomía alimentaria. Dentro de la misma problemática identificada sobre la autonomía alimentaria, manifiestan las comunidades que los alimentos cultivados en las chagras o huertas no alcanzan los requerimientos mínimos de autoconsumo, por lo cual se acude a otras estrategias o actividades occidentales para la consecución de los mismos, dejando de lado las prácticas ancestrales.

Al tema de la insuficiencia de recursos agrícolas (pequeñas parcelas, sistemas de producción precarios, uso de monocultivo) se le suma la problemática de los ingresos montearios, puesto que son limitados para el abastecimiento de los requerimientos mínimos y básicos de alimentación. Dado que la producción agrícola de muchos pueblos indígenas es insuficiente y no alcanza en su mayor parte a la comercialización o intercambio de productos, el poco dinero que se logra conseguir no les permite gozar de los requerimientos mínimos nutricionales diarios.

“(…) por cuanto los productos de los pequeños productores indígenas no son bien pagados, relegándolos una economía insuficiente para garantizar un buen nivel de calidad de vida de sus familias” (E3).

“Existen malos hábitos alimenticios en nuestras comunidades, la alimentación está basada en el consumo excesivo de (carbohidratos) (arroz, papa, plátano)” (E2).

Es así que, el cambio de los modos tradicionales de vida aumenta el riesgo de los pueblos a una variedad de enfermedades crónicas y adicciones relacionadas con los patrones alimentarios modernos, el acceso económico, la urbanización y el desgaste de las tierras (Alderete, 2004).

5.3.5. Dimensión: tejido de la vida, familia y comunidad.

Desde el origen de la vida y durante su desarrollo, la sabiduría ancestral, los recursos de la medicina tradicional y el entorno social, histórico, cultural y espiritual, interactúan para que se establezca una estrecha relación del ser humano con la madre tierra, la familia y la comunidad, a través de actividades de fomento, protección, sanación y curación, todo esto ligado a Ley de Origen, dado que todo cuanto existe en el universo tiene vida y todo da fruto en estrecha relación con el entorno. Para los pueblos indígenas, la reproducción está estrechamente ligada a la Ley de Origen, cuyo objetivo consiste en mantener la pervivencia del pueblo.

En esta dimensión existen problemáticas que se relacionan con determinantes socioeconómicos que influyen en las cifras de morbilidad materna en mujeres indígenas, además con aspectos asociados a barreras existentes en el sistema de salud, entre los que se encuentran las dificultades para acceder y el desencuentro entre el personal de salud occidental e institucional y las particularidades culturales de la población indígena. Como lo refiere la CEPAL:

“En el contexto de los pueblos indígenas, la fecundidad elevada debe entenderse como una expresión del buen vivir, un valor y recurso deseado que garantiza la continuidad biológica y cultural del grupo. Sin embargo, en condiciones de vida muy adversas y de limitado acceso a las instituciones de salud que se ocupan de este ámbito, puede representar un riesgo para la salud tanto de la madre como del niño, sea en expresiones inmediatas como la mortalidad materna e infantil, o en aspectos diferidos, como las carencias nutricionales de los menores de edad en hogares numerosos” (CEPAL, 2012, pág. 120).

Así mismo, las mujeres indígenas sufren las consecuencias de las inequidades en salud y a nivel social en general. Son alarmantes las cifras de mortalidad materna referidas en estudios para los departamentos de Cauca y La Guajira (113 x 100.000 y 135 x 100.000 nacidos vivos respectivamente) (INS, 2015). Las condiciones que están asociadas a las altas cifras de

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.

mortalidad materna en indígenas se relacionan con la escasa cobertura de los servicios de atención prenatal, difícil acceso a la red de prestación de servicios de salud, falta de aplicación de guías y protocolos de atención médica, deficiencia en el sistema de referencia y contra referencia y las barreras de acceso geográfico (Arregocés & Molina, 2015, pág. 240).

En el área “maternidad segura”, es preciso anotar que en muchos casos las mujeres indígenas han manifestado las dificultades por las cuales no asisten con regularidad a los servicios de salud, por ejemplo:

“... quebrantar la privacidad al exponer su cuerpo, desconocimiento del personal de salud sobre los cuidados culturales, idioma, falta de calidez en el trato brindado durante la atención, largas distancias, cuidados de la dieta y desconfianza” (INS, 2015, pág. 11).

La falta de confianza que produce el personal de salud en las poblaciones indígenas, es otro inconveniente que afecta en este aspecto. Estudios como el de Betancourt Et al., no solo hacen referencia a la desconfianza; también refieren que la atención prestada en centros hospitalarios puede llegar a ser una “amenaza contra la salud por parte de las comunidades” (Betancourt Rodríguez, Pinilla, & Yaneth, 2011, pág. 81). Sumado a esto, se encuentra la poca importancia que se les presta a las creencias culturales de las comunidades indígenas frente al tema de salud. La fecundidad, los roles de hombres y mujeres, la construcción y desarrollo de la sexualidad está en relación directa con la dinámica cultural del grupo étnico. Para la mayoría de los pueblos indígenas esta dimensión involucra la dualidad, de allí la importancia del trabajo en pareja para que la semilla tenga un buen desarrollo durante su vida. La educación está a cargo de la familia, la comunidad, los sabedores y las parteras, desde que el niño o la niña nace, forjándose como pilares indispensables en la construcción de la sexualidad.

En varios pueblos indígenas y como resalta Urrea y Posso, en un estudio realizado con el pueblo Misak: “la construcción de la feminidad lo constituye el reino del tejido (...), la importancia de ellas en el tejido es que van tejiendo la vida de la sociedad guambiana y acompañando su reproducción” (Urrea & Posso, 2015, pág. 65).

En el mismo estudio, se menciona las transformaciones sociales que ha traído la educación a miembros de comunidades indígenas, evidenciando un cambio en comportamientos de hombres y mujeres de menos de 30 a 40 años, mayor uso de anticonceptivos, prácticas de maternidad segura, entre otras (Urrea & Posso, 2015, pág. 66).

La migración y la educación han supuesto cambios a las maneras de vivir dentro de las comunidades y han abierto canales de comunicación que propenden por mejorar las condiciones de salud propiciando espacios de encuentro entre la institucionalidad y las comunidades indígenas.

“Crear una política de prevención a todo nivel, contando con la sabiduría de un médico ancestral y educando a las nuevas generaciones en nuestra comunidad” (E1).

Desde la perspectiva de las comunidades indígenas, el eje temático de la sexualidad, derechos sexuales y reproductivos debe enfocarse inicialmente en la figura de las mujeres al interior de las comunidades y su papel en la preservación cultural y de la progenie en distintos escenarios. La salud y los derechos de la mujer indígena está asociada a la relación de complementariedad entre la pareja para el cuidado y manutención de los hijos que se han traído al mundo. Al respecto, señalan que, de acuerdo con el grado de unidad que exista entre los padres, la formación como persona de los hijos e hijas, redundará en la entrega al mundo de seres humanos de bien.

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.

En este aspecto, se destaca a las mujeres como personas fundamentales, en tanto históricamente son las que han velado por el cuidado del enfermo. Por tanto, se menciona que su trabajo debe visibilizarse, haciendo énfasis en la actividad de las parteras, sabedoras, enfermeras y mayores. La mesa de parteras menciona que existen conflictos en temas relacionados con los cuidados y dieta alimentaria durante los periodos de gestación. Las recomendaciones hechas por la mesa de parteras no solo se enfocan en el periodo de gestación. También refieren la importancia de las acciones correctas con posterioridad al parto y durante el periodo de lactancia.

Otras problemáticas visibilizadas por los pueblos indígenas están ligadas a situaciones como violencia sexual, embarazos a temprana edad y embarazos no deseados. Sin embargo, las medidas de atención de las instituciones de salud no se encuentran alineadas con la cosmovisión de las comunidades.

“La violencia sexual es un fenómeno de deshumanización que se ha presentado en los territorios, donde se ha roto el equilibrio y las energías fluyen de manera negativa, y los casos de violencia sexual en muchos casos pasan por desapercibidos y que para romper el silencio es un reto difícil y en otros casos se guarda estos actos que hacen que el sufrimiento de las víctimas” (E3).

Otro aspecto para tener en cuenta es que, en el desarrollo de hombres y mujeres indígenas, existen momentos significativos importantes de ritualidad para el tránsito de niña a mujer y de niño a hombre y alcanzan la mayoría de edad cuando están preparados culturalmente y no necesariamente es la edad de 18 años como es vista desde el punto de vista occidental.

5.3.6. Dimensión vida saludable y enfermedades transmisibles.

Existen situaciones que pueden generar la prevalencia de enfermedades transmisibles en la población indígena. Algunos factores ambientales asociados a las condiciones de vida y los entornos en los cuales viven de los pueblos indígenas, sumado a las limitaciones en la disponibilidad de recursos técnicos y humanos para permitir un adecuado y oportuno diagnóstico en algunas zonas del país, se han identificado como determinantes de este tipo de enfermedades en las comunidades.

En efecto, la dispersión y ubicación de las comunidades indígenas, se convierte en una barrera de acceso geográfica para poder acudir oportunamente a los centros de atención (Universidad Nacional de Colombia, 2016, pág. 148).

Se suman las condiciones precarias de las viviendas y la insuficiente infraestructura sanitaria como acueducto y alcantarillado. Las cifras así lo refuerzan: 84,7%, tienen contacto con animales domésticos (perros, gatos, bovinos, asnos y equinos); 65,3%, presencia de roedores en sus viviendas; 21,1%, agua estancada o alcantarillas cerca de la vivienda; 11% ha presenciado inundación en la zona en los últimos 30 días y 10,5% contacto con aguas estancadas (Barrera, y otros, 2015, pág. 78).

Según los testimonios de las comunidades indígenas se ven afectadas por la presencia de las llamadas enfermedades propias del trópico como son la malaria, la leishmaniasis en todas sus presentaciones, el dengue, chicunguña y todas las variables que han aparecido asociadas al vector común (*Aedes aegypti*); Leptospirosis de común presencia, la fiebre amarilla como enfermedad de las zonas selváticas o boscosas propias de los territorios indígenas en la Orinoquia o en la Amazonia

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.

Asuntos relacionados con la capacidad resolutive de los centros de atención en zonas de alta dispersión, limitaciones para generar una atención acorde a las necesidades de las comunidades indígenas basadas en el conocimiento y respeto por sus creencias, costumbres, lengua y los valores culturales de cada etnia, pueden estar asociadas con las dificultades para garantizar la atención de calidad (Suaza & Vásquez, 2014, pág. 379), (OPS, 2009, pág. 34), (U. de Antioquia, 2011, pág. 61), (Cardona-Arias, 2012, pág. 630). Pero también los pueblos indígenas consideran que existen enfermedades propias que son transmisibles y que son tratadas desde la medicina tradicional, sin embargo, aún existen retos para lograr que los sistemas de salud en articulación con los representantes de los pueblos indígenas acuerden y desarrollen los mecanismos de atención intercultural requeridos para tratar enfermedades como el mal ojo, el maleficio o enfermedades espirituales, entre otras

5.3.7. Dimensión Salud Pública en emergencias y desastres.

Desde la percepción de pueblos indígenas de diferentes lugares, los desastres naturales se conciben como una responsabilidad humana.

“Los indígenas ciertamente han escuchado, en las noticias y a través de visitantes, sobre el cambio global del clima, pero principalmente se refieren a ellos mismos como causa de los cambios que afectan su subsistencia y bienestar” (Echeverri, 2009, pág. 25).

“El mal uso de madre tierra dentro de los territorios indígenas ha generado acciones de desastres naturales que son causados por el hombre y por fenómenos naturales” (E3).

En la medida en que los ambientes naturales se encuentran en buen estado de conservación, el mismo entorno protegerá de los fenómenos naturales como inundaciones, deslizamientos de tierras y avalanchas. No obstante, *“Cada vez hay menos bosques que protejan el suelo contra la erosión y los deslizamientos de tierra y las avalanchas”* (Londoño, 2013, pág. 9).

Es preciso mencionar, que el impacto ambiental en estos entornos ecológicos se ha podido evidenciar de manera constante en la región de la Amazonía Colombia, donde reside un total de 105.427 indígenas en los departamentos de Amazonas, Caquetá, Putumayo, Guaviare, Guainía y Vaupés. Como lo refiere el Instituto Amazónico de Investigaciones Científicas - SINCHI:

“Los análisis de la deforestación histórica de la Amazonia indican que en el periodo de 1990 al 2013 han sido deforestadas más de 2,7 millones de hectáreas, cuya superficie equivale a la totalidad del departamento de Bolívar o del Putumayo y al 5% de la Amazonia colombiana” (SINCHI, 2016, pág. 17).

Las poblaciones indígenas de la región Amazónica están padeciendo las consecuencias de la deforestación de los bosques, puesto que el efecto ocasionado por estas prácticas se manifiesta en el desbordamiento de los ríos y por ende, en la inundación de asentamientos indígenas y las fuentes de alimento como las chagras, poniendo en riesgo su seguridad alimentaria:

“El impacto de las inundaciones ha sido más fuerte en zonas rurales, en pueblos aislados habitados por comunidades indígenas y afrocolombianas y en los barrios más pobres de cascos urbanos poblados por población desplazada” (Cerón Souza, 2010, pág. 1).

También se reconocen como problemas por condiciones naturales las siguientes situaciones (E1):

- ❖ *Desaparición o muerte por desbordamiento de ríos y quebradas debido a inundaciones o fuertes lluvias.*

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.

- ❖ Muertes o lesiones asociadas a tormentas eléctricas y rayos.
- ❖ Muertes o lesiones ocasionadas por caídas de grandes cantidades de árboles debido a tormentas y rayos.
- ❖ Muertes o lesiones por ataque de animales: tigre, caimán, guio.

Respecto a la gestión integral de riesgo en emergencias y desastres, las comunidades indígenas refieren que no cuentan con procesos de desarrollo y planificación que les permitan tener una capacidad de respuesta adecuada.

Así mismo, se manifiesta que no han podido participar de procesos de capacitación, asistencia técnica y asesoría para atender los eventos catastróficos:

“Donde existen las guardias indígenas, las comunidades indígenas falta poder hacer procesos de formación para atender este tipo de casos, como también de fortalecerlas con sus respectivas herramientas. No existe una atención integral por parte de las instituciones, dado que no cuentan con instrumentos de planificación que sean construidos con las comunidades, por ende no hay una relación interinstitucional con las comunidades indígenas. En la mayoría de casos se actúa por sucesos dados, y no por prevención y mitigación” (E3).

En este contexto se visibiliza un desconocimiento de las rutas de atención y de los agentes operantes en los territorios frente a situaciones de emergencias y desastres.

5.3.8. Riesgos en salud en las ocupaciones.

Desde la perspectiva indígena y su cosmovisión se debe tener en cuenta que al interior de los pueblos indígenas se ejercen muchas labores que no necesariamente están asociados a la vinculación con una entidad (E6). No obstante, se manifiestan problemáticas que se relacionan con ingresos monetarios mensuales por debajo del salario mínimo, desigualdad en las condiciones laborales frente a la población no indígena, y ausencia en la afiliación al Sistema de Riesgos Laborales y Sistema de Pensiones.

Respecto de los ingresos monetarios insuficientes, hay que tener en cuenta que la población indígena que habita en los resguardos desarrolla actividades productivas insertas en sus propias economías de autosubsistencia, lo que hace que sea un trabajo de índole familiar y/o comunitario ligado al consumo directo y no mediado por algún tipo de prestaciones económicas; aunque hay venta de algunos excedentes y personas que trabajan en lugares cercanos a las comunidades.

“El nivel salarial de las comunidades indígenas en lo rural no cubre un ingreso digno para las personas que trabajan, porque es un salario que no está acorde al esfuerzo laboral” (E3).

El segundo aspecto, relacionado con los bajos ingresos, tiene que ver con las condiciones de desigualdad a nivel laboral frente a la población no indígena, en lo cual influyen factores como: analfabetismo, diferencias culturales y de comunicación. Estas situaciones dificultan el acceso a oportunidades económicas (Puello, Amador, & Luna, 2016). Se refiere que la mediana de los ingresos monetarios familiares mensuales en poblaciones indígenas del departamento de Caldas fue equivalente a US\$ 133 (48% del salario mínimo mensual) (Cardona - Arias, Rivera Palomino, & Carmona Fonseca, 2014).

Es evidente que, ante diferentes barreras, las únicas oportunidades que logran obtener pobladores indígenas están en el sector informal. A pesar de no ser una buena opción para estas poblaciones, es la única a la cual pueden acceder lo que los deja por fuera de todo régimen pensional y afiliación a riesgos laborales. Sumado a lo anterior, las posibilidades de tener ingresos

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.

en una etapa posterior (pensión en la vejez) se vuelven inalcanzables, aumentando la brecha de la desigualdad social frente a la población no indígena.

Por otra parte, las mismas organizaciones, expresan la importancia de que las personas que desempeñan una actividad comunitaria y que gozan de reconocimiento social como los sabedores y las parteras, puedan tener una remuneración económica como contraprestación a la relevancia de estas acciones:

“...este es un trabajo que se hace de buena voluntad, en ocasiones nos aportan en dinero, también se usa el trueque, lo realizamos porque estamos pensando en la vida, actualmente trabajamos gratis, pero a veces recibimos lo que ellos nos quieren dar, entre nosotros los indígenas no se cobra pero hay blancos que nos dicen que los atendamos como sobar a las embarazadas y ellos nos recompensan con algo de dinero, pero nosotras las parteras no poseemos las condiciones para cobrar por nuestros servicios, a veces la buena voluntad recibimos mañoco, plátano y cosas de nuestra región” (E1).

Respecto a la ausencia en la afiliación a ARL y pensión, exponen con preocupación la situación por la que atraviesan las poblaciones de personas mayores en sus resguardos indígenas, dado que no lograron acceder a un régimen pensional que les permitirá tener unos ingresos mínimos básicos en el momento de llegar a la vejez.

“A partir de esta caracterización se establece que existen problemáticas asociadas a las condiciones de las personas mayores dentro de la comunidad. Muchos de ellos se encuentran en situación de abandono y miseria. No existen garantías que reconozcan los derechos en Salud Laboral, Pensional, Caja Compensacional”.

Finalmente, en cuanto a las problemáticas relacionadas con la salud ocupacional y riesgo laboral en actividades informales, las organizaciones indígenas expresan la necesidad de capacitación y suministro de herramientas que permitan el reconocimiento, remuneración y/o estímulos necesarios para ejercer con eficacia y oportunidad la labor de acuerdo con la cosmovisión de cada comunidad (E6).

Por otra parte, todas las actividades que realizan los pueblos indígenas para su autosubsistencia y/o formas de ingreso monetario, tienen un riesgo implícito que puede perjudicar su estado de salud y la forma de generar ingresos diariamente. Los riesgos asociados a las actividades son:

- ❖ **Pesca.** Lesiones, fracturas, cortaduras, quemaduras, envenenamientos y muertes ocasionadas en la elaboración y uso de los elementos artesanales de pesca (arco y flecha, matapí, cacurí, barbasco no controlado y otros).
- ❖ **Caza.** Lesiones, fracturas, cortaduras, quemaduras, envenenamientos y muertes ocasionadas en la elaboración y uso de los elementos artesanales de casería (arco y flechas, matapí, chontas, curares y otros).
- ❖ **Recolección.** Lesiones, fracturas, cortaduras y muertes ocasionadas en la adquisición de la materia prima para la elaboración de los elementos de recolección de los frutos silvestres y cultivos propios. Muerte o lesión por procedimiento incorrecto en la adquisición de cultivos propios. Muerte o lesión por procedimiento incorrecto en la adquisición de frutos silvestres: subir ceje, (acai) manaca, entre otras.
- ❖ **Agricultura.** Muerte, fracturas, lesiones, envenenamientos por mordedura de culebra o enfermedades, ocasionadas en la elaboración de la primera fase de la Chagra: socola y

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.

tumba. Lesiones, cortaduras, quemaduras o envenenamientos por mordedura de culebra, derivadas del mantenimiento de los cultivos propios. Intoxicación por plaguicidas y herbicidas.

❖ **Otras actividades.** *Lesiones, cortaduras, quemaduras, intoxicación u envenenamiento y enfermedades ocasionadas en la elaboración de los productos derivados de la yuca brava (fariña o mañoco, casabe, entre otros) y otros tubérculos (batatas, entre otros)”. (E1).*

Los mineros artesanales, los pescadores, los cazadores fomentan la recolección de recursos dentro de los territorios; las cuidadoras y guiadoras de la familia, son las llamadas “ingenieras del hogar” y aunque socialmente no es muy reconocida su labor, es claro que a través de sus actividades garantizan el equilibrio y la armonía del hogar. Las personas que trabajan las artes y oficios tradicionales están encargadas de la arquitectura tradicional. Los cuidadores de la naturaleza y los guardias indígenas están encargados de mantener el orden y la armonía del buen vivir, así como los guías, agentes sociales y comunitarios representantes de los pueblos indígenas, que luchan ante un Estado o gobierno para defender en todos los ámbitos a los indígenas (E1).

Se requiere entrar a dimensionar el estado de las condiciones de salud laboral en ciertas comunidades indígenas muy arraigadas en el consumo por ejemplo de la yuca amarga (para elaborar el casabe o el mañoco en comunidades del oriente colombiano), esta actividad que es exclusiva en las mujeres de esa zona y su manera particular de elaborar estos productos, afectan las condiciones de salud de las mujeres, pudiera entonces pensarse en que sus afectaciones son producto de una actividad laboral no controlada de manera conveniente.

5.3.9. Dimensión gestión diferencial de poblaciones vulnerables.

Dentro del contexto colombiano, al hacer la caracterización situacional y definiciones de política o líneas programáticas o de acción para la población indígena, se requiere de un abordaje diferencial. Esto en razón a sus condiciones particulares de vulnerabilidad y a otra serie de factores que los hace disimiles del grueso de la sociedad nacional, tales como la diversidad étnica y cultural, los derechos específicos, su variada ubicación territorial y las inequidades que viven en asuntos sociales y económicos.

De igual manera, al profundizar en la diversidad de subgrupos existentes dentro de la población indígena, en los cuales a su vez hay particularidades e incluso otras vulnerabilidades internas, hay que realizar nuevas miradas diferenciales. De esta manera y para lo correspondiente al derecho a la salud en el contexto del PDSP, se puede determinar qué tipo de acciones específicas requieren estos subgrupos, con el fin de generar respuestas acordes con sus derechos, realidades y necesidades que inciden en sus condiciones de salud y de vida.

A continuación, se presenta información respecto de situaciones que afectan a sectores poblacionales específicos dentro de la población indígena. Es necesario señalar que uno de los problemas que se tienen para este abordaje es la consecución de información, pues es escasa, dispersa y sin continuidad.

❖ **Niños, niñas y adolescentes.**

Los niños, niñas y adolescentes constituyen un porcentaje importante de la población indígena en Colombia. Según datos derivados del censo 2005, entre 0 y 14 años se encuentra el 39,5%, lo que de hecho significa que la acción pública para estos grupos, entre otros en lo que se asocia con la salud y sus determinantes, se convierte en fundamental. Diversos informes reportan

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.

afectaciones a derechos de la niñez indígena, entre ellos en temas fundamentales como la educación, la nutrición y la salud.

En educación, los datos existentes señalan que hay una situación de inequidad en cuanto al acceso y logros en el sistema educativo, en donde la población indígena presenta desventajas. Según el PNUD, basados en el censo 2005 y teniendo como fuente a la CEPAL, los porcentajes de niños y niñas de 6 a 11 años que asisten a establecimientos educativos es de 73% para la población indígena y de 92% para la población no indígena. De 6 a 11 años (en un agregado de 13 departamentos) es de 56,6% en indígenas y de 74,2% para no indígenas, y en jóvenes de 12 a 17 años es de 47,9% para indígenas y de 62,3% para no indígenas. En cuanto al grupo de jóvenes, de 15 a 19 años, que terminó la primaria, se reporta que es del 64,3% en población indígena mientras que es de 90,8 en no indígenas (PNUD, 2013, págs. 90-95).

La CEPAL y UNICEF, con base en micro datos censales, señalan que en relación con el derecho a la educación, para menores de 18 años indígenas, hay una privación severa para el 17,1%, privación moderada de 11,3% y privación total de 28,4%, mientras que para el resto de población esta última es de 10,7%. (CEPAL-UNICEF, 2012, pág. 35).

Otra mención respecto de la educación tiene que ver con la pertinencia cultural. En este sentido, se destaca en el texto sobre ODM e indígenas que en el periodo 2006-2009 “*menos de la mitad de la población indígena matriculada en educación básica y media, recibió educación bajo un modelo etnoeducativo*” (PNUD, 2013, pág. 100).

Lo que también se asocia con procesos de socialización propia donde se han perdido prácticas endógenas, tal como se plantea en el mismo evento:

“Se viene perdiendo la oralidad en cuanto a las pautas de crianza de los niños y jóvenes, dado que se han creado otros valores desde la educación” (E3).

Además, se menciona que cuando los jóvenes salen a estudiar fuera de la comunidad, pierden elementos esenciales de la cultura. Al respecto, en el evento de Gobierno Mayor, en el Vichada, se planteó que:

“...los jóvenes a veces se van para el pueblo a estudiar o a veces a trabajar y cuando regresan de allá siempre ya una parte se le olvida la parte social y cultural entonces siempre que nosotros permanezcamos con un cacique con un Chaman continuamente ojalá en las escuelas en los colegios que el cacique permanezca y siempre conviva se ha continuado ese conocimiento ancestral que nunca se acabe” (E5).

En temas nutricionales, diversos documentos refieren situaciones desfavorables para la niñez y juventud indígena. En desnutrición, en su momento, al examinar avances respecto de los ODM, el PNUD con información de la ENSIN 2010 señalaba que los porcentajes en desnutrición global y crónica tenían un peso superior en diversos departamentos y municipios con población indígena (PNUD, 2013, págs. 127-129). Lo que también se muestra en un texto del Programa Presidencial Indígena con información del DNP en la evaluación de avances de los ODM (Sánchez J., 2014, pág. 25).

Indicadores presentados por la ENSIN 2015, con base en la información proveniente de la población indígena identificada en esta, señalan desventaja en mediciones que están asociadas a condiciones nutricionales de niños, niñas y adolescentes. Al respecto, se tiene que el retraso en talla en menores de 5 años es de 29,6% en indígenas y de 10,8% para el promedio nacional, la desnutrición global en este mismo grupo de edad es de 8% para los indígenas y de 3,7% a

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.

nivel nacional, el retraso en talla para escolares (5 a 12 años) es de 29,5% para indígenas y de 7,4% para el promedio nacional y el mismo indicador para adolescentes (13 a 17 años) es de 36,5% para indígenas y 9,7% para el promedio nacional.

En cuanto a la mortalidad infantil, si bien no se aporta información específica para las poblaciones indígenas, se indica que las tasas son superiores en muchos departamentos y municipios donde la población indígena es mayoritaria. Así, al señalar avances respecto de los ODM, lo refiere el PNUD con información de 2009 (PNUD, 2013, págs. 121-123) e igualmente información proveniente del DNP (Sánchez J., 2014, pág. 26). Sin embargo, reporta la CEPAL con información a 2010 que esta era de 20,9 por cada 1000 nacidos vivos frente a 15,9 por cada 1000 nacidos vivos de la no indígena. (CEPAL, 2017, pág. 162).

De manera puntual, se señala por parte de representantes de Nariño que:

“...una de las principales problemáticas en estos resguardos, es la desnutrición infantil, puesto que se estima que cada mes mueren entre uno y dos niños” (E6).

En vacunación, igualmente se reporta que las coberturas a 2011 eran menores en departamentos y municipios que se destacan por la alta población indígena. (PNUD, 2013, págs. 124-126).

En lo que tiene que ver con vivienda digna para menores indígenas de 18 años, CEPAL y UNICEF indican que la privación severa es del 69,5% y que la moderada es de 27,8% para una privación total del 97,2%, mientras que para el resto es del 65,3%. No obstante, se reconoce allí que hay problemas de identificación de una vivienda digna desde las particularidades indígenas. (CEPAL-UNICEF, 2012, págs. 59-63-64).

En el mismo texto se reporta que en cuanto al acceso al agua potable, para menores indígenas de 18 años, la privación severa es de 30,0% y la moderada es de 39% para una privación total de 69,1%, mientras que para el resto está llega al 20,1%. (CEPAL-UNICEF, 2012, pág. 67).

Igualmente, se dice que en saneamiento, para menores indígenas de 18 años, la privación severa es de 54,8% y la moderada es de 31,1% para una privación total de 86%, mientras que para el resto es de 30,7%. (CEPAL-UNICEF, 2012, pág. 70).

Respecto de los jóvenes indígenas, la CEPAL señala que la situación es preocupante y registra inequidades frente a los no indígenas, en asuntos clave en salud incluida la salud mental y el abuso de sustancias. Es así como se llama la atención sobre los problemas relacionados con alcoholismo, consumo de drogas, depresión, suicidio y en lo referente a salud sexual y reproductiva. Colombia, se encuentra dentro de los países en que el número de suicidios de adolescentes y jóvenes indígenas presenta cifras preocupantes (CEPAL, 2017, pág. 163).

Se identifican varias de estas situaciones como problemáticas existentes en las comunidades y que requieren ser asumidas con urgencia para mejorar condiciones de vida. Es así que en la priorización de problemas se destaca:

“Embarazos de jóvenes sin preparación adecuada para responder”, “Suicidios” y otro asociado al género el cual es la “mutilación genital de las niñas” (E6).

Sobre el suicidio, en un texto de la CEPAL y la OPS, se menciona que existen hechos como pérdida de territorios, violencia, imposición de modos de vida, afectación de la existencia grupal, choques culturales, ruptura de roles tradicionales, problemas de identidad, etc. que tienen incidencia entre otros en el suicidio. En el caso del pueblo Embera, su “situación puso de relieve

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.

que, cuando la supervivencia y la vida están amenazadas, la incidencia de suicidios aumenta” (CEPAL-OPS, 2011, pág. 84).

Sobre el suicidio entre los Embera, se señaló:

“..., el suicidio como problemática en salud mental presente principalmente en jóvenes y en mujeres, tiene alta incidencia en los municipios del Urabá antioqueño como Chigorodó, y el Medio Atrato; así como en el municipio de Frontino; y la subregión del Suroeste antioqueño” (E6).

Más allá del caso Embera, también hay reportes de que el fenómeno del suicidio se está sucediendo en diversas comunidades de pueblos indígenas diferentes. Al respecto:

“En Colombia hay varios pueblos indígenas que están padeciendo situaciones de suicidio, como por ejemplo el pueblo Wounaan y el pueblo Tule, en el departamento del Chocó, o como las que se presentan en el departamento del Vaupés, donde se reporta que algunos pueblos (Tucanos, Desanos, Cubeos, y Curripacos) estarían padeciendo una ola de suicidios dentro de sus comunidades. No obstante, los casos que encendieron las alarmas, fueron los que se registraron en el pueblo Embera: por tener las cifras más altas...” (UNICEF, 2012, pág. 178)

Se ha considerado que en estos hechos hay afectaciones económicas, sociales, políticas, de cambio cultural y de violencia, que requieren abordajes de carácter intercultural.

La identidad cultural y su incorporación en la niñez y en los jóvenes, también es percibido como un factor que incide en la salud:

“La salud de los niños y los jóvenes visto desde nuestras comunidades requiere atención desde los hogares, tener ocupada su mente para que no haya aspectos negativos en su crecimiento, la relación familiar es importante en la medida en que se fortalezca la identidad cultural que con el debilitamiento que se ha venido dando ha hecho de que desconozcan las formas de mantener una salud armónica con la madre tierra. Hace falta mayor apoyo para espacios y escenarios culturales donde se fortalece las actividades que hacen recrear y reanimar las tradiciones, las costumbres, la esencia del pueblo y que desde niños es fundamental que se conozca para mayor apropiación de la identidad cultural y la defensa de la misma” (E3).

La violencia sexual contra los menores, es otro hecho referido:

“En el último tiempo, se ha disparado el abuso sexual a menores de 8 años, principalmente en niñas, redundando en ocasiones en altas tasas de embarazos en niñas menores de 15 años” (E6).

❖ **Envejecimiento y vejez.**

Las diferencias étnico-raciales son parte de los determinantes de las inequidades que enfrentan diferentes grupos poblacionales. En particular, grupos étnicos minoritarios y grupos de población indígena y negra tienden a acumular diferentes tipos de desventajas. La Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento – SABE Colombia 2015, realizada con el objetivo conocer la situación actual, en el ámbito rural y urbano, de la población de personas adultas mayores en Colombia, en el marco de los Determinantes del Envejecimiento Activo y desde el modelo de los Determinantes Sociales de la Salud, hizo medición de la variable étnico-racial de tres maneras: auto-reconocimiento étnico, pertenencia a grupos étnicos y evaluación del color de piel del participante.

Por auto-reconocimiento étnico, la población se clasificó como blanca (30,2%) o mestiza (46,2%), principalmente. De otra parte, según pertenencia a grupos étnicos, 74,1% de los participantes no

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.

se clasificó como parte de algún grupo étnico; 1,4% respondió que no sabía y 4,7% no respondió a esta pregunta. De quienes respondieron sobre la pertenencia a un grupo étnico, 9,7% se identificó como indígenas, 9,5% como afrocolombianos y menos del 1% se clasificó como rom, raizales o palenqueros.

Por otra parte, de acuerdo con Hernández (2014)²¹ para mejorar la atención de salud de las personas adultas mayores indígenas lo primero es conocer sus prácticas y creencias, sus condiciones de vida y sus necesidades específicas y con base en tal conocimiento proceder a: 1) sensibilizar a los prestadores de servicios de salud para adecuar los servicios y ofrecer una atención intercultural que respete las características de la comunidad que atienden. 2) Capacitar promotores de salud de la comunidad, como medio de enlace con los servicios de salud, para detectar tempranamente enfermedades o complicaciones tanto en personas mayores indígenas como en la comunidad en general. 3) Acercar los servicios de salud a los lugares donde viven las familias para facilitar el acceso a los servicios, principalmente a las personas adultas mayores que tiene problemas de discapacidad física o sensorial.

Con este contexto, es fundamental destacar que en los pueblos indígenas las personas mayores tienen un estatus central, en razón a que son ellos quienes acumulan conocimiento, sabiduría, experiencia y son garantes, en buena parte, de la memoria y la transmisión de elementos esenciales de la cultura del respectivo pueblo.

❖ **Salud y género.**

La mujer indígena es un actor protagónico y fundamental en cuanto hace a la pervivencia física y cultural de los pueblos indígenas, sin embargo, se encuentran referencias que señalan desventajas en diferentes aspectos, los cuales de variada manera tienen incidencia en sus condiciones de vida y de salud.

La participación de las mujeres en los escenarios de representación tanto a nivel nacional como al interior de las comunidades y organizaciones indígenas, es una de las afectaciones. Si bien se destacan avances, se señala que hay debilidades ya que *“Al igual que en la sociedad occidental; las mujeres indígenas enfrentan un poder patriarcal histórico en relación con los espacios de participación y decisión”* (PNUD, 2013, págs. 112-113). Esta debilidad en la participación obstaculiza la visibilización de las problemáticas, necesidades y potencialidades de las mujeres y restringe la incidencia en las decisiones referidas a la construcción de programas y proyectos dirigidos a ellas y a la superación de las inequidades que viven.

La disponibilidad de recursos económicos y otros necesarios para la autosubsistencia que están asociados a particularidades de producción y consumo según especificidades socioculturales, es mucho más limitada para las mujeres indígenas. Ellas también sufren lo que han denominado empobrecimiento histórico y les es mucho más limitado el acceso a recursos económicos ya sea por la comercialización de productos o por el ejercicio de actividades remuneradas. Se refiere en el texto citado, que *“si se toma en consideración que la población indígena habita mayoritariamente en las áreas rurales, es posible deducir la desigualdad que enfrentan y por supuesto, la precaria situación en que las mujeres indígenas se encuentran”* (PNUD, 2013, pág. 116).

De otra parte, las formas de violencia basadas en género, también han afectado a las mujeres indígenas. Dentro de estas situaciones que atentan contra su integridad, se encuentran las

²¹ Hernández, V. (2014). Salud de los adultos mayores indígenas en la comunidad de Tehuerichi, Chihuahua.

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.

asociadas a la violencia intrafamiliar o doméstica y las derivadas de abusos cometidos por diversos actores en el marco del conflicto armado.

Sobre la violencia que viven en las comunidades, el PNUD retomando planteamientos de la ONIC, destaca que ellas:

“también viven la violencia interna, producto de las prácticas machistas que subsisten en las comunidades. Estas prácticas socaban las posibilidades de pervivencia de los pueblos y vulneran gravemente la relación con la tierra y los principios de armonía y equilibrio...” y que “la situación de las mujeres indígenas, se agrava además por su condición de mujeres en medio de pueblos y comunidades que no escapan a modelos y prácticas machistas que discriminan y subordinan a las mujeres en gran parte de las comunidades...” (PNUD, 2013, pág. 119).

En uno de los eventos, se expresó que:

“Es de gran preocupación el tema de violencia de género, porque este aspecto es de una gran tarea de sensibilización y reconocimiento que este fenómeno está afectando a nuestras familias, pero que algunos de los casos denunciados ante las autoridades indígenas no han realizado las rutas de atención adecuadas, cosa que ha hecho quedar en la impunidad, por lo que amerita revisar los procesos de aplicación de la justicia propia para este tipo de casos” (E1).

“La violencia contra la mujer. De manera preventiva no se está haciendo nada” (E1).

La violencia en el marco del conflicto armado ha ocasionado que las mujeres indígenas hayan sido víctimas de diverso tipo de delitos, tales como la violencia sexual, el homicidio, la tortura, el desplazamiento, etc. (PNUD, 2013, pág. 119), (Centro Nacional de Memoria Histórica, 2013), existiendo casos de grave sevicia y ultraje como por ejemplo el caso de la muerte de mujeres indígenas en Bahía Portete (*Ib.*, pág. 280).

Existen también, otros fenómenos de afectación a la mujer indígena y que están focalizados en determinadas comunidades o grupo, es el caso de la mutilación genital femenina, la cual tiene un alto impacto sobre la salud de las mujeres. Al respecto, en un comunicado de la ONIC se señala:

“La Autoridad Nacional de Gobierno Indígena ONIC desde la Consejería de Mujer, Familia y Generación trabaja por la defensa de los derechos humanos de las diferentes generaciones, en especial, promueve y apoya la transformación de prácticas que afectan la vida y la salud de las mujeres indígenas. ONIC reconoce que la mutilación genital femenina es un problema que afecta la salud y vida de las mujeres, vulnera los derechos humanos y atenta contra la pervivencia del pueblo Embera por esta razón, desde el 2007 se viene acompañando y contribuyendo a los procesos que ha desarrollado el Pueblo Embera en torno a la reflexión y el diálogo intercultural que busca el reconocimiento de la mutilación genital femenina como una práctica nociva y una forma de violencia de género.

Desde el 2012, comunidades indígenas Embera de los municipios de Pueblo Rico y Mistrató en Risaralda y del municipio de Trujillo en el Valle del Cauca, donde se ha identificado esta práctica, han declarado públicamente su compromiso de trabajar en el abandono de la mutilación genital femenina, bajo el concepto de que la “cultura debe generar vida y no muerte”, y consecuentemente se han coordinado procesos e iniciativas de carácter interinstitucional..., para la sensibilización y reflexión acerca de las consecuencias y el daño que ésta práctica produce sobre la salud y la vida de las niñas y mujeres indígenas”. (<http://www.onic.org.co/noticias/70-destacadas/2292-sumar-esfuerzos-y-actuar-la-clave-para-poner-fin-a-la-mutilacion-genital-femenina-en-Colombia>).

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.

Otra afectación a las mujeres indígenas, se relaciona con salud sexual y reproductiva lo que además está relacionado con su condición de género, pues existen barreras por falta de adecuación e información o por no tener en cuenta particularidades culturales. Al respecto, se planteó que:

“los servicios de salud sexual y reproductivo no contemplan las creencias culturales de las comunidades, (lengua indígena), las mujeres indígenas no asisten a los servicios de ginecología por razones culturales (lengua indígena) hoy está pasando eso (lengua indígena) no van a la parte de la ginecología” (E5).

❖ **Discapacidad.**

En la población indígena la condición de discapacidad representa un factor adicional de desventaja, discriminación y barreras en la accesibilidad a servicios. Así, programas diseñados para beneficiar a pueblos o comunidades indígenas pueden presentar limitaciones para ser aprovechados por las personas con discapacidad, y a la vez se pueden presentar programas o acciones cuyo propósito es beneficiar a personas con discapacidad, pero que en ocasiones resultan insuficientes para la población indígena con discapacidad. (Global Disability Rights, 2016).

La distribución de la discapacidad difiere entre países, para algunos la tasa de discapacidad es mayor entre las personas indígenas que entre el resto de la población, para otros las cifras muestran lo contrario. En Colombia, aunque las cifras señalan una tasa de discapacidad más alta en indígenas mayores de 19 años con respecto a la población no indígena, en niños y niñas de este grupo étnico la tasa de discapacidad es menor con respecto a los niños y niñas no indígenas. Las razones que han explicado mayores prevalencias de discapacidad en los pueblos indígenas están relacionadas con niveles más altos de pobreza, mayor exposición a la degradación ambiental, el impacto de grandes proyectos como la construcción de represas o explotación minera y el mayor riesgo de ser víctimas de la violencia, entre otras. (ONU, 2013).

La diversidad cultural de los pueblos indígenas en Colombia plantea diferencias en la concepción y manejo de la discapacidad. Para algunos pueblos no existe la noción de discapacidad y aseguran que es un concepto introducido por los servicios de salud occidentales, en otras culturas la discapacidad física significa el ser la compañía directa de los padres durante toda su existencia; para otras al momento del nacimiento se realiza una evaluación de las condiciones físicas y sociales del recién nacido y según el resultado se clasifica al niño como un ser humano igual que debe ser cuidado para hacerse adulto o como un sujeto para ser trasladado a otra sociedad. (Ortiz, Monsalve, & Osorio, 2015)

Otras comunidades consideran que las personas en condición de discapacidad poseen dones especiales otorgados por el Creador, estas personas tienen una función especial en su comunidad y la discapacidad se considera como una diferencia y no una deficiencia. (MacDougall, 2006).

La discapacidad también puede ser observada por algunos pueblos indígenas como un castigo divino y los afectados enfrentan rechazo en sus entornos.

En mesas de trabajo realizadas por el Ministerio de Salud y Protección Social con población indígena en el año 2017, prevalece la concepción de que la discapacidad está asociada a una desarmonía entre lo físico, lo emocional y lo espiritual o como algún tipo de “defecto” por un rompimiento de la ley de la naturaleza. También es reconocida como la presencia de enfermedad, restricción por una condición de salud y falta o carencia de capacidades.

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.

En relación con las percepciones que se inscriben al interior de las comunidades indígenas, sobre los efectos que tiene la discapacidad en las personas, se identifican dichas percepciones desde cuatro perspectivas: individual, familiar, comunitaria e institucional. Desde la perspectiva individual, los participantes de las mesas relacionaron las percepciones con sentimientos de inseguridad, rechazo, aislamiento. Desde la familia, ellos tienen un rol determinante para que la persona con discapacidad pueda desempeñarse. En relación con la comunidad se reconocen las personas con discapacidad como las más vulnerables, al interior de las comunidades indígenas, estando presente en algunos casos, situaciones de lástima. En relación con la institucionalidad, hay una constante en las mesas frente a una baja credibilidad en la institucionalidad y se refieren de manera permanente a las carencias o fallas en la implementación de las acciones definidas por la institucionalidad para las comunidades y en especial para las personas con discapacidad que hacen parte de ellas.

El diagnóstico normativo sobre las condiciones de salud de la población indígena con discapacidad se complejiza por la poca disponibilidad de información. Al respecto, la OMS afirma: *“La falta de datos fiables es un problema, tanto en el caso de los pueblos indígenas como en el de las personas con discapacidad, y muy pocos países disponen de estadísticas sobre las personas indígenas con discapacidad”*. (ONU, 2013). No obstante, Colombia cuenta con el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad RLCPD. Este registro se basa en el auto reconocimiento y desde el año 2012 administra información sobre personas con condición discapacidad.

El Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad -RLCPD, cuenta con un reporte de 1.521.114 personas registradas, con corte a septiembre de 2019, de las cuales 162.284 refieren pertenecer a algún grupo étnico y de estas 42.716 personas a la población indígena, lo que corresponde al 26,3% del total de grupos étnicos registrados, identificándose mayor prevalencia de personas indígenas con discapacidad en el departamento de Nariño con 6.185 personas registradas, seguido por Cauca con 5.793, Sucre con 3.613, Córdoba con 3.718 y Córdoba con 3.486. A su vez, al hacer el análisis de las alteraciones permanentes, se evidencia que la mayor alteración presente en la población indígena corresponde al movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas con un 47,3%, seguido del sistema nervioso con un 38,6% y en tercer lugar la alteración visual con un 34,9%, del total de la población indígena registrada.

Al hacer un análisis de la población indígena registrada en el RLCPD por género y curso de vida, la prevalencia es mayor en los hombres, que en las mujeres, para las personas menores de 60 años. Por su parte, los dos grupos de edad que tienen mayor población indígena registrada corresponden a mayores de 60 años, seguidos por el grupo comprendido entre los 27 y 40 años de edad.

Con relación a la distribución geográfica, se registra mayor población indígena en zona rural con un 46%, seguida por zona urbana con un 39% y en tercer lugar en centro poblado con un 14%. Lo anterior permite identificar que si bien prevalece la ubicación de la población indígena en zona rural, que corresponde a su hábitat natural, un porcentaje alto de la población se ha ubicado en zonas urbanas.

Con relación a la ocupación que desempeña, el registro muestra que el 26,8% está incapacitado permanente para trabajar, el 18,5% está realizando otra actividad y el 17,8% está realizando oficios del hogar; adicionalmente, el 12% se encuentra estudiando.

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.

Por su parte, en esta misma fuente del RLCPD, el 46,4% manifestaron requerir apoyo de otra persona, de los cuales el 93,5% recibe apoyo de algún miembro del hogar. Llama la atención que se aproxima a la mitad de la población indígena identificada en el RLCPD, con requerimiento de apoyo de otra persona. Estos datos invitan al análisis sobre temas de independencia y autonomía de esta población.

Dentro de la población indígena asistente al sistema educativo, también se han hecho reportes de matrícula de estudiantes en situación de discapacidad. Así, con base en reporte del Sistema de Matricula del MEN, para el año 2011 se encuentran: 100 con sordera profunda, 59 con hipoacusia o baja audición, 269 con baja visión diagnosticada, 19 ceguera, 68 parálisis cerebral, 116 lesión neuromuscular, 38 autismo, 768 deficiencia cognitiva (retardo mental), 1654 síndrome de Down, 167 múltiple, y 34 otras (PNUD, 2013, pág. 100)

❖ **Víctimas del conflicto armado.**

Del total de población víctima del conflicto armado identificada plenamente en SISPRO, el 12,4% (892.244) se auto reconoce como perteneciente a algún grupo étnico. De esta población, el 19,2% (171.987) se registra como indígena.

Diversos hechos de violencia, han afectado a las poblaciones indígenas, entre ellos se destacan el desplazamiento forzado, los homicidios, la afectación a los territorios, el reclutamiento forzado, el confinamiento, etc. El PNUD, respecto de los grupos indígenas en el país, señala que “*El conflicto armado se ha constituido en el principal factor de violación de sus derechos humanos y la consecuente violencia ha tenido grave impacto en sus territorios*” (PNUD, 2012, pág. 37).

Respecto del desplazamiento, el Centro Nacional de Memoria Histórica” refiere que “*Las afectaciones del conflicto armado interno sobre la población indígena son alarmantes. De acuerdo con los datos del ACNUR, los indígenas representan el 2,74% de la población colombiana, y el 3,4% de la población desplazada interna, para un total de 106.562 personas desplazadas entre 1977 y 2011*” (Centro Nacional de Memoria Histórica, 2013, pág. 278).

El fenómeno del desplazamiento forzado, tiene implicaciones en términos de pérdidas materiales, rupturas sociales con el grupo de pertenencia y con el territorio con el cual hay profundos lazos de identidad, lo cual repercute de manera grave en la garantía del derecho a la pervivencia cultural. Al respecto, plantea que:

“El flagelo del éxodo forzado “surte impactos destructivos tanto sobre los derechos individuales de las personas pertenecientes a las etnias afectadas, como sobre los derechos colectivos de cada etnia a la autonomía, la identidad y el territorio”. De especial gravedad es la desterritorialización dada la inescindible relación entre los territorios y la pervivencia de los indígenas como sujetos colectivos de derechos. ...Los efectos también se traducen en aculturación y “ruptura del entorno cultural” que afecta principalmente a los niños, niñas y jóvenes, quienes empiezan a desconocer sus culturas, el respeto a los mayores y su relación con los territorios. De manera especial, el desplazamiento afecta a las mujeres, las que padecen triple discriminación (ser mujeres, indígenas y desplazadas) y a los niños, niñas y jóvenes. Ellas y ellos enfrentan mayores riesgos de “ser víctimas de violencia sexual, de caer en redes de comercios ilícitos, de verse obligados a la mendicidad, de explotación, y especialmente de discriminación”²² (INDEPAZ, 2009, pág. 19)

Sobre el reclutamiento forzado, existen diversos reportes y manifestaciones por parte de organizaciones y comunidades. Por parte de representantes de la comunidad Awá y otras de Nariño y el pacífico, se hicieron, entre otros, los siguientes planteamientos:

²² En la cita aparecen diferentes apartes entre comillas, los cuales provienen del Auto 004 de 2009 de la Corte Constitucional.

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.

“El tema del reclutamiento de los jóvenes por parte de los grupos armados es una situación bastante delicada” (E6).

“difícil situación de orden público presente en la zona del litoral nariñense, pese a la firma del Acuerdo de Paz con las FARC; evidenciado en el constante reclutamiento de niños y jóvenes” (E6).

“La administración...ha sido indiferente frente al tema de reclutamiento de jóvenes por parte de los diferentes grupos armados, así como con las constantes amenazas que reciben los líderes indígenas que día a día exponen su vida ante ello” (E6).

En lo referente al hecho victimizante homicidio, el PNUD al cuantificar y desagregar el número de homicidios, entre los años 2008 y 2009, encuentra que estos han afectado de manera significativa a los pueblos Awá, Nasa, Embera Chamí y Zenú. (PNUD, 2012, pág. 39)

Es importante señalar que los actos de violación de los derechos humanos han afectado no solo a individuos indígenas sino también a las comunidades y pueblos, en la medida en que se convierten en atentados contra sectores poblacionales que son sujetos de derechos colectivos y en los cuales los daños se infringen sobre el conjunto, más cuando muchas de las afectaciones se hacen contra personas de significativa representación sociocultural y por lo cual se pone en riesgo la continuidad de elementos propios de la cultura.

Estos hechos también implican la transgresión de aspectos de cosmovisión y de normas internas respecto del territorio como parte integral de las comunidades, pues *“La violación del derecho al territorio y las consecuencias del desplazamiento forzado, se traducen en altos impactos negativos para los pueblos indígenas por la relación establecida con la tierra, como la base de su existencia y de la vida colectiva”* (PNUD, 2012, pág. 42).

Dado el contexto de violencia que han vivido los pueblos indígenas de Colombia y su afectación por el fenómeno del desplazamiento forzado, de victimización en general y de afectación cultural, la Corte Constitucional emitió el Auto 004 de 2009 sobre “Protección de los derechos fundamentales de las personas y los pueblos indígenas desplazados por el conflicto armado o en riesgo de desplazamiento forzado, en el marco de la superación del estado de cosas inconstitucional declarado en la sentencia T-025 de 2004”, en el cual se destacó que:

“los pueblos indígenas de Colombia, según lo advertido en esta providencia, están en peligro de ser exterminados cultural o físicamente por el conflicto armado interno, y han sido víctimas de gravísimas violaciones de sus derechos fundamentales individuales y colectivos y del Derecho Internacional Humanitario, todo lo cual ha repercutido en el desplazamiento forzado individual o colectivo de indígenas”.

De igual manera, el Gobierno Nacional, en desarrollo de la Ley 1448 de 2011 *“Por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones”*, expidió el Decreto Ley 4633 de 2011 *“Por medio del cual se dictan medidas de asistencia, atención, reparación integral y de restitución de derechos territoriales a las víctimas pertenecientes a los pueblos y comunidades indígenas”.*

En estos instrumentos jurídicos, se trazan lineamientos para la atención y reparación de las poblaciones indígenas afectadas por el conflicto armado y entre ellas se encuentran medidas asociadas a la salud.

5.3.10. Dimensión fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud.

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.

La autoridad sanitaria actúa bajo un modelo que articula elementos como el aseguramiento, planes, programas, protocolos y modelos territoriales de salud con el objeto de llevar los servicios de salud a la población colombiana. Sin embargo, en los niveles de organización y jurisdicción en la gestión diferencial de poblaciones vulnerables y en la superación de inequidades y barreras en procesos de aseguramiento y provisión de servicios de salud, y el diálogo intercultural, que afectan las condiciones de salud de la población indígena.

❖ **Aseguramiento y provisión de servicios de salud.**

La Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) muestra que la afiliación de la población indígena al SGSSS está principalmente en el régimen subsidiado, la cual para septiembre del 2019 llegaba a 1.556.983. De estos, 1.001.019 se encuentran en las cinco EPSI existentes en el país; los demás se encontraban en EPS no indígenas.

La población indígena afiliada a las EPSI, se encuentra distribuida de la siguiente manera: Asociación Indígena del Cauca (AIC) 369.156 (24%), Mallamas 224.738 (14%), Dusakawi con 203.794 (13%), Anaswayuu 135.642 (9%) y Pijao Salud con 67.689 que corresponden al 4%.

Según el Censo Nacional de Población y Vivienda CNPV 2018, la población que se autorreconoce como indígena en el país es 1.905.617, lo que quiere decir que para el periodo analizado todavía hay un 18.3% de personas sin afiliación, asunto que es reconocido por los representantes de los pueblos indígenas quienes señalan que la dispersión y ubicación de los resguardos indígenas distantes del casco urbano y las diferencias culturales (dialecto, comunicación y falta de adecuación intercultural), dificultan el aseguramiento y la provisión de los servicios de salud con oportunidad.

❖ **Diálogo intercultural.**

A pesar de que desde la institucionalidad se tienen avances frente al reconocimiento y la necesidad de incorporar el enfoque diferencial e intercultural en salud en las políticas públicas de salud y que bajo este marco se desarrolló el SISPI para los pueblos indígenas en pro de la salud, los representantes de los pueblos indígenas aún perciben como barreras para el acceso a una atención en salud oportuna y de calidad el desconocimiento por parte de los prestadores de servicios de las particularidades socioculturales como las lenguas propias, medicina ancestral/ tradicional y cuidados de la salud indígena; deficiencias en la efectividad de los espacios de encuentro y diálogo entre las comunidades y la institucionalidad en el momento de la construcción e implementación de políticas públicas, planes, modelos, protocolos, proyectos y diagnósticos de salud, entre otros. No permite el acercamiento de la población indígena a los servicios de salud occidentales (complementarios) (E4). En este contexto, se desarrolla el **Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI)**.

Los problemas de adecuación intercultural sumado a la vulneración de los derechos en salud y la baja inclusión de opciones interculturales en las cuales se conjuguen conocimientos y prácticas derivadas del saber occidental y tradicional indígena, llevó a que sectores organizativos y de representación indígena hayan propuesto la creación de un Sistema Intercultural de Salud para los Pueblos Indígenas -SISPI- (Decreto 1953 de 2014).

Sin embargo para algunos de los indígenas la implementación del SISPI se percibe como una herramienta impositiva de prácticas que busca estandarizar a las comunidades, sin tener en cuenta las condiciones particulares de cada una de ellas.

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.

Así mismo, las recomendaciones para fortalecer el SISPI se dirigen hacia viabilizar, organizar y materializar el sistema a partir de dos aspectos: el primero creando el Consejo Nacional Indígena de Salud y comités técnicos como referentes en la construcción de un modelo de salud integral-mixto, identificando sus fuentes de financiación orientados por las autoridades tradicionales y sus sabedores en salud y cabildos(E6) (E1) y el segundo, dando inicio al desarrollo e implementación de sus componentes en los territorios departamentales, regionales y locales en el marco de la Circular 011 de 2018.

❖ **Sabiduría y medicina ancestral.**

Por otra parte, un tema prioritario y referido no sólo por la literatura sino por las comunidades indígenas, tiene que ver con la desarticulación entre los saberes de médicos occidentales y médicos tradicionales. Problemas relacionados con el tema normativo asociado a la praxis médica, con el principio de autonomía y gobernabilidad al interior de los pueblos indígenas y discrepancias en el concepto y entendimiento del proceso salud – enfermedad. En este sentido, la salud para los pueblos indígenas es un tema relacional que no se encuentra ligado exclusivamente a las afecciones corporales, sino que está relacionado a las dinámicas que se establecen en cuanto a armonía o desarmonía entre el territorio y el ser (Físico/espiritual).

❖ **Veeduría y participación social.**

Respecto a los procesos de control, seguimiento y vigilancia en salud, se menciona la importancia de contar con grupos internos que realicen un análisis de las problemáticas territoriales y que fomenten las prácticas tradicionales dentro de las comunidades.

❖ **Sistemas de información.**

Una situación referida no solo por los pueblos indígenas sino también por organismos multilaterales como la OPS es la concerniente a los sistemas de información en salud. El conocimiento exacto del número de indígenas por grupos étnicos en cada pueblo, así como las principales causas de morbilidad y mortalidad son algunos de los retos que enfrentan las entidades locales de salud y las EAPB en el momento de realizar la planeación y demanda de servicios en salud.

❖ **Gestión del conocimiento en salud.**

Respecto a la gestión del conocimiento, los pueblos y comunidades indígenas reiteran la importancia de continuar con la transmisión oral y escrita de sus costumbres ancestrales en materia de la medicina tradicional. Así mismo, prevalece la preocupación por la dificultad que tienen para replicar sus saberes y costumbres ancestrales.

6. Objetivos.

6.1.Objetivo general.

El objetivo general del Capítulo consiste en garantizar las acciones propias e interculturales en salud pública con el fin de avanzar hacia el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, mejorar las condiciones de vida y salud, lograr cero tolerancia con la morbilidad, mortalidad y discapacidad evitables, en virtud del principio de reconocimiento y derechos colectivos de los pueblos indígenas, con fundamento en su pervivencia física y cultural.

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.

6.2.Objetivos específicos.

- ❖ Establecer procesos de interacción y participación intersectoriales sobre la garantía de tener el derecho a un ambiente sano, cubrimiento de necesidades básicas sanitarias y la preservación ambiental para tener garantía de la vida y el buen vivir de los pueblos indígenas.
- ❖ Desarrollar procesos de promoción, control de enfermedades no transmisibles, con el fin de mitigar los riesgos de la población indígenas y a la vez poder crear capacidad resolutive dentro de la autoridad sanitaria, especialmente con las estructuras propias de los pueblos indígenas.
- ❖ Crear espacios, escenarios donde se implementarán estrategias de inclusión colectiva, mitigación de riesgos y acciones sobre la salud mental en los pueblos indígenas.
- ❖ Establecer procesos integrales de autonomía y seguridad alimentaria, mediante la interacción intersectorial para la implementación de políticas, planes, programas y proyectos que garantice el goce efectivo del derecho a una alimentación efectiva dentro de los pueblos indígenas a través del fortalecimiento de los sistemas propios de producción y poder lograr un buen vivir en las comunidades.
- ❖ Promover el goce efectivo de los derechos sexuales y reproductivos a través de mecanismos de inclusión, participación, motivación y educación promovido por las acciones intersectoriales
- ❖ Garantizar la materialización de los derechos de la salud de los pueblos indígenas, mediante la promoción, prevención y curación de las enfermedades transmisibles, a través de implementación de programas que mitiguen los riesgos en los territorios indígenas.
- ❖ Establecer mecanismos de atención o mitigación y prevención sobre riesgos y desastres que afectan el buen vivir de las comunidades indígenas, donde las comunidades y las instituciones tengan las capacidades de acción a cualquier evento.
- ❖ Establecer procesos transectorial para adecuar un sistema de derechos laborales de acuerdo al contexto laboral de los pueblos indígenas.

6.3.Líneas estratégicas.

Las líneas estratégicas corresponden a los aspectos identificados a lo largo del contexto de situación de salud de las pueblos y comunidades indígenas, permiten un abordaje colectivo de carácter institucional, territorial y diferencial para lograr el buen vivir de los grupos étnicos²³. Estas líneas, trazan el camino para el reconocimiento y visibilización de elementos que requieren de un abordaje diferencial en las dimensiones prioritarias y transversales definidas en el PDSP.

Si bien el planteamiento de las líneas estratégicas concreta el marco de acción para los pueblos indígenas, es válido ratificar que esta población a su vez, es sujeto de derechos en relación con el conjunto de las acciones ya definidas en el PDSP, toda vez que dicho plan es un reto de política por la equidad en salud y es un pacto social que define la actuación articulada entre actores y sectores públicos, privados y comunitarios para crear condiciones que garanticen el derecho y bienestar integral y contribuyan a mejorar la calidad de vida de toda la población colombiana (MSPS, 2013, pág. 28). Por lo anterior, a continuación se muestran los objetivos y estrategias

²³ Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos para incluir tensiones en las dimensiones transversales. 2016.

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.

propuestos para cada una de las dimensiones del PDSP que requieren un abordaje diferencial para la población indígena.

6.3.1. Dimensión: salud, ambiente y territorio.

Comprende el conjunto de iniciativas y estrategias para el fortalecimiento de los territorios indígenas en los planos físico y espiritual con el propósito de mejorar la salud y contribuir al logro del buen vivir de las presentes y futuras generaciones indígenas. Incluye estrategias de coordinación intersectorial que propendan por la protección del territorio, la biodiversidad y el restablecimiento del equilibrio de las relaciones con la madre naturaleza, así como la protección de la vivienda y sus entornos y el saneamiento ambiental.

Así mismo, la dimensión propende por la protección de los pueblos y comunidades indígenas a través de acciones afirmativas en salud pública dirigidas a las comunidades ubicadas en las zonas rurales y urbanas.

6.3.1.1.Objetivo general.

Fortalecer el desarrollo cultural, la permanencia y pervivencia de las comunidades indígenas en el territorio y el saneamiento ambiental de sus entornos, a través del desarrollo de acciones propias e interculturales conducentes a la superación de factores o situaciones adversas que afectan el territorio y demás entornos, el fomento y educación del desarrollo sostenible, la respuesta a necesidades sanitarias, el control sanitario y la generación de procesos de interacción armónica con el territorio.

6.3.1.2.Objetivos de resultado y producto.

Tabla 3. Objetivos de resultado y Producto – Dimensión: salud, ambiente y territorio.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS – RESULTADOS FINALES	ESTRATEGIAS	DEFINICIÓN DE LA ESTRATEGIA
Contribuir con la disminución de los desequilibrios y desarmonías en las comunidades indígenas, causados por factores ambientales negativos que impactan sobre le buen vivir de las pueblos y comunidades indígenas.	Desarrollo de capacidades y construcción del conocimiento con autoridades y comunidades indígenas, para la identificación e intervención ante condiciones sanitarias y ambientales que afectan o promueven el buen vivir y al cuidado de la salud colectiva.	Proceso estratégico para fortalecer capacidades, habilidades y conocimiento del talento humano de salud ambiental, que contribuya a mejorar la salud de las comunidades indígenas mediante gestión técnica y operativa para intervenir los componentes sanitarios y ambientales. Implica la identificación de factores socio ambientales del contexto territorial (rural y urbano), y del entorno donde habitan las familias indígenas y el estado problemático del saneamiento ambiental y su estado en las comunidades rurales y urbanas y las afectaciones en la cultura propia.
Promover los factores protectores sanitarios y ambientales presentes en el territorio, visto como un entorno saludable en armonía con los saberes y manejos ancestrales sobre el territorio, la madre tierra, los sitios sagrados y la cosmovisión para los pueblos indígenas.	Entornos saludables, para potencializar y favorecer la salud de la comunidad indígena	Identificar y reconocer escenarios de vida cotidiana en el territorio indígena (recursos naturales, vivienda, espacios de trabajo comunitario, religioso, patrimonio cultural, prácticas y conocimientos tradicionales), para adoptar, adaptar e implementar las estrategias de entornos saludables. La estrategia incluye la construcción e implementación de lineamientos con enfoque diferencial para la recuperación y fortalecimiento de los entornos saludables de los pueblos indígenas que favorezcan la protección y preservación del territorio ancestral, la madre

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS – RESULTADOS FINALES	ESTRATEGIAS	DEFINICIÓN DE LA ESTRATEGIA
		tierra, los sitios sagrados y la cosmovisión de los Pueblos Indígenas.
Fortalecer la gobernanza de salud ambiental desde el enfoque intercultural y el buen vivir indígena.	Fortalecimiento de la gobernanza y gobernabilidad en salud ambiental, reconociendo los saberes propios de los pueblos indígenas, en articulación con las instituciones garantes en la protección del entorno ambiental	Realizar apoyo a las acciones políticas y organizativas de los pueblos indígenas y la gestión ambiental y la sanidad colectiva, con el apoyo de las entidades territoriales
Intervenir los determinantes sanitarios y ambientales de la salud de los pueblos indígenas.	Fortalecimiento de la coordinación sectorial e intersectorial en el marco del ordenamiento territorial y ancestral para el reconocimiento, respeto, protección y pervivencia de los territorios indígenas.	Identificar los espacios nacionales y locales intersectoriales para gestionar acciones integrales que influyan sobre los determinantes sanitarios y ambientales relacionados con los componentes de salud ambiental. Implica la coordinación y articulación con las autoridades indígenas y los sectores competentes para el desarrollo de las propuestas dirigidas a la preservación, recuperación de la sanidad colectiva de los entornos en los territorios indígenas

6.3.2. Dimensión: armonías y desarmonías relacionadas con las condiciones no transmisibles.

Conjunto de estrategias propias, interculturales y complementarias para fomento, protección, sanación y curación de desarmonías relacionadas con enfermedades no transmisibles con el fin de lograr el buen vivir de las personas, familias y comunidades indígenas.

6.3.2.1.Objetivo general.

Promover el desarrollo de procesos para el fomento y protección de las armonías relacionadas con las condiciones no transmisibles, así como de procesos para la sanación y curación de desarmonías no transmisibles, con el fin de disminuir la presencia de estas condiciones en la población indígena.

6.3.2.2.Objetivos de resultado y producto.

Tabla 4. Objetivos de resultado y Producto – Dimensión: armonías y desarmonías relacionadas con las condiciones no transmisibles.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS – RESULTADOS FINALES	ESTRATEGIAS	DEFINICIÓN DE LA ESTRATEGIA
Fortalecer el cuidado de la salud en individuos, familias y comunidades indígenas a través de la implementación de prácticas propias, interculturales y complementarias, para el fomento de hábitos y estilos de vida saludables.	Fortalecimiento y recuperación de las prácticas culturales de las pueblos y comunidades indígenas	Hace referencia al reconocimiento de las prácticas culturales y ancestrales de los pueblos y comunidades indígenas tendientes a mantener el equilibrio con la naturaleza, con los otros seres vivos, con los otros humanos y en los diferentes entornos de convivencia considerados como factores protectores de desarmonías relacionadas con condiciones no transmisibles, en procura del cuidado de la salud de individuos, familias y comunidades. La estrategia supone la

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS – RESULTADOS FINALES	ESTRATEGIAS	DEFINICIÓN DE LA ESTRATEGIA
		coordinación y concertación con las autoridades indígenas para la identificación y fortalecimiento de dichas prácticas en los pueblos y comunidades que habitan en el territorio.
	Fomento del desarrollo de mecanismos propios de regulación de consumo de alcohol y tabaco	Se refiere a la identificación, reconocimiento e implementación de los mecanismos propios para la regulación del consumo de tabaco y alcohol en las comunidades indígenas, con el fin de minimizar los riesgos para la salud y concienciar sobre la corresponsabilidad de los individuos en el cuidado su salud. Implica las acciones de concertación, adaptación o adopción de mecanismos interculturales y complementarios con actores territoriales, que se consideren pertinentes para la implementación y divulgación en las comunidades teniendo en cuenta los usos y costumbres de los pueblos.
	Alianzas comunitarias, sectoriales y transectoriales para la promoción de modos, condiciones y estilos de vida saludables con enfoque diferencial, cuyo objetivo se enfoque en la concientización y responsabilidad de las prácticas de autocuidado propias e interculturales.	Hace referencia a las sinergias y alianzas interinstitucionales y comunitarias para el fomento de modos, condiciones y estilos de vida saludable partiendo del reconocimiento de los usos y costumbres de los pueblos y comunidades indígenas, identificando los aspectos propios, interculturales y complementarios que aunados procuren el mejoramiento de las condiciones de salud de la población indígena. Implica la adecuación técnica institucional (intervenciones/ procedimientos/ servicios) individuales, familiares y grupales acorde con el contexto sociocultural y geográfico de cada pueblo para mejorar las situaciones de salud relacionada con las condiciones no transmisibles en las comunidades.
Promover la atención integral a individuos y familias a través de acciones propias e interculturales para el restablecimiento de los desequilibrios relacionados con desarmonías no transmisibles en la población indígena.	Caracterización de la situación de salud de los pueblos y comunidades indígenas frente a las armonías y desarmonías relacionadas con las condiciones no transmisibles	Hace referencia a la identificación de las armonías y desarmonías relacionadas con las condiciones no transmisibles de los pueblos y comunidades indígenas, en correspondencia con un enfoque intercultural que permita ampliar la comprensión de la enfermedad así como las condiciones y factores relacionados, incorporando conceptos de salud propios del grupo étnico, los cuales guardan relación con el equilibrio entre dimensiones éticas, espirituales, sociales y ambientales en aras de avanzar en la construcción de respuestas propias e interculturales.
	Intercambio de saberes para la intervención oportuna de desarmonías no transmisibles en contextos urbanos y rurales	El intercambio de saberes hace referencia al diálogo entre culturas y pueblos, basados en la mutua comprensión, respeto y en la igual dignidad de las culturas. Implica la promoción de espacios entre sabedores ancestrales y actores territoriales para la identificación de aspectos propios e interculturales que favorezcan la intervención oportuna de las desarmonías relacionadas con las condiciones no transmisibles.
	Caminos propios e interculturales con enfoque diferencial para la atención de las desarmonías no transmisibles.	Se refiere a la construcción e implementación de los caminos propios e interculturales (rutas integrales y de atención de salud) que abordan saberes y acciones propias conducentes a lograr el cuidado de la salud individual, familiar, comunitaria y territorial; para el logro del “buen vivir o vivir bien” de los pueblos indígenas. Que

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS – RESULTADOS FINALES	ESTRATEGIAS	DEFINICIÓN DE LA ESTRATEGIA
		minimicen las barreras de acceso a la medicina ancestral indígena y a la complementaria, e integren un trabajo articulado entre el sector salud occidental y las estructuras propias de salud de los pueblos y comunidades indígenas.

6.3.3. Dimensión: armonía física, mental y espiritual.

Conjunto de estrategias propias, interculturales y complementarias para el fomento de la salud y el equilibrio físico, mental y espiritual de la persona, la familia, la comunidad y el territorio, en relación con la Ley de Origen de los pueblos indígenas. La dimensión busca recuperar la armonía con los antepasados, con lo sagrado, con la naturaleza y con las personas que rodean a la comunidad. Esta armonía es fundamental para mantener un equilibrio físico, mental y espiritual con los sitios sagrados, con la comunidad y con los demás seres de la madre naturaleza.

6.3.3.1.Objetivo general.

Contribuir a la garantía del derecho a la salud y al buen vivir de los pueblos indígenas, a través del fortalecimiento de las prácticas culturales e interculturales que favorecen la convivencia, armonía comunitaria y espiritual y que inciden sobre el equilibrio físico, mental y espiritual de la persona, la familia, la comunidad indígena y su territorio y, de las adecuaciones técnicas e institucionales que se requieran para la recuperación de la armonía espiritual y salud mental.

6.3.3.2.Objetivos de resultado y producto.

Tabla 5. Objetivos de resultado y Producto – Dimensión: armonía física, mental y espiritual.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS – RESULTADOS FINALES	ESTRATEGIAS	DEFINICIÓN DE LA ESTRATEGIA
Promover el mantenimiento y recuperación de la armonía física, mental y espiritual a partir de las prácticas culturales como factor protector de la salud de los pueblos y comunidades indígena.	Fortalecimiento de las prácticas culturales de crianza, cuidado y de los mecanismos propios de resolución de conflictos personales, familiares, comunitarios e interpueblos y actividades cotidianas propias que favorezcan la comunicación.	Hace referencia al fortalecimiento y recuperación de las prácticas culturales de los pueblos y comunidades indígenas tendientes a mantener el equilibrio físico, mental y espiritual en los diferentes entornos de convivencia, consideradas como factores protectores. También incluye el fortalecimiento de las prácticas culturales relacionadas con oficios, capacidades técnicas, educativas, lúdicas, deportivas y en artes, en coherencia con sus planes de vida y en el fortalecimiento de la participación de los adolescentes y jóvenes en las estructuras organizativas propias de estos grupos, de manera coordinada con otros sectores competentes. La estrategia implica además el desarrollo de acciones pertinentes para la recuperación de las habilidades para la comunicación familiar y comunitaria y para la resolución adecuada de conflictos, desde los mecanismos propios de la cultura, así como la gestión intersectorial para el fortalecimiento de la gobernabilidad de los pueblos indígenas y su jurisdicción especial indígena para la resolución de conflictos; violencias (intrafamiliar; de

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS – RESULTADOS FINALES	ESTRATEGIAS	DEFINICIÓN DE LA ESTRATEGIA
		género; interpersonales) y para la generación de mecanismos propios para el control del expendio y consumo de sustancias psicoactivas,
	Fortalecimiento de la medicina tradicional como mecanismo orientador y protector de la salud mental y de la armonía espiritual de los pueblos indígenas.	La estrategia busca recuperar, fortalecer y mantener el saber ancestral de la medicina tradicional de los pueblos indígenas, conservando sus rituales, prácticas culturales y las creencias de la relación entre el territorio, el ambiente y la comunidad. Implica el fortalecimiento de la medicina tradicional como factor protector de la salud mental así como apoyo en la detección temprana, de intervención y canalización de problemas mentales, desarmonías espirituales (violencias) y consumo de SPA.
	Fortalecimiento de capacidades de análisis y comprensión de los fenómenos socioculturales que atenten contra su identidad, con el territorio, el acervo cultural y el equilibrio territorial, físico y espiritual	La estrategia hace referencia al conjunto de acciones que permitan conocer, preservar y fortalecer la identidad cultural de los pueblos y comunidades indígenas. Implica el fortalecimiento de metodologías propias o externas que les permita comprender las dinámicas que están afectando su equilibrio físico y espiritual, así como todas aquellas desarmonías relacionadas con la espiral de la vida.
	Coordinación y articulación intersectorial y comunitaria para la gestión de factores protectores que inciden en el equilibrio físico, mental y espiritual de los pueblos y comunidades indígenas	Según la Política Nacional de Salud Mental, la articulación intersectorial debe considerar: a. Descripción de las acciones y estrategias dirigidas a la identificación y transformación de los determinantes de la salud mental que afectan la calidad de vida. b. Diseño, implementación y evaluación de las acciones complementarias para la atención integral en salud mental. c. La promoción, fortalecimiento y gestión de lo necesario para garantizar a la ciudadanía su integración al medio escolar, familiar, social y laboral, como objetivo fundamental en el desarrollo de la autonomía de cada uno de los sujetos (parágrafo del artículo 33, L. 1616/13). Para el caso de la estrategia aquí contemplada, se refiere a los procesos que se adelanten en el marco del consejo departamental de salud mental y comité departamental de drogas en los cuales se pueda analizar las necesidades y capacidades (en términos administrativos, de talento humano, población, perfil epidemiológico, entre otros) para definir la adopción y adaptación de las políticas (política nacional de salud mental y política integral para la prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas). En este sentido, debe garantizarse la participación de los pueblos indígenas en este espacio de coordinación y articulación intersectorial y deben quedar visible sus necesidades y capacidades en los planes de acción que se generen en estas instancias.
	Caminos interculturales para la atención de las desarmonías que afectan el equilibrio físico, mental y espiritual de pueblos y comunidades indígenas.	La estrategia hace referencia a la construcción e implementación de los caminos interculturales para la atención de las desarmonías que afectan el equilibrio físico, mental y espiritual (problemas, trastornos mentales y consumo de sustancias

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS – RESULTADOS FINALES	ESTRATEGIAS	DEFINICIÓN DE LA ESTRATEGIA
		psicoactivas) de los pueblos y comunidades indígenas. Los caminos interculturales incluyen las adecuaciones socioculturales en intervenciones, estrategias, protocolos y programas que realizan los diferentes actores del SGSSS, a partir de lo concertado con las autoridades indígenas para la atención de las desarmonías. Implica además el desarrollo de capacidades en el talento humano en salud para la adecuación sociocultural en intervenciones, estrategias, protocolos y programas y eliminación de las barreras de acceso para la atención de las desarmonías que afectan el equilibrio físico, mental y espiritual de los pueblos y comunidades indígenas.

6.3.4. Dimensión: autonomía y seguridad alimentaria y nutricional.

La dimensión de autonomía y seguridad alimentaria y nutricional constituye el conjunto de estrategias, planes, programas y proyectos que se desarrollan con el propósito de asegurar en las comunidades indígenas el derecho humano a la alimentación que tenga en cuenta la perspectiva desde lo propio, orientado a la reducción y prevención de los riesgos en salud asociados a los hábitos alimentarios y el fortalecimiento de capacidades institucionales y comunitarias para su abordaje, orientado a la pervivencia de los pueblos.

La autonomía, *seguridad alimentaria* y nutricional para los pueblos indígenas se basa en los sistemas productivos propios como Shagra, Tule, Conuco, Tumbao que tienen para asegurar su alimentación y que además están ligados al legado histórico, la sabiduría, la espiritualidad, la educación, los valores, el pensamiento y el proyecto de vida futuro orientado a la pervivencia de los pueblos y búsqueda del buen vivir.

6.3.4.1.Objetivo general.

Propender por la autonomía y la seguridad alimentaria y nutricional- SAN a través de la implementación de planes, programas y proyectos, y de la articulación transectorial, que garantice el goce efectivo del derecho a una alimentación efectiva de los pueblos indígenas.

6.3.4.2.Objetivos de resultado y producto.

Tabla 6. Objetivos de resultado y Producto – Dimensión: autonomía y seguridad alimentaria y nutricional.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS- RESULTADOS FINALES	ESTRATEGIAS	DEFINICIÓN DE LA ESTRATEGIA
Promover los sistemas propios de autonomía y seguridad alimentaria y nutricional de los pueblos indígenas.	Gestionar espacios de socialización y diálogo de saberes sobre los conocimientos y prácticas ancestrales relacionadas con la autonomía y	Se trata de realizar acciones sectoriales para generar espacios de dialogo e intercambio de saberes entre pueblos indígenas, sobre prácticas donde se destaca la alimentación propia, las formas de alimentación y/o preparación, modos de producción, tipos de alimentos, formas de adquisición de alimentos y los efectos positivos que tienen los alimentos de acuerdo a su

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.		
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS- RESULTADOS FINALES	ESTRATEGIAS	DEFINICIÓN DE LA ESTRATEGIA
	seguridad alimentaria y nutricional	contexto territorial y desde los usos y costumbres desde el manejo de rituales y las leyes naturales para producir.
	Articulación intersectorial para la formulación de políticas públicas de autonomía y seguridad alimentaria y nutricional	La estrategia hace referencia al desarrollo de procesos de articulación intersectorial para el fortalecimiento de los sistemas propios de producción que incluya las técnicas ancestrales y/o tradicionales para el manejo del suelo y de la producción de alimentos; así como de procesos de articulación con los pueblos indígenas en cuenta sus capacidades técnicas y legales. Implica el desarrollo de espacios y herramientas de coordinación y articulación intersectorial orientados a la formulación de planes, programas y proyectos, que propendan por el rescate de los sistemas propios de producción de alimentos y manejo del suelo y por el fortalecimiento de sistemas propios tradicionales de producción orgánica de alimentos. Incluye además la articulación para el fortalecimiento de las técnicas ancestrales y/o tradicionales para el manejo del suelo y de la producción de alimentos.
Contribuir al mejoramiento de la situación nutricional de las poblaciones indígenas teniendo en cuenta sus usos y costumbres priorizando la población más vulnerable	Caminos propios, complementarios e interculturales para el cuidado del estado nutricional de personas, familias y comunidades indígenas.	Hace referencia a la implementación de acciones sobre los caminos del cuidado de salud nutricional individual, familiar y comunitaria desde la sabiduría ancestral de los pueblos indígenas y desde las prácticas interculturales complementarias que se requieren para una buena alimentación. La estrategia propende por el fortalecimiento de prácticas alimentarias y productos propios de sus contextos territoriales y desde los usos y costumbres de las comunidades indígenas.
	Información, educación y comunicación para la salud	Hace referencia al desarrollo de estrategias de información en salud y/o de educación y comunicación para el fomento de la salud nutricional de los pueblos indígenas mediante la utilización de las tecnologías construidas interculturalmente y apropiadas por las comunidades que incluya programas de difusión, educación y comunicación sobre los procesos de autonomía y seguridad alimentaria.
	Fortalecimiento de la vigilancia en salud pública con base comunitaria.	La estrategia hace referencia al fortalecimiento de las capacidades de actores comunitarios para la detección y reporte de desarmonías relacionadas con la salud nutricional de personas, familias y comunidades indígenas.
Promover políticas públicas diferenciales relacionadas con la autonomía y seguridad alimentaria y nutricional	Participación de los pueblos indígenas en los espacios de planeación nacional, regional y local relacionados con la autonomía y seguridad alimentaria y nutricional.	La estrategia hace referencia al fortalecimiento de la participación de los pueblos indígenas en los espacios de planeación nacional, regional y local relacionados con la autonomía y seguridad alimentaria y nutricional. Implica la participación de representantes indígenas en los espacios de toma de decisiones relacionadas con la autonomía y seguridad alimentaria y nutricional.
6.3.5. Dimensión: tejido de la vida, familia y comunidad.		
Conjunto de acciones propias e interculturales para fortalecer la unidad familiar de los pueblos indígenas que se entreteje desde antes del nacimiento y durante toda la vida, en armonía con el		

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.

entorno social, histórico, cultural y espiritual, en estrecha relación con los saberes y acciones de la sabiduría ancestral, en cuyo proceso interviene la familia y la comunidad en el cuidado de la mujer embarazada y del recién nacido. Así mismo, las acciones están encaminadas a promover el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos en la población indígena, adaptados desde un enfoque intercultural del ciclo reproductivo de los pueblos indígenas.

6.3.5.1.Objetivo general.

Contribuir al fortalecimiento de la identidad cultural y el mejoramiento de la salud sexual y reproductiva de las poblaciones indígenas por medio de estrategias propias e interculturales que disminuyan la mortalidad materna y neonatal, así como las desarmonías intrafamiliares, y promuevan los derechos sexuales y reproductivos en los pueblos indígenas del país.

6.3.5.2.Objetivos de resultado y producto.

Tabla 7. Objetivos de resultado y Producto – Dimensión: tejido de la vida, familia y comunidad.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS – RESULTADOS FINALES	ESTRATEGIAS	DEFINICIÓN DE LA ESTRATEGIA
Contribuir con el mejoramiento del tejido de la vida para la reducción de la mortalidad materna y neonatal en las comunidades indígenas	Reconocimiento y protección de prácticas ancestrales para la protección y el cuidado de individual, familiar y comunitario.	Consiste en identificar las prácticas ancestrales para la protección del tejido de vida y para la atención del embarazo, parto y puerperio, y disposición de mecanismos normativos de protección de los sabedores y sabedoras así como sus prácticas ancestrales dentro y fuera de los territorios indígenas.
	Intercambio de saberes entre equipos de salud y sabedores ancestrales	Consiste en promover y desarrollar espacios de intercambio de saberes y acciones, a través de encuentros de diálogos de saberes, entre sabedores y sabedoras ancestrales y talento humano en salud no indígena, que intervienen en la atención del embarazo, parto y puerperio, sexualidad y derechos sexuales y reproductivos.
	Caminos propios para el cuidado de la salud en la preconcepción, concepción, embarazo, parto y puerperio.	Se refiere a la construcción de los caminos propios que abordan saberes y acciones propias conducentes a lograr el cuidado de la salud individual, familiar comunitaria y territorial; en la preconcepción, concepción, embarazo, parto y puerperio, para el logro del “buen vivir o vivir bien” de los pueblos indígenas.
	Caminos interculturales para el cuidado de la salud en la preconcepción, concepción, embarazo, parto y puerperio.	Se refiere a la construcción de los caminos propios e institucionales, que en conjunto abordan saberes y acciones conducentes a lograr el cuidado de la salud individual, familiar comunitaria y territorial; en la preconcepción, concepción, embarazo, parto y puerperio, cuya intersección genera la complementariedad o interculturalidad, para el logro del “buen vivir o vivir bien” de los pueblos indígenas.
	Fortalecimiento de las acciones propias de autocuidado en recién nacidos, jóvenes y gestantes.	Busca promover y desarrollar espacios de intercambio de saberes y acciones propias de autocuidado, a través de encuentros de diálogos de saberes entre sabedores y sabedoras ancestrales, personas, familias y comunidad, para recién nacidos y jóvenes, como los ritos de iniciación para la vida adulta, los cuales son fundamentales para la transición por la espiral de la vida y el equilibrio con el entorno.
	Caminos propios, complementarios e	Consiste en identificar, caracterizar y concertar las acciones propias, complementarias e interculturales

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.		
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS – RESULTADOS FINALES	ESTRATEGIAS	DEFINICIÓN DE LA ESTRATEGIA
	interculturales para el cuidado de la salud en relación con las infecciones de transmisión sexual.	para el cuidado de la salud individual, familiar, comunitaria y territorial, en relación con las infecciones de transmisión sexual.
	Red de atención obstétrica con enfoque intercultural.	Fortalecer la red de atención obstétrica con enfoque intercultural en el marco del MIAS-Ruta de atención de salud materna y perinatal.
	Vigilancia comunitaria en salud materna y neonatal.	Consiste en realizar el registro y seguimiento comunitario de las embarazadas y recién nacidos a través de herramientas y mecanismos que incluyan la identificación de factores de riesgo, y desarmonías, flujo de información, reporte oportuno, referencia; definidas por cada comunidad indígena.
Brindar una atención integral e intercultural para las personas y sus familias que han sufrido alguna desarmonía producto de todo tipo de violencias de género.	Caminos propios, complementarios e interculturales para la protección, sanación y curación de las víctimas y sus familias frente a desarmonías intrafamiliares producto de todo tipo de violencias de género.	Consiste en la construcción de los caminos propios e interculturales, que en conjunto abordan saberes y acciones conducentes a proteger, sanar y curar a las víctimas y sus familias, a la comunidad y al territorio frente a desarmonías intrafamiliares, que busca lograr el “buen vivir o vivir bien” de los pueblos indígenas.
	Fomento de espacios seguros dentro y fuera de los territorios indígenas, que contribuyan a la protección de las diferentes formas de violencias en contra de niños, niñas, adolescentes y mujeres.	Se refiere al establecimiento de espacios protectores colectivos entre las comunidades indígenas y las instituciones territoriales del Estado, que permitan proteger la persona, la familia y la comunidad; de formas de violencia sexual, trata de personas y explotación sexual de niños, niñas, adolescentes y mujeres.
	Sistemas de justicia propia interna para armonizar las relaciones sociales y el buen vivir de los individuos.	Generación de recursos protectores en la persona, la familia y el colectivo que propendan por fortalecer la unión, la ley de origen, principios ancestrales y el buen vivir de las comunidades indígenas, partiendo de sus prácticas culturales y pautas de crianza.
Garantizar los derechos sexuales y reproductivos y la equidad de género en los pueblos y comunidades indígenas respetando sus usos y costumbres	Espacios de diálogo intercultural.	Se busca que las mujeres indígenas tengan una formación sobre sus derechos legítimos en un marco de igualdad, libertad y autonomía individual. Así mismo, se quiere fomentar un diálogo entre los jóvenes indígenas donde se pueda reflexionar en torno a los roles existentes de los hombres y mujeres al interior de las comunidades y de cómo han venido cambiando para equilibrar mejor las cargas atribuidas a unas y otros.
	Generar espacios de diálogo de saberes para disminuir las prácticas nocivas que atentan contra la vida, la integridad y la salud de las mujeres indígenas.	La estrategia se enfoca en proteger los derechos humanos de todas las mujeres indígenas con el ánimo de evitar todo tipo de práctica que pueda poner en riesgo su salud o bienestar, como lo es la ablación o mutilación genital femenina en menores de edad. La estrategia busca erradicar todo tipo de violencia de género, para que haya una sensibilización y reconocimiento de las consecuencias que genera este fenómeno en la mujer, en la familia y en la comunidad; ejerciendo de manera libre y autónoma sus derechos sexuales y reproductivos.
	Investigación propia en salud sexual y reproductiva.	Como parte del diálogo intercultural con los pueblos indígenas, es importante fomentar la investigación en salud, con el fin de tener un conocimiento de las prácticas culturales donde se expliquen los comportamientos, valores, relaciones de género, factores de riesgo y factores protectores. Este conocimiento permitirá comprender las vivencias de los

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS – RESULTADOS FINALES	ESTRATEGIAS	DEFINICIÓN DE LA ESTRATEGIA
		pueblos y su forma de entendimiento de esta dimensión, así como, muchos conceptos utilizados en la vivencia diaria como la espiral de vida y el ciclo reproductivo de los pueblos indígenas.

6.3.6. Dimensión vida saludable y enfermedades transmisibles.

Los pueblos Los pueblos indígenas consideran que las enfermedades transmisibles alteran el equilibrio natural y cultural de sus comunidades porque desorientan la convivencia y son agentes externos de difícil intervención por la medicina ancestral, así como por la medicina occidental especialmente en los lugares más lejanos o zonas dispersas.

La dimensión propone un conjunto de estrategias sectoriales, transectoriales, comunitarias y de acciones propias e interculturales o complementarias, que buscan mejorar la relación entre el medio ambiente, la comunidad indígena y la naturaleza con el fin de mantener un equilibrio y armonía física y espiritual acorde con los usos y costumbres de los pueblos indígenas.

6.3.6.1.Objetivo general.

Garantizar la integración de acciones propias en salud indígena con las intervenciones colectivas interculturales para la protección y manejo de las enfermedades transmisibles en correspondencia con los usos y costumbres de los pueblos y comunidades indígenas.

6.3.6.2.Objetivos de resultado y producto.

Tabla 8. Objetivos de resultado y producto – Dimensión vida saludable y enfermedades transmisibles.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS – RESULTADOS FINALES	ESTRATEGIAS	DEFINICIÓN DE LA ESTRATEGIA
Reducir la carga de enfermedad y de las muertes tempranas y evitables por enfermedades emergentes, reemergentes y desatendidas a través de la implementación de acciones propias e interculturales	Identificar y caracterizar los riesgos y desarmonías en el individuo, la familia y la comunidad, relacionados con las enfermedades emergentes, reemergentes y desatendidas en la población indígena, focalizando la atención en salud a través de acciones propias y complementarias concertadas.	Se trata de identificar y realizar una caracterización explícita sobre el tipo de enfermedades emergentes y reemergentes tienen los pueblos indígenas que mediante la interacción intersectorial realice acciones para prevenir y mitigar o este tipo de enfermedades.
	Caminos interculturales para la atención de las desarmonías transmisibles, incluidas las alteraciones de la salud bucal, visual y auditiva	Se enfatiza en realizar acciones sobre procesos o caminos de la gestión o servicios de salud pública y del cuidado de la salud teniendo en cuenta la sabiduría ancestral, la interculturalidad respecto de las enfermedades emergentes y reemergentes y desatendidas en los pueblos indígenas.
	Vigilancia comunitaria indígena que articule las acciones propias e interculturales para fortalecer la búsqueda activa y el reporte de las desarmonías por transmisibles	Se trata de generar procesos acciones estrategias tanto a la comunidad indígenas como a las estructuras propias de salud e instituciones que prestan el servicio de salud sobre el reporte de las enfermedades transmisibles. Para lo cual es importante la articulación interinstitucional en el reporte de las

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.		
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS – RESULTADOS FINALES	ESTRATEGIAS	DEFINICIÓN DE LA ESTRATEGIA
		enfermedades o desequilibrios y desarmonías de la comunidad respecto de enfermedades transmisibles
	Capacidades y condiciones en el recurso humano propio e institucional para el abordaje integral de las desarmonías por transmisibles	Se trata de fortalecer los conocimientos, facilitar herramientas a las personas que ejercen labores de salud, sabedores o médicos ancestrales en los pueblos indígenas, especialmente en las estructuras propias de los pueblos e instituciones de salud.
Fortalecer la ruta intercultural del PAI teniendo en cuenta la cosmovisión y usos y costumbres de las comunidades indígenas O Reducir los riesgos de enfermar o morir por enfermedades o desarmonías prevenibles por vacunas en los pueblos y comunidades indígenas.	Fortalecimiento del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) de acuerdo con los conocimientos, creencias y costumbres indígenas	Se refiere a que se debe implementar el PAI en el 100% de los Entes Territoriales donde hay pueblos indígenas, mejorando las coberturas de vacunación, según esquema. Las estrategias y tácticas de vacunación a implementar deben hacerse a partir del reconocimiento de las cosmovisiones, creencias, saberes y prácticas de los grupos étnicos frente a la protección de la vida y las vacunas.
	Realizar un proceso de difusión comunicación sobre educación en salud y la importancia de la prevención de enfermedades o desequilibrios dentro de las comunidades, las cuales pueden prevenirse a través del sistema de vacunación	Se trata en la misma medida implementación acciones de comunicación y educación para la salud desde un enfoque intercultural y étnico, que permita a los diferentes grupos conocer las ventajas de la vacunación, aclarar mitos, falsas creencias y conocimiento de cuidados adecuados pos-vacunación, entre otros. Evaluar y hacer seguimiento a los indicadores de vacunación definidos en la herramienta de monitoreo, por EAPB, curso de vida y población indígena Lo mismo permitirá adelantar las acciones que ayuden a tener información territorial relacionada con el estado vacunal en la población indígena objeto del PAI.
Contribuir con la reducción de enfermedades transmitidas por vectores y zoonóticas en pueblos y comunidades indígenas.	Caracterizar la situación de salud de los pueblos y comunidades indígenas frente a las armonías y desarmonías relacionadas con las enfermedades endemo epidémicas (Enfermedades Transmitidas por Vectores, Zoonosis y Sanguíneas) en la población indígena, focalizando la atención en salud a través de acciones propias y complementarias concertadas.	Se enfatiza en realizar un identificación y caracterización real sobre las desarmonías que tienen los pueblos indígenas respecto de las enfermedades endemo epidémicas que están presentes en los territorios indígenas, para realizar intervenciones de acciones propias y complementarias.
	Intercambio de saberes para la intervención oportuna de desarmonías relacionadas con enfermedades endemo epidémicas (Enfermedades Transmitidas por Vectores, Zoonosis y Sanguíneas)	Se trata de realizar intercambio de saberes sobre las desarmonías dadas por las enfermedades epidémicas transmitidas por vectores y zoonosis, en las que se acuerden acciones conjuntas para intervenirlas de manera oportuna y garantizar el derecho a la salud.
	Caminos interculturales para la atención de las desarmonías relacionadas con enfermedades transmitidas por vectores y zoonóticas	Se trata realizar estrategias intersectoriales para la implementación de acciones interculturales referentes a las desarmonías en las enfermedades transmitidas por vectores y zoonóticas.
	Vigilancia en salud pública con base comunitaria que articule las acciones propias e interculturales	Se requiere articulación de las estructuras propias, las autoridades indígenas y los médicos o sabedores ancestrales para realizar

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS – RESULTADOS FINALES	ESTRATEGIAS	DEFINICIÓN DE LA ESTRATEGIA
	para fortalecer la búsqueda activa y el reporte de las desarmonías por transmitidas por las enfermedades endemo epidémicas (Enfermedades Transmitidas por Vectores y zoonosis).	un proceso de vigilancia que se reporte de manera permanente sobre las desarmonías endemo epidémicas presentes en las comunidades indígenas.

6.3.7. Dimensión Salud Pública en emergencias y desastres.

Conjunto de acciones propias, interculturales y complementarias para la protección de los territorios, las comunidades y población indígena ante los riesgos de emergencias y desastres con impacto en la salud pública, así como para el fortalecimiento de la capacidad de respuesta ante emergencias y desastres teniendo en cuenta las características sociales, culturales y ambientales de cada pueblo.

6.3.7.1.Objetivo general.

Promover la gestión, administración coordinación institucional para la implementación de acciones de prevención, protección y mitigación del riesgo de desastres, orientadas a la preservación espiritual, cultural y física de los pueblos y comunidades indígenas, teniendo en cuenta los lineamientos establecidos en la Ley 1523 de 2012 y en el Plan Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres.

6.3.7.2.Objetivos de resultado y producto.

Tabla 9. Objetivos de resultado y producto – Dimensión Salud pública en emergencias y desastres.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS – RESULTADOS FINALES	ESTRATEGIAS	DEFINICIÓN DE LA ESTRATEGIA
Mejorar las condiciones de vida de los pueblos y comunidades indígenas a través de la intervención de las condiciones de riesgo de emergencias y desastres en consideración con la ley de origen y las orientaciones espirituales, el derecho propio y el derecho mayor, en procura de la preservación integral de los pueblos indígenas.	Diálogo de saberes.	La estrategia hace referencia a la gestión para la realización de diálogo de saberes con la población indígena en torno al conocimiento sobre la relación con la madre tierra y a los puntos de encuentro colectivos para la prevención, cuidado, mitigación y atención de riesgos, en un marco pluriétnico e intercultural. La estrategia implica la gestión y generación de acuerdos, alianzas, cooperación y sinergias interinstitucionales para aunar esfuerzos para identificar los riesgos de origen natural, sicionatural, tecnológico y humano, con el fin de tener conocimientos e insumos para la prevención, mitigación y protección frente a riesgos, emergencias y desastres en comunidades indígenas, realizando intervención inmediata y oportuna.
Generar capacidades para el manejo, la reacción y respuesta a situaciones de emergencia y desastres o situaciones que alteren	Gestión intersectorial y propia para el fortalecimiento de mecanismos de reacción y atención frente a las emergencias, desastres o	La gestión intersectorial incluye el diseño, construcción e implementación de un sistema de alerta temprana y de programas de atención en emergencias y desastres, acorde a los contextos territoriales y culturales de las poblaciones indígenas.

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS – RESULTADOS FINALES	ESTRATEGIAS	DEFINICIÓN DE LA ESTRATEGIA
en buen vivir de los pueblos indígenas	situaciones que afecten la comunidad y territorio.	
	Fortalecimiento de la capacidad de respuesta de la comunidad, guardia indígena, promotores de salud, grupos especiales para detectar, informar y responder a eventos que irrumpen en un territorio indígena.	La estrategia involucra a la guardia indígena o autoridades indígenas Locales, Regionales y territoriales en la coordinación, comunicación y respuesta ante la identificación de situaciones de riesgo o amenaza, mediante procesos de capacitación de recurso humano que permitan apoyar la gestión territorial y de acciones preventivas basadas en la mitigación del riesgo.
	Fortalecimiento de la capacidad comunitaria para detectar, informar y responder a eventos que irrumpen en un territorio indígena ya sea de carácter nacional o zonas fronterizas.	La estrategia involucra a la guardia indígena o autoridades indígenas Locales, Regionales y territoriales en la coordinación, comunicación y respuesta ante la identificación de situaciones de riesgo o amenaza, mediante procesos de capacitación de recurso humano que permitan apoyar la gestión territorial.

6.3.8. Dimensión: Riesgos en salud en las ocupaciones.

Conjunto de políticas e intervenciones sectoriales y transectoriales, con enfoque intercultural, que busca el mejoramiento de las condiciones de vida, el bienestar y protección de la salud de las personas, familias y comunidades indígenas en sus dinámicas de trabajo, a través de la promoción de modos, condiciones y estilos de vida saludables en las actividades productivas propias y/o en el ámbito laboral, con el propósito de mantener el bienestar físico, mental y social de las personas y comunidades en todas las ocupaciones.

6.3.8.1.Objetivo general.

Contribuir con el mejoramiento de las condiciones de trabajo de las poblaciones y comunidades indígenas, reconociendo sus particularidades económicas en su ámbito sociocultural y garantizar los derechos asociados a la protección de quienes perteneciendo a estos grupos se encuentran participando de actividades laborales formales e informales, con el propósito de afectar posibles riesgos y enfermedades originadas en estas actividades y que inciden en las condiciones el buen vivir.

6.3.8.2.Objetivos de resultado y producto.

Tabla 10. Objetivos de resultado y producto – Dimensión: Riesgos en salud en las ocupaciones.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS – RESULTADOS FINALES	ESTRATEGIAS	DEFINICIÓN DE LA ESTRATEGIA
Contribuir con el mejoramiento de las condiciones de salud asociadas a las ocupaciones y dinámicas de trabajo de la población indígena no afiliada al Sistema General de Riesgos	Caracterización demográfica y epidemiológica en relación con las ocupaciones y dinámicas de trabajo de las comunidades indígenas su territorio.	Consiste en identificar la distribución y las cualidades propias relacionadas con los determinantes de los desequilibrios existentes en la población indígena, en un momento y lugar determinados, de acuerdo con las ocupaciones y dinámicas de trabajo que desarrollan, para orientar acciones a nivel individual, familiar y comunitario.

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS – RESULTADOS FINALES	ESTRATEGIAS	DEFINICIÓN DE LA ESTRATEGIA
Laborales (Trabajadores Informales).	Intercambio de saberes acerca de los desequilibrios o desarmonías derivadas de las ocupaciones y dinámicas de trabajo de la población indígena, a nivel individual, familiar y comunitario, para su intervención oportuna.	Consiste en promover diálogos de saberes entre sabedores ancestrales y actores institucionales, para fortalecer capacidades de intervención de los desequilibrios o desarmonías derivadas las ocupaciones y dinámicas de trabajo de las personas, familias y comunidades indígenas y en relación con su entorno ocupacional.
	Caminos interculturales para gestionar el riesgo de los desequilibrios o desarmonías derivadas de las ocupaciones y dinámicas de trabajo, de la población indígena, a nivel individual, familiar y comunitario.	Consiste en elaborar e implementar de manera intercultural y concertada la forma en que se atenderán los desequilibrios o desarmonías derivadas de las ocupaciones y dinámicas de trabajo en su territorio, con acciones a nivel individual, familiar y colectivo.
	Vigilancia comunitaria de las desarmonías derivadas de las ocupaciones y dinámicas de trabajo, de las personas, familias y comunidades indígenas.	Se basa en fortalecer las capacidades de actores comunitarios para la detección y reporte de desarmonías derivadas de las ocupaciones de las personas, familias y comunidades indígenas.

6.3.9. Dimensión gestión diferencial de poblaciones vulnerables.

A partir del reconocimiento al interior de los pueblos y comunidades indígenas, de sectores poblacionales que se encuentran en desventaja afectados por barreras y mayores vulnerabilidades, entre otras como son: niños, niñas y adolescentes; personas adultas mayores; personas con orientaciones sexuales o identidades de género no hegemónicas; personas con discapacidad y víctimas del conflicto armado. En esta dimensión se agrupan estrategias y acciones institucionales e intersectoriales con enfoques diferencial e intercultural, dirigidas a impactar los determinantes sociales de la salud asociados a inequidades injustas y evitables, que inciden negativamente en las condiciones de salud y vida de estos grupos específicos.

6.3.9.1.Objetivo general.

Incidir en el mejoramiento de las condiciones de vida y de salud de los siguientes grupos específicos de la población indígena: niños, niñas y adolescentes; personas adultas mayores; personas con orientaciones sexuales o identidades de género no hegemónicas; personas con discapacidad y víctimas del conflicto armado; en sus contextos socioculturales, promoviendo la garantía de sus derechos fundamentales, con enfoque diferencial.

6.3.9.2.Objetivos de resultado y producto.

Tabla 11. Objetivos de resultado y producto – Dimensión gestión diferencial de poblaciones vulnerables.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS – RESULTADOS FINALES	ESTRATEGIAS	DEFINICIÓN DE LA ESTRATEGIA.
Incidir en la garantía de los derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes indígenas mediante estrategias diferenciales e interculturales con el fin de impactar determinantes	Revisar y socializar a nivel nacional los lineamientos técnicos para la inclusión de la infancia y la adolescencia en los planes territoriales de desarrollo, incluyendo a	Acorde con lo establecido en el Artículo 2004 de la Ley 1098 de 2006, el Ministerio de Salud y Protección Social en coordinación con las demás entidades públicas nacionales responsables y las Autoridades Tradicionales Indígenas, revisarán, ajustarán y socializarán ante los mandatarios

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS – RESULTADOS FINALES	ESTRATEGIAS	DEFINICIÓN DE LA ESTRATEGIA.
sociales de salud, mejorar sus condiciones de existencia y superar inequidades injustas y evitables.	niños, niñas y adolescentes indígenas, para avanzar en la concreción de derechos fundamentales de estas poblaciones y disminuir inequidades.	territoriales y los pueblos indígenas, los lineamientos técnicos para la inclusión de la infancia y la adolescencia en los planes territoriales de desarrollo, incluyendo a las poblaciones de niños, niñas y adolescentes indígenas, con los debidos enfoques diferencial, intercultural y acciones afirmativas conducentes a la disminución de inequidades, y a la prevención de la situación de vida en calle y alta permanencia en calle.
	Gestión de conocimientos específicos sobre las condiciones de vida de los niños, niñas y adolescentes indígenas y las afectaciones derivadas sobre su salud.	Las administraciones departamentales, distritales y municipales con población indígena, en el marco de lo establecido en el artículo 204 de la Ley 1098 del 2006, dentro de los diagnósticos de la situación de la niñez y la adolescencia, en coordinación con las organizaciones o autoridades indígenas, levantarán información diagnóstica, con enfoque diferencial sobre la situación de la niñez y adolescencia indígena de la respectiva jurisdicción.
	Programas diferenciales para mejorar las condiciones de vida de la niñez y adolescencia indígena dentro de las políticas públicas de infancia y adolescencia con el propósito de mejorar condiciones de vida e inequidades en determinantes sociales de la salud	Las administraciones departamentales, distritales y municipales, en el marco de las políticas públicas territoriales que deben formular para la niñez y la adolescencia, según lo establecido en los artículos 201 a 204 de la Ley 1098 de 2006, en correspondencia con las necesidades y requerimientos identificados en los diagnósticos hechos para población de niños, niñas y adolescentes indígenas, incluirán programas específicos que contribuyan a la realización de derechos señalados en el Capítulo II de la Ley 1098 de 2006, los cuales se relacionan con: alimentación, salud, educación, desarrollo integral, recreación, participación y atención a la discapacidad, entre otros. Los anteriores, con la debida participación de las Autoridades Tradicionales Indígenas y poblaciones concernidas, con los enfoques diferencial e intercultural, y en armonía con los Planes de Vida de las comunidades indígenas.
	Desarrollo de programas diferenciales dirigidos a la niñez y adolescencia indígena, con el propósito de realizar derechos específicos y a la superación de inequidades que afectan sus condiciones de vida.	En el proceso de ejecución de los planes de desarrollo y de las políticas de infancia y adolescencia, formulados para el periodo 2020–2024, las entidades territoriales, en coordinación con las Autoridades Tradicionales Indígenas y con enfoques diferencial e intercultural, estarán ejecutando programas dirigidos a atender derechos de la población de niños, niñas y adolescentes indígenas.
	Gestión de conocimiento situacional en salud, adecuación y desarrollo de procesos de atención diferencial para la población de niños, niñas y adolescentes indígenas con un enfoque intercultural en los servicios de salud.	En desarrollo de los enfoques diferenciales e interculturales previstos en las normatividad en salud y en el PDSP, acorde con los derechos colectivos de los pueblos indígenas consagrados en la Constitución Política y en el Convenio 169 de la OIT, en reconocimiento de las particulares de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes indígenas, las instituciones del sector salud fortalecerán el conocimiento de las afectaciones específicas en salud y sus determinantes en relación con estas poblaciones indígenas; y las instituciones prestadoras de servicios u otras encargadas de desarrollar acciones en salud pública, adecuarán servicios de salud, con enfoque diferencial accesibles y aceptables para estos grupos de

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS – RESULTADOS FINALES	ESTRATEGIAS	DEFINICIÓN DE LA ESTRATEGIA.
		población y enfocados a atender necesidades específicas. De igual manera, en el proceso de formulación del SISPI se plantearán lineamientos de adecuación a la atención de niños, niñas, adolescentes y jóvenes indígenas teniendo en cuenta sus particularidades.
Mejorar la salud y calidad de vida de las personas indígenas adultas mayores, mediante la promoción de una respuesta integral a sus necesidades y la consecuente articulación de acciones sectoriales, intersectoriales y comunitarias que determine un abordaje de la salud basado en los DSS.	Identificación de la situación de salud de la población indígena adulta mayor bajo el enfoque de los DSS y Determinantes del Envejecimiento Activo y Saludable.	Esta estrategia consiste en disponer de información actualizada sobre la situación de salud y sobre aspectos económicos, sociales, culturales, ambientales, personales, demográficos, epidemiológicos, y de organización y disposición de recursos (humanos, tecnológicos, conocimientos y prácticas, infraestructura, comunitarios, de apoyo social, espirituales) que definen las condiciones y las respuestas en salud y protección social a la población indígena adulta mayor. Debe ser el resultado de procesos participativos en cada contexto, y/o territorio y deberán permitir la concertación sobre las necesidades y prioridades en salud valoradas desde la óptica técnica e institucional y desde la cosmovisión de los adultos mayores indígenas, por lo tanto deben ser insumo estratégico para la planificación de acciones concretas que contribuyan a la garantía del derecho a la salud de la población indígena adulta mayor.
	Adecuación de servicios y respuesta diferencial en salud a la población indígena adulta mayor haciendo énfasis en los procesos de calidad y humanización de los servicios de salud.	Esta estrategia se enfoca hacia el favorecimiento de dinámicas que permitan la transmisión intergeneracional de experiencias y conocimientos en salud a las futuras generaciones. Se centra en la revitalización y protección de los sistemas de conocimientos tradicionales que contribuyen a conservar la cultura y tradiciones orientadas a garantizar las formas de vida sostenibles de las comunidades. Busca evitar que los conocimientos que se han producido y aplicado de forma ancestral se pierdan y así mantener sus sistemas de vida, territorios y recursos, de tal forma que aseguren su salud y la de sus comunidades. Una alternativa puede ser la generación de espacios entre personas indígenas adultas mayores y jóvenes, para que sabios/curanderos/mamos y demás autoridades tradicionales transmitan sus conocimientos a través de rituales, festividades u otras formas propias, de tal forma que exista una conexión sólida con sus culturas ancestrales través de los conocimientos tradicionales, idiomas nativos y prácticas ceremoniales. Otra forma que contribuye a implementar esta estrategia puede ser a través de la recuperación de la memoria ancestral a través de recursos documentales, audiovisuales u otro tipo de registro que permita preservar y recuperar las experiencias y prácticas de los pueblos indígenas.
	Participación de las personas indígenas adultas mayores en los espacios de concertación y planeación regional y local para contribuir al logro del buen vivir.	Consiste en consolidar la contribución de la población adulta mayor en la definición de acciones que buscan mejorar su salud y calidad de vida. Así, a través de la conformación de espacios de reflexión y análisis sobre las problemáticas que afectan la salud y el bienestar de los adultos mayores indígenas esta estrategia establece la incorporación de procesos que garanticen la participación efectiva

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS – RESULTADOS FINALES	ESTRATEGIAS	DEFINICIÓN DE LA ESTRATEGIA.
		de los adultos mayores en los escenarios de planeación territorial a través de los planes de desarrollo y los planes territoriales en salud. Igualmente, garantizar la contribución de los adultos mayores en la definición de los esquemas de salud intercultural que se diseñarán a partir de la implementación del SISPI en los distintos contextos que enmarcan la vida de las personas indígenas adultas mayores en el territorio.
	Procesos intersectoriales de respuesta a la población indígena adulta mayor a través de los programas de asistencia social.	Esta estrategia consiste en promover un ejercicio de respuesta articulada, coordinada y multidimensional frente a la complejidad que representan las realidades de las poblaciones indígenas adultas mayores, enmarcadas en una historia de pobreza, aislamiento relativo y marginalización. En efecto, establece la generación de alianzas entre instancias gubernamentales y no gubernamentales, comunitarias y familiares para adelantar proyectos y/o iniciativas que favorezcan las condiciones de vida, el autocuidado, la salud y el mejoramiento de los entornos físicos en los que se desarrolla la vida diaria de la población indígena adulta mayor. Implica la coordinación intersectorial para garantizar el acceso a programas de alimentación, a las ayudas económicas de subsistencia mínima a través de programas para el adulto mayor y las medidas para contrarrestar las barreras geográficas, económicas, culturales y/o administrativas que obstaculizan el acceso de las personas indígenas adultas mayores tanto a los servicios de salud como a los servicios sociales.
	Fortalecer los lazos sociales entre las personas indígenas adultas mayores y los miembros de sus familias y comunidades, como estrategia para consolidar redes de apoyo social que favorezcan la salud y el bienestar de la población indígena adulta mayor.	Esta estrategia establece la necesidad de potencializar las prácticas y acciones que tradicionalmente han sido factores protectores para la salud de los pueblos indígenas. Las relaciones sociales y el apoyo familiar y comunitario contribuyen al cuidado de la salud y el bienestar de las personas indígenas adultas mayores, y deben ser consideradas estrategias fundamentales para mantener o mejorar el bienestar material, físico, emocional, mental y social de esta población.
Generar y fortalecer procesos de conocimiento y de adecuación en la atención en salud, con enfoque diferencial, para superar barreras y lograr un acceso incluyente de las poblaciones indígenas discriminadas o afectadas por inequidades en razón de su condición de género.	Gestión de conocimiento sobre la situación de inequidad, vulneración de derechos y en salud, en razón a las condiciones de género en pueblos indígenas; con la participación de los diversos grupos de identidades de género de las comunidades indígenas.	Basados en los enfoques interculturales, diferenciales y de género, y reconociendo la existencia de poblaciones diversas en razón del género en las comunidades indígenas, las instituciones del sector salud a nivel nacional fortalecerán el conocimiento de condiciones de salud, afectaciones específicas en salud y sus determinantes en relación con estas poblaciones indígenas; con el propósito de fortalecer lineamientos de acción que conduzcan a superar barreras e inequidades en el acceso y condiciones de salud.
	Programas de capacitación y/o educación y comunicación con comunidades indígenas en torno a la equidad de género y al logro de una vida libre de violencias	Previa coordinación interinstitucional y con organismos de cooperación, centros académicos u ONG, las entidades territoriales departamentales y distritales (a través del organismos competente) realizarán programas de capacitación y/o educación y comunicación, con enfoque diferencial e intercultural, coordinadas con la autoridades indígenas y con la participación de las diversidades

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.		
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS – RESULTADOS FINALES	ESTRATEGIAS	DEFINICIÓN DE LA ESTRATEGIA.
		de género existentes en las comunidades indígenas, enfocadas al reconocimiento, la no discriminación, no violencia y equidad en razón del género.
	Incorporación dentro del SGSSS y en la formulación del SISPI de lineamientos estratégicos para la incorporación de enfoques en salud con perspectiva de género	Dado el proceso de estructuración del SISPI como “conjunto de políticas, normas, principios, recursos, instituciones y procedimientos” (Art. 74 Decreto 1953 de 2014) para el desarrollo del sistema de salud de los pueblos indígenas, es fundamental que en este se contemplen lineamientos para que en los principios, el conjunto de prestaciones y atención, entre otros, se incorpore, con enfoque de derechos y diferencial, la perspectiva de género. Para de esta manera superar barreras que afectan, discriminan o generan inequidades en razón de la pertenencia de género.
Promover el bienestar e inclusión de la población indígena con discapacidad para que participe plenamente en la vida de sus comunidades, a través de acciones concertadas que tengan en cuenta la cultura y la visión de cada pueblo indígena pero que al mismo tiempo avancen hacia la eliminación de cualquier forma de discriminación y/o estigmatización de la que pueden ser víctimas las personas que presentan esta condición.	Gestión de información y conocimiento para la población indígena en condición de discapacidad	Esta estrategia busca que el país y las entidades territoriales dispongan de información para apoyar las decisiones frente a las acciones concertadas que implica garantizar la salud de la población indígena en condición de discapacidad. La captura y gestión de la información y conocimiento debe dar cuenta de la situación real de los pueblos indígenas frente a la prevalencia y distribución de los tipos de discapacidad que los afectan, además de identificar y analizar información cuantitativa y cualitativa que reflejen la situación de los pueblos teniendo en cuenta los aspectos que repercuten en las condiciones de inclusión y bienestar que se presentan en diferentes contextos culturales, económicos y sociales. Esta estrategia exige el diseño de herramientas innovadoras para la gestión del conocimiento sobre esta temática y establece un ejercicio de incidencia para lograr que en los registros, estudios de discapacidad o de pueblos indígenas se incorpore la variable étnica de los pueblos indígenas y la información sobre discapacidad.
	Planificación territorial en salud para la incorporación del subdiferencial de discapacidad dentro del enfoque diferencial étnico.	Esta estrategia está encaminada a consolidar una planificación integral en salud que incluya los distintos diferenciales que existen para la población indígena. Implica profundizar en el conocimiento y comprensión de la diversidad de los pueblos indígenas frente a la discapacidad y generar espacios de diálogo entre la institucionalidad y las comunidades, que permitan discutir y reflexionar sobre las problemáticas y potencialidades que tiene las personas que presentan dicha condición y de manera concertada, diseñar e implementar respuestas efectivas desde la propia cultura e identidad de los pueblos y desde las exigencias que demanda el abordar este tema bajo un enfoque de Derechos Humanos. También señala una labor de abogacía e incidencia por parte de las Autoridades Sanitarias para que desde la visión intersectorial y transectorial de la salud se promueva la incorporación del enfoque diferencial de la población con discapacidad indígena en las políticas y programas que se adelanten en el nivel nacional y/o territorial.

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS – RESULTADOS FINALES	ESTRATEGIAS	DEFINICIÓN DE LA ESTRATEGIA.
Garantizar el desarrollo de las acciones en salud pública con enfoque diferencial, requeridas para el mejoramiento de las condiciones de vida y de salud de la población indígena víctima del conflicto armado.	Incorporar dentro del PAPSIVI la ruta diferencial de atención a la población indígena víctima del conflicto armado	El PAPSIVI está definido como “el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones interdisciplinarias diseñados por el Ministerio de Salud y Protección Social para la atención integral en salud y atención psicosocial...orientadas a superar las afectaciones en salud y psicosociales relacionadas con el hecho victimizante”, dadas las particularidades socioculturales de los pueblos indígenas y de las víctimas del conflicto armado pertenecientes a estos grupos, para la concreción del enfoque diferencial en relación con estas personas y colectivos, el PAPSIVI desarrollará una ruta diferencial adecuada social y culturalmente, con el propósito de mejorar condiciones de salud y restaurar derechos de estas víctimas del conflicto armado.
	Coordinar acciones intersectoriales para la atención integral de la población indígena víctima del conflicto armado.	Las entidades territoriales con población indígena víctima de la violencia armada, en sus programas de atención, protección y reparación integral de las víctimas del conflicto armado, y según lineamientos derivados de la Ley 1448 y del Decreto 4633 de 2011, incluirán acciones intersectoriales, con enfoque diferencial dirigidas a restaurar derechos, mejorar condiciones de vida y de salud de estas poblaciones, y prevenir el riesgo de calle.

6.3.10. Dimensión fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud.

Se concibe como el conjunto de acciones que en el marco de las políticas públicas en salud garantizan la adopción y adaptación de los instrumentos normativos, regulatorios, metodológicos, técnicos y operativos para la implementación de modelos de atención en salud con enfoque intercultural hacia la población indígena. Parte del fortalecimiento de las capacidades institucionales y comunitarias, especialmente las estructuras propias, para establecer diálogos constructivos entre actores de diferentes culturas, que generen relaciones respetuosas y equitativas bajo el reconocimiento de los saberes y conocimientos, creencias y prácticas tradicionales de los distintos pueblos indígenas y de las posibilidades de complementar e integrar otras perspectivas convencionales de atención en salud, de tal forma que se logre diseñar respuestas efectivas a las necesidades y expectativas legítimas que en materia de salud demanda esta población.

6.3.10.1.Objetivo general.

Establecer mecanismos de respuesta, articulación y coordinación que contribuyen a la garantía del derecho fundamental al buen vivir de la población indígena, a partir de la incorporación del enfoque intercultural y diferencial como eje transversal de las políticas e iniciativas que se adelantan en salud y en los demás ámbitos del desarrollo relacionados con la calidad de vida y bienestar de estas poblaciones.

6.3.10.2.Objetivos de resultado y producto.

Tabla 12. Objetivos de resultado y producto – Dimensión fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud.

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS – RESULTADOS FINALES	ESTRATEGIAS	DEFINICIÓN DE LA ESTRATEGIA
Garantizar el acceso de la población indígena a servicios de salud integral propios y complementarios, con calidad, oportunidad, bajo la implementación del enfoque diferencial étnico.	Elaboración de modelos propios e interculturales territoriales, que incorporen los caminos para la atención integral en salud (rutas).	Esta estrategia está encaminada a identificar, comprender y eliminar barreras de acceso a la salud que enfrenta la población indígena en los diferentes contextos en los que se desarrollan sus vidas. Pretende intervenir los obstáculos en la atención de salud como: la ubicación geográfica en zonas dispersas y alejadas , las condiciones económicas precarias que limitan la posibilidad de desplazamiento, alojamiento y alimentación de la población para poder adquirir los servicios de salud, las barreras administrativas que se relacionan con insuficientes coberturas de aseguramiento y/o las deficiencias en la oferta y capacidad instalada de las redes de atención, las barreras lingüísticas que se presentan por la ausencia de personal de la salud que hable la lengua de la población indígena y las barreras culturales que limitan el intercambio de saberes y dificultan la posibilidad de potencializar una atención de calidad. Es importante tener en cuenta que esta línea estratégica se debe desarrollar a través de un dialogo de saberes entre el sector salud competente y la población indígena en los diferentes contextos en los que habitan (rurales y urbanos), con el fin de identificar los determinantes sociales propios e interculturales que determinan la salud individual, familiar y colectiva de la comunidad y se incorporen intervenciones desde la práctica, cosmovisión y cultura que lleven al buen vivir de los individuos.
	Prestación de servicios de salud con calidad y enfoque diferencial para población indígena.	Se orienta mediante la implementación de acciones que se traduzcan en una prestación de servicios de salud efectiva en sus resultados y con la pertinencia étnica y cultural que asegure la aceptabilidad y satisfacción de la población indígena. Implica acciones dirigidas a la formación y sensibilización del talento humano en salud para una atención con calidad y calidez, basada en un enfoque intercultural y de respeto frente a la cultura y cosmovisión de los pueblos indígenas. Además, señala innovación y adaptación en la gestión y administración de los recursos financieros, humanos, tecnológicos, y de infraestructura para que puedan ser suficientes, adecuados y disponibles a los contextos, necesidades y realidades de los pueblos indígenas. La calidad en la atención en salud de la población indígena debe concebirse como un proceso de mejoramiento continuo que parte de la comunicación y relación permanente entre los servicios de salud institucionales y los procedimientos y prácticas tradicionales utilizadas por las comunidades. Para ello, se debe tener en cuenta la implementación territorial de la Circular 011 del 2018.
	Fortalecimiento del Sistema de Vigilancia en Salud	Esta estrategia está encaminada a la formulación y aplicación de criterios y

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS – RESULTADOS FINALES	ESTRATEGIAS	DEFINICIÓN DE LA ESTRATEGIA
	Pública articulando criterios y conceptos propios de salud indígena, que permitan el análisis y comprensión del estado de salud de la población, con enfoque diferencial.	conceptos propios de la cosmovisión indígena, que se articularan al SIVIGILA, con el fin de permitir la captura, producción, análisis y divulgación de información acerca de las condiciones de vida y salud de la población, teniendo en cuenta el contexto cultural que la caracteriza, de tal forma que las decisiones sobre las iniciativas, políticas y/o programas institucionales se acerquen más a la intervención e implementación efectiva de acciones afirmativas a nivel territorial y nacional. Para su análisis se debe incorporar información cuantitativa y cualitativa para contribuir a la comprensión de los factores sociales y culturales que configuran los conocimientos, actitudes y prácticas de los individuos y comunidades indígenas en la concepción, mantenimiento y restauración de su salud. Establece retos en la innovación y utilización de métodos de investigación a partir de formas operativas y prácticas. Por ejemplo, formas participativas de planificación-acción-reflexión-acción o investigación en implementación, como estrategias de generación de conocimientos e información mientras se actúa. Este tipo de investigación constituye mayor pertinencia y adaptación a las dinámicas variables que representa cada pueblo indígena y aporta a instrumentar soluciones que fortalecen la organización y participación de estos pueblos en la toma de decisiones y la gestión para la salud.
	Seguimiento a la prestación de servicios de salud con enfoque diferencial a las EPS, EPSI, IPS, IPSI y ESES, y la protección al buen vivir de la población indígena.	La finalidad de la estrategia es garantizar la prestación de servicios de salud con calidad, seguridad, eficacia y oportunidad, incorporando el enfoque intercultural y diferencial para población indígena. Respetando su cultura, cosmovisión y saberes ancestrales. A través del monitoreo continuo a las diferentes entidades que prestan sus servicios de salud a usuarios indígenas, se espera mejorar la atención en salud y el buen vivir de esta población. Para el desarrollo de esta estrategia es necesario el dialogo intercultural entre los diferentes sectores de la salud y las pueblos y comunidades indígenas. Con el objeto de establecer unos principios y criterios propios que se articulen a los RIPS y SIVIGILA, para su posterior implementación.
	Diseño de mecanismos que garanticen el aseguramiento al SGSSS del total de la población indígena.	A través del dialogo entre los cabildos indígenas y el sector competente para el aseguramiento al SGSSS, buscará establecer acciones afirmativas con enfoque diferencial, que permitan el acceso a la población indígena teniendo en cuenta: la ubicación geográfica, contexto, ciclo de vida, dinámicas arraigadas a la cosmovisión y cultura. Con el objeto de alcanzar la afiliación al SGSSS del 100% de los individuos. Así mismo, busca la participación activa de los cabildos y sus autoridades en el

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS – RESULTADOS FINALES	ESTRATEGIAS	DEFINICIÓN DE LA ESTRATEGIA
		proceso de aseguramiento ya que son los conocedores directos de la población que dirigen y los censos poblacionales registrados en el Ministerio del Interior, y son responsables de velar por el derecho a la salud de sus pueblos y comunidades. La participación de los cabildos indígenas será la garantía de la afiliación al SGSSS del total de la población, por ende, asegurar el acceso a los servicios de salud complementario (desde la medicina occidental) de todos. Con ello se espera mejorar el buen vivir del indígena colombiano.
	Mecanismos de recuperación y fortalecimiento del primer nivel de atención en salud propio e intercultural de los pueblos indígenas.	Esta línea estratégica parte de que la medicina ancestral /tradicional basada en las plantas, tratamientos y los sabedores tradicionales, representan la principal fuente de atención en salud de los pueblos indígenas. Es culturalmente aceptada, de fácil acceso y asequible por estar presente en su entorno y hábitat ancestral y no ancestral. Además, esta medicina cimentada en el saber ancestral de los pueblos indígenas hace más de 500 años, ha demostrado ser una fuente de alta confiabilidad dentro de las alternativas terapéutica para afrontar las enfermedades transmisibles y no transmisibles, que ha permitido la supervivencia y sobrevivencia de los pueblos indígenas en Colombia. Sin embargo, a través de los tiempos a medida que los pueblos indígenas han pasado por un proceso de aculturación, sus prácticas medicinales son la última alternativa para sus tratamientos en estado de desarmonías (enfermedad), que indudablemente se refleja en el aumento de enfermedades en los pueblos y comunidades indígenas en Colombia, afectando su buen vivir. En este contexto esta línea estratégica tiene como objeto: recuperar y fortalecer la medicina ancestral y sus componentes en el marco cultural y práctico indígena en busca de ayudar a salvar vidas y de mejorar el buen vivir de la población a través de la formulación de mecanismo de recuperación y fortalecimiento diseñados desde el dialogo intercultural y la participación activa entre la población indígena y el sector salud competente para posteriormente ser implementados en los territorios (rural y urbanos) indígenas, en el marco de la articulación del SGSSS y el SISPI.
	Elaboración de un Modelo de Salud Integral Propio e Intercultural de Colombia.	La estrategia propone el diseño y elaboración de un modelo de salud propio e intercultural indígena de Colombia desde la participación activa de las comunidades y pueblos, sus organizaciones y el sector salud institucional. Su diseño se debe realizar a partir de círculos de palabra con articulación intercultural e interdisciplinaria de sus participantes, contando con la presencia de los representantes indígenas competentes en el área. Entre ellos, sabedores que ejercen la medicina indígena en sus diferentes ramas (partera, chamanes,

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS – RESULTADOS FINALES	ESTRATEGIAS	DEFINICIÓN DE LA ESTRATEGIA
		sobanderos etc.), también se debe contar con profesionales indígenas de diferentes áreas (ciencias humanas, ciencias sociales y ciencias de la salud) que articulen los dos saberes (propios y complementarios) y las entidades competentes del estado que integren un equipo de trabajo intersectorial y transectorial. En segundo lugar, se debe compilar la información secundaria de los diferentes modelos indígenas elaborados a nivel territorial en Colombia, con la finalidad de elaborar las líneas estratégicas y operativas transversales del modelo general. Con la participación efectiva de las dos partes indígenas y el sector salud del Estado, se espera un Modelo de Salud Integral Propio e Intercultural Indígena en Colombia, para implementar en el marco del SISPI.
	Estrategias de adecuación institucional, infraestructuras y sensibilización a funcionario de las oficinas que prestan servicios de salud a población indígena.	Define las acciones que se deben realizar para la adecuar infraestructura, funcionamiento institucional y sensibilización a funcionarios del sector salud que atiende a la población indígena.
Consolidar un sistema de salud que incorpora el enfoque diferencial e intercultural y garantiza el acceso a una atención en salud bajo esquemas de organización y operación concertados, que tiene en cuenta la cosmovisión y prácticas de salud tradicionales en un contexto geográfico, económico, social y cultural que identifica a cada pueblo indígena.	Formulación y desarrollo del Sistema Indígena de Salud Propio e intercultural en respuesta a las demandas, necesidades y expectativas que en salud tiene cada pueblo indígena.	Esta estrategia consiste en dar cumplimiento a nivel nacional y territorial a los compromisos y responsabilidades definidas y acordadas para el SISPI a través de la Circular 011 de 2018. Implica ejercicios de planificación y diálogo entre la institucionalidad y los representantes de la población indígena que permitan una construcción participativa y efectiva en el diseño y operación de los esquemas que orientarán las respuestas en salud para la población indígena en cada contexto. Define aspectos normativos, técnicos y comunitarios que permitan la coordinación y articulación entre la medicina indígena y la occidental desde una perspectiva de complementariedad y no de imposición de un sistema sobre el otro. Implica diálogos basados en el respeto mutuo, que concrete propuestas de atención y prestación de servicios propios e interculturales de salud sostenibles y que respondan a las necesidades en salud que han sido identificadas por las personas y la comunidad. Deben ser sensibles y pertinentes a las realidades culturales y medioambientales que enmarcan la cotidianidad de los distintos pueblos indígenas. Así, los esquemas de atención concertados en el marco de la implementación del SISPI surgen de un reconocimiento igualitario a los conocimientos que representan las distintas culturas y de la voluntad para interactuar independientemente de las diferencias, por tanto, deben ser lo suficientemente flexibles para cambiar como resultado de estas interacciones y ser susceptibles de evaluación con el propósito de medir los resultados en la salud de la población.
	Formulación y desarrollo del Plan del Cuidado para la Vida	El PCVC – PI estará basado en la filosofía del buen vivir, y se fundamentará en el

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS – RESULTADOS FINALES	ESTRATEGIAS	DEFINICIÓN DE LA ESTRATEGIA
	Colectiva (PCVC – PI) de los Pueblos Indígenas, en armonía con los Análisis de la Situación en Salud, autodiagnósticos propios y Plan de Vida o instrumento de planeación propia.	fortalecimiento y mantenimiento de las relaciones de armonía y equilibrio con el territorio, la madre tierra y todo lo que en ella habita, así como con los elementos de cosmovisión e identitarios de los pueblos indígenas, para el fomento del “Buen vivir” y de la salud propia e intercultural, y protección frente a “desequilibrios o desarmonías”, discapacidad y mortalidad evitable. Las actividades del PCVC – PI serán gratuitas, obligatorias y concertadas. Estarán orientadas por las comunidades indígenas, autoridades tradicionales y sabedores ancestrales (incluyendo las interculturales), quienes de acuerdo a su competencia podrán ejecutarlas. El PCVC – PI además de las actividades complementarias, incorporará las actividades propias e interculturales para intervenir “desequilibrios o desarmonías”, desde lo propio o tradicional, de la población indígena de su jurisdicción, y responderá a los Planes de Vida o instrumentos de planeación propia.
	Fortalecer la gestión, organización y prestación de servicios de salud con los pueblos indígenas para la incorporación de personal delegado por las propias comunidades en el marco de la formación para el Trabajo y el desarrollo Humano con enfoque intercultural	La estrategia está orientada a promover la formación técnica laboral en salud pública o en enfermería con enfoque intercultural, de acuerdo a las necesidades de los pueblos indígenas, perfil epidemiológico y contexto territorial. Para su desarrollo, es importante precisar que es un proceso de concertación y gestión liderada por las Direcciones Territoriales de Salud (DTS), en coordinación con las Secretarías Municipales de Salud, el Servicio Nacional de Aprendizaje – SENA, instituciones del sector salud, Autoridades Indígenas, este Ministerio y en algunos territorios con Cancillería, ONG y otros actores financiadores o interesados en apoyar la iniciativa. En la etapa lectiva de formación, el SENA brinda la formación para el trabajo y desarrollo humano. Las Direcciones Territoriales de Salud (DTS) deben garantizar los gastos de manutención que dé a lugar (recursos para alimentación, alojamiento y transportes durante la formación). Posteriormente, en la etapa productiva, las Empresas Promotoras de Salud (EPS), las instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), las Empresas Sociales del Estado (ESE) podrán brindar la vinculación por contrato de aprendizaje. Este contrato podrá tener un reconocimiento económico de un (1) salario mínimo mensual legal vigente.
	Implementar programas de formación continua para el Talento Humano del sector salud con enfoque intercultural	La formación continua o complementaria con enfoque intercultural, debe estar dirigida a todo el talento humano del sector salud, con el fin de promover la idoneidad, la actualización y el desarrollo permanente del personal de salud, de acuerdo a las necesidades, particularidades y prioridades de las comunidades indígenas en cada territorio. Así mismo, las acciones de

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS – RESULTADOS FINALES	ESTRATEGIAS	DEFINICIÓN DE LA ESTRATEGIA
		formación continua se encuentran enmarcadas dentro del desarrollo de la Política de Talento Humano, considerando el cumplimiento de las responsabilidades de los actores del Sistema de Salud, en el contexto de su práctica y la responsabilidad social para garantizar el derecho a la salud con enfoque intercultural.
	Fortalecimiento de las capacidades institucionales y comunitarias para garantizar una planeación en salud integral que identifica necesidades y respuestas concertadas para el mejoramiento de la salud de la población indígena y define mecanismos de seguimiento, monitoreo y evaluación.	Esta estrategia se enmarca en el fortalecimiento y consolidación de la participación efectiva de los pueblos indígenas en los procesos de gestión para la salud. Fomenta la participación y creación de instancias comunitarias de representación y abogacía de los pueblos indígenas para incidir en el mejoramiento de su salud. Establece la generación y el fortalecimiento de capacidades con líderes y sabios indígenas para incidir en la incorporación del enfoque intercultural en los esquemas y procesos que estructura el sistema de salud en Colombia. Establece el fortalecimiento de la población indígena frente a su participación en los esquemas de monitoreo, seguimiento y evaluación de los acuerdos logrados en distintas instancia para mejorar la calidad de vida de esta población. Igualmente busca la generación de competencias para visibilizar la presencia de los pueblos indígenas en todo el territorio nacional e impulsar las acciones coordinadas e intersectoriales que respondan a las problemáticas complejas de esta población, las cuales superan el ámbito de acción del sector salud.
	Encuentros intersectoriales e interdisciplinarios para la generación de conocimiento e intercambio de experiencias y metodologías aplicables al abordaje de la interculturalidad en salud.	Esta estrategia tiene el propósito de consolidar espacios para el diálogo y la construcción conjunta de conocimientos, investigaciones, capacitaciones, intercambio de experiencias y demás estrategias que permitan aproximarse a las realidades de los pueblos indígenas y a las mejores prácticas para lograr esquemas de atención en salud con enfoque intercultural. Busca apertura en la participación de distintos actores con visiones distintas sobre los procesos en salud y enfermedad, de tal forma que se generen sinergias y lazos de confianza. Permite avanzar en la capacidad de decidir y actuar equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes respecto a; salud -enfermedad, vida - muerte, y los aspectos biológicos, sociales y relacionales que se configuran en la dimensión espiritual y cósmica de la salud para los pueblos indígenas.
	Reconocimiento de la riqueza y sabiduría ancestral de los diferentes pueblos indígenas y concreción de acciones que permitan la conservación y transmisión de los conocimientos y	Se busca con esta estrategia valorar y preservar los conocimientos, saberes, prácticas, rituales, conceptos, recursos y procesos de salud integral que ancestralmente han desarrollado los pueblos indígenas como modelo de vida colectiva, enmarcados en la cosmovisión de cada pueblo. Estos saberes tradicionales se han transferido por los mayores

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS – RESULTADOS FINALES	ESTRATEGIAS	DEFINICIÓN DE LA ESTRATEGIA
	prácticas utilizadas en el manejo y gestión de la salud.	de generación en generación de forma oral y en la práctica cotidiana, sin embargo, existe una tendencia a la disminución y pérdida de estas formas de conocimiento. Por tanto, la estrategia se fundamenta en la necesidad de mitigar esta tendencia a través de la creación y/o fortalecimiento de las escuelas donde se enseñe y se transmita la medicina tradicional. Incluye la posibilidad de generar espacios de formación propios que se ajusten a las necesidades de las comunidades y garanticen esa transmisión de saberes de forma generacional garantizando transformaciones reales en los territorios. También la generación de incentivos para que los indígenas que reciben una educación occidental asuman de forma corresponsable retornar a sus pueblos de origen para la aplicación del conocimiento aprendido y la posibilidad de mejorar la salud de los indígenas a partir del enriquecimiento intercultural que podría surgir de la integración de las dos perspectivas de cuidado a la salud.
	Construcción de estrategias propias de la medicina ancestral en articulación con la complementaria para el control de enfermedades transmisibles y no transmisibles en la población indígena.	La estrategia define la formulación y elaboración de acciones afirmativas que incorporen la medicina indígena con el fin de controlar las desarmonías (enfermedades), respetando las prácticas propias en el marco de la autonomía, la cosmovisión y la cultura de los pueblos indígenas. Teniendo en cuenta su hábitat: rural o urbana. Para su posterior implementación en las entidades territoriales. El desarrollo de la estrategia tiene como objeto disminuir la prevalencia de las desarmonías culturales u occidentales que aquejan a los pueblos y comunidades indígenas. Paralelamente busca el rescate y fortalecimiento de las prácticas médicas ancestrales, como un elemento importante que se debe implementar para el cuidado de la salud de la población indígena en Colombia. Teniendo en cuenta que en el marco del SISPI se ha iniciado diálogos de concertación entre el MSPS y la subcomisión de salud de la MPC para elaborar los lineamiento operativos para el cuidado de la salud, se espera su implementación a mediano plazo, sin embargo, la salud de las población requiere de una atención continua y de fácil acceso, es por ello que se propone desde este lineamiento que las entidades territoriales promuevan la incorporación de la medicina ancestral indígena en todos sus componentes en los programas, guías y protocolos de atención en las instituciones prestadoras de servicios de salud. Así mismo, la incorporación de los elementos curativos como las plantas etc. En el Plan de Beneficios en Salud Colombiano, una parte relevante para reproducir y plasmar el saber de la medicina ancestral con un enfoque coherente e integral es el pensamiento intercultural del interprete y se debe contar con

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS – RESULTADOS FINALES	ESTRATEGIAS	DEFINICIÓN DE LA ESTRATEGIA
		profesionales que tenga la capacidad de interpretar los términos propios de los pueblos indígenas, plasmando técnicamente sin perder la esencia natural del conocimiento, además se debe señalar que la principal fuente para transmitir este saber es mediante el sabedor ancestral de la medicina de cada pueblos y por ello su participación activa debe ser continua para la construcción y elaboración de los lineamientos y su posterior e implementación.
	Elaboración de planes, guías, programas, protocolos de atención en salud propia e intercultural con enfoque diferencial acorde con a la cosmovisión de los pueblos indígenas.	Teniendo en cuenta, que el SGSSS para el cuidado de la salud de la población ha diseñado, elaborado e implementado: planes programas, guías y protocolos de atención de salud elaborados desde las directrices técnicas y estandarizadas y que así como han garantizado un buen porcentaje de población la cual ha mejorado su salud y calidad de vida, también, es cierto que por diferentes determinantes sociales de la salud de enfoque intercultural y diferencial que no se han contemplado, está generado barreras de acceso a las pueblos y comunidades indígenas de zonas urbanas y sobre todo rurales. Como consecuencia, se estima una alta tasa de morbilidad y mortalidad en esta población. En este contexto, la estrategia propone la elaboración intercultural de planes, programas, guías y protocolo en un ejercicio de dialogo donde se cuente con los sabedores ancestrales indígenas, líderes indígenas y un equipo técnico idóneo para su construcción. Teniendo en cuenta los determinantes sociales de salud propios en interculturales en el marco del enfoque intercultural y diferencial, que permitan reconocer la necesidades de esta población en particular presentadas en su hábitat y contexto, para así elaborar directrices en los planes, programas, etc. que orienten directamente las intervenciones sectoriales y transectoriales con un enfoque diferencial e intercultural que ayuden a salvar vidas y mejorar el buen vivir de la población indígena en sus diferentes contextos. El producto de la materialización de las estrategias se debe articular a un Modelos de Salud Propio e Intercultural para la población indígena en el marco del SISPI para su implementación.
	Elaboración de los diferentes componentes del SISPI a nivel territorial en el marco de la sabiduría ancestral.	La estrategia está encaminada a la construcción e implementación del SISPI a nivel territorial en el marco del Decreto 1953 del 2104 y la Circular 011 del 2018. A fin de facilitar la incorporación del Sistema Propio de Salud Indígena a las instancias de salud territoriales e iniciar un proceso transición de los servicios de salud para los pueblos indígenas del SGSSS al SISPI, iniciando por la adaptación y/o adecuación de los términos técnicos de salud occidental o complementarias a los diseñado desde el dialogo intercultural entre la subcomisión de salud de la MPC y MSPS para

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS – RESULTADOS FINALES	ESTRATEGIAS	DEFINICIÓN DE LA ESTRATEGIA
		la construcción y elaboración del SISPI desde el 2010. Proceso de transición que debe reconocer sabiduría ancestral de los pueblos indígenas como la columna vertebral del sistema indígena, y debe garantizar la participación de los sabedores de los pueblos y comunidades indígenas para su materialización.
	Fortalecimiento de la medicina ancestral a través de mecanismo de formación y capacitación propia a los pueblos y comunidades indígenas.	La estrategia busca la recuperación y fortalecimiento del saber medicinal ancestral indígena. Para ello define la identificación, reconocimiento y la descripción escrita de mecanismos sustentados desde la educación propia de los sabedores de la medicina y sus diferentes ramas que permitan transmitir el saber que almacenan duran tiempo ancestral a nuevas generación indígenas. Los sabedores de la medicina ancestral son los que tienen el reconocimiento de las comunidades, por preservar y practicar los diferentes tratamientos que parten desde el manejo de las plantas y el contexto espiritual para curar y sanar las desarmonías de un individuo, familias y la colectividad. En la cultura y cosmovisión de los pueblos indígena ellos fueron escogidos por la naturaleza desde su nacimiento como los guías del buen vivir de su gente y únicos con capacidad de compartir y transmitir su saber a otro indígena o no indígena. Es por ello, que esta estrategia debe contar con la participación de los sabedores. En el marco del componente Formación, Capacitación, Generación y Uso del Conocimiento en Salud del SISPI descrito en el Decreto 1953 del 2014, se espera con la estrategia que los entes de orden territorial y nacional del sector educativo en formación técnica, profesional, educación continua entre otros, incorporen dentro de sus planes de estudio u oferta institucional a corto plazo en las área de la salud la formación y capacitación en medicina ancestral para población indígena, como una actividad colectiva que aporta al buen vivir de los pueblos indígenas y al fortalecimiento cultural de los mismos.
	Fortalecimiento del talento humano en salud, indígena y no indígena en procesos de salud interculturales.	Esta estrategia busca minimizar las barreras de acceso a los servicios de salud de la medicina complementaria de la población indígena. Implementando estrategias de educación propia y etnoeducación en las instituciones prestadoras de servicios en Colombia, sensibilizando a los funcionarios en conceptos como el enfoque intercultural, enfoque diferencial, la cosmovisión indígena y las prácticas medicinales propias. Para lograr el objetivo es necesaria la participación activa de la comunidad, los sabedores, autoridades indígenas y los funcionarios de los diferentes sectores de la salud con el fin de establecer un protocolo propio e intercultural que orientará la prestación de los servicios de salud

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.		
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS – RESULTADOS FINALES	ESTRATEGIAS	DEFINICIÓN DE LA ESTRATEGIA
		complementarios a población indígena. Y que se ajuste al hábitat y contexto en donde se encuentra. De forma paralela la estrategia aporta a la transición institucional de salud a la implementación de los componentes del SISPI.
	Formulación e implementación de criterios propios e interculturales, técnicos y operativos para definir las acciones de atención y prevención en salud de pueblos indígenas en contacto inicial o reciente.	Esta estrategia tiene el propósito de generar espacios de diálogo entre los representantes indígenas y los diferentes sectores de salud. Donde se definirán los criterios propios e interculturales, técnicos y operativos para el cuidado de la salud de estos pueblos que requieren especial atención por su condición de vulnerabilidad (contacto inicial), su autodeterminación, sus sistemas y prácticas propias de salud aun preservadas. Esta estrategia permitirá aproximarse a las realidades de estas poblaciones y a las mejores prácticas para lograr esquemas de atención en salud con enfoque diferencial e intercultural que no generen dependencia en el sistema de salud nacional y que por el contrario permita el fortalecimiento cultural, espiritual y la autodeterminación de estos pueblos indígenas.
	Formulación e implementación del componente de partería indígena.	Define la integración e implementación de un componente específico con sus respectivas líneas estratégicas de partería indígena en el en el SISPI, formulado desde las parteras, médicos ancestrales y comunidad indígena. Para su implementación en los territorios indígenas rurales y urbanos con el objeto de cuidar a las gestantes y al recién nacido en todas las etapas de gestación y el puerperio.
7. Incorporación del enfoque diferencial para pueblos indígenas en la planeación territorial en salud. Le corresponde a las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales, en cumplimiento de las competencias asignadas en materia social y de las responsabilidades derivadas de la normatividad expedida para la garantía de los derechos de la población indígena, la incorporación de este capítulo diferencial en sus Planes Territoriales de Salud - PTS- y en los planes de Acción MIATE y, en consecuencia, su ejecución con la participación de los diferentes actores implicados en las respuestas que buscan el mejoramiento de la calidad de vida y buen vivir de esta población. 7.1.Competencias. Las competencias territoriales definen el deber ser de los departamentos, distritos y municipios en cuanto al abordaje del PDSP y su inclusión en los PTS. Al respecto se tiene: La Constitución Política, en el artículo 298, señaló las competencias de los departamentos en relación con la coordinación y complementariedad con los municipios y la prestación de los servicios que le sean determinados; igualmente, en el artículo 311, fijó que al municipio le corresponde, entre otros asuntos, prestar los servicios públicos que determine la ley y promover el mejoramiento social. Lo propio se indica respecto de los distritos. Por su parte, la Ley 152 de		

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.

1994 u “Orgánica del Plan de Desarrollo”, definió responsabilidades en las entidades territoriales en lo que hace a los procesos de planeación para el territorio.

En el caso específico del sector salud, los artículos 43, 44, 45 y 46 de la Ley 715 de 2001 determinan competencias de las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales. La Ley 1438 de 2011, entre los diferentes asuntos tratados, adicionó y modificó algunos de los artículos de la Ley 715 ya mencionada, en aspectos relacionados con las competencias en salud de las entidades territoriales departamentales y municipales.

La Resolución 1841 de 2013, a través de la cual se adoptó el PDSP 2012-2021, fijó de manera expresa en los artículos 2, 3 y 4 aspectos relacionados con las responsabilidades de las entidades territoriales, la implementación y ejecución del PDSP y el monitoreo, seguimiento y evaluación del mismo.

El Decreto 1953 de 2014 definió, en su artículo 83, las competencias específicas para los territorios indígenas en materia de salud y dispuso las directrices para definir, adoptar, adaptar y ejecutar acciones en Salud Pública, en coordinación y articulación con el Ministerio de Salud y Protección Social, de acuerdo con las normas que se expidan en el marco del SISPI y del SGSSS, previa certificación en salud. Por último, la Circular 011 de 5 de marzo de 2018, establece “directrices para avanzar en la construcción e implementación del SISPI a nivel territorial en Diálogo con el SGSSS”.

De las diferentes disposiciones mencionadas y del marco normativo específico respecto a los derechos individuales y colectivos de los pueblos indígenas, se derivan responsabilidades para que en la planeación territorial en salud se incorpore el componente indígena del PDSP.

7.2.Lineamientos.

La incorporación del componente diferencial indígena en la planeación territorial en salud, es esencial para fortalecer la respuesta a necesidades, desigualdades e inequidades que existen en salud y para la incidencia en diversos determinantes sociales asociados, en lo que respecta a estos pueblos. Lo anterior, en correspondencia con el reconocimiento y protección de la diversidad étnica y cultural de la nación, con el derecho a la participación social y con el conjunto de derechos individuales y colectivos dirigidos a garantizar la pervivencia física y cultural de las diversas poblaciones indígenas existentes en el país.

A continuación, se señalan lineamientos conceptuales, metodológicos y operativos que se deben tener en cuenta por parte de las instituciones competentes de las entidades territoriales para la formulación del componente mencionado en el proceso de planeación en salud.

7.3.Conceptualización.

En la ruta de incorporación a nivel territorial y como aspectos esenciales para la garantía de derechos de los pueblos indígenas, se deben tener en cuenta los siguientes referentes:

Enfoque diferencial: permite reconocer que las condiciones de existencia y las necesidades son diferentes en poblaciones que viven realidades disímiles a nivel social, cultural o territorial o aún por sus particularidades de existencia en razón a su historia y perspectivas de vida. Así, la acción institucional en los diferentes niveles debe incorporar adecuaciones que se correspondan con dichas particularidades, formas de vida y requerimientos específicos.

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.

Acciones afirmativas: tienen su razón de ser en el reconocimiento de inequidades y desigualdades a nivel social, económico, político, etc., injustas y evitables, que han llevado a que existan poblaciones que se encuentran en condiciones de desventaja respecto de otros grupos de población o en relación con los promedios generales. La acción afirmativa es un mecanismo de política pública a través de la cual se busca revertir procesos históricos que han afectado a comunidades o grupos específicos de población y que han llevado a que se queden atrás en cuanto a la realización de sus derechos individuales y/o colectivos.

Derechos colectivos: es un aspecto de trascendencia al tratar lo relacionado con los pueblos indígenas, pues se considera que la concepción y alcances de los derechos colectivos son la piedra angular de la protección de la diversidad social y cultural.

Interculturalidad: proceso generado por el encuentro entre grupos con culturas diferentes, en el cual se construyen y definen nuevas opciones de convivencia, realidades incluyentes y la solución de situaciones que afectan a los grupos y a la sociedad en general, con el aporte de los sectores culturales que interactúan. En lo relacionado con la identificación situacional en salud y las respuestas requeridas, es fundamental la caracterización, definición de alternativas e implementación, incluyendo concepciones, conocimientos, prácticas y recursos, tanto de la sociedad occidental como de las culturas específicas a que pertenecen los pueblos indígenas.

7.4. Metodológicos.

7.4.1. Participación.

Es un imperativo constitucional que exige “...facilitar la participación de todos en las decisiones que los afectan...” (art. 1) y un mandato del marco normativo que rige los derechos colectivos de los grupos étnicos, entre otros, del Convenio 169 de la OIT. En este Convenio, se determina que “c) Deberán adoptarse, con la participación y cooperación de los pueblos interesados, medidas encaminadas a allanar las dificultades que experimenten dichos pueblos...” (art. 5); “b) Establecer los medios a través de los cuales los pueblos interesados puedan participar libremente...” (art. 6); “1. Los pueblos interesados deberán tener derecho de decidir sus propias prioridades en lo que atañe al proceso de desarrollo, 2. El mejoramiento de las condiciones de vida y de trabajo y del nivel de salud y educación de los pueblos interesados, con su participación y cooperación...” (art. 7).

La participación es el mecanismo de legitimación, apropiación y generación de compromisos para la realización de lo definido. En este sentido, fue un referente en el proceso de formulación del componente indígena del PDSP y debe serlo para la estructuración y desarrollo de este en el nivel territorial. Así, la participación de actores comunitarios, organizativos y autoridades propias de los pueblos indígenas se debe dar en la definición y realización de estrategias, acciones y procesos para el mejoramiento de las condiciones de salud.

7.4.2. Concertación.

Este aspecto metodológico está asociado con la participación. A través de esta se llega a la definición compartida de los alcances del componente indígena en los PTS. Así y como parte de la definición de la ruta, se debe dar una concertación preliminar y una concertación final.

- ✓ Concertación preliminar: está dirigida a acordar cómo se dará la participación, el desarrollo de los momentos de interacción para la construcción colectiva, formulación, socialización de avances y la recolección de aportes y ajustes consensuados.

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.

- ✓ Concertación final: tiene como propósito llegar a un acuerdo, entre la institucionalidad y la o las organizaciones que representan legítimamente a las comunidades indígenas en el territorio municipal, departamental o distrital, sobre lo formulado para la respectiva población y que constituirá el componente que se integrará al PTS y que guiará el proceso de ejecución sectorial e intersectorial.

7.5. Operativos.

La ruta operativa para la incorporación del Capítulo Indígena en los PTS se plantea como parte del proceso previsto para la planeación en salud y descritos en el título II de la resolución de adopción del capítulo.

8. Financiación.

Acorde con las responsabilidades y competencias en la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan Territorial de Salud (PTS) y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), así como en la financiación de las acciones establecidas en estos planes, las entidades territoriales deben articular los esfuerzos estratégicos, metodológicos y operativos con los demás actores del SGSSS para lograr el mejoramiento del estado de salud de la población de los departamentos, distritos y municipios.

Dicha articulación deberá estar enmarcada en evitar la progresión y ocurrencia de desenlaces adversos de la enfermedad, así como en la disminución de las inequidades en salud.

De manera específica, en cuanto hace a las intervenciones en comunidades indígenas se requiere de la acción intersectorial, dado que, en general, estos grupos étnicos se encuentran en desventaja frente a otros grupos de población, en razón a su ubicación geográfica, desigualdades sociales y económicas, barreras en la prestación de servicios de salud y por la falta de interacción entre los servicios de salud y sus prácticas y creencias en cuanto hace al proceso salud – enfermedad.

Toda acción que se requiera implementar en los territorios, en materia de prestación de servicios de salud y aseguramiento en el SGSSS, no solo debe cumplir con los criterios de eficiencia y efectividad en la destinación de los recursos para los cuales fueron concebidos, sino también, debe cumplir con la priorización de acciones hacia las poblaciones más vulnerables, entre los que se encuentran los indígenas.

Para la financiación de las acciones establecidas en el componente indígena del capítulo étnico del PDSP, las entidades territoriales podrán apoyarse en el siguiente marco normativo:

- **Ley 715 de 2001**

Capítulo II - Competencias de las entidades territoriales en el sector salud. Tal como lo refiere el Artículo 43 de la presente Ley, las entidades territoriales en el sector salud deberán:

“43.1.4. Supervisar y controlar el recaudo y la aplicación de los recursos propios, los cedidos por la Nación y los del Sistema General de Participaciones con destinación específica para salud, y administrar los recursos del Fondo Departamental de Salud”;

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.

En cuanto a la prestación de servicios, las entidades territoriales deben establecer claramente las acciones para la financiación de los servicios a la población pobre, tal como se muestra a continuación:

“43.2.2. Financiar con los recursos propios, si lo considera pertinente, con los recursos asignados por concepto de participaciones y demás recursos cedidos, la prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda y los servicios de salud mental”.

• Resolución 518 de 2015

Establece las intervenciones, procedimientos, actividades e insumos a ser financiados con recursos del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas como mínimo cada dos años.

El artículo 11 establece las responsabilidades de las entidades territoriales con población perteneciente a grupos étnicos, entre ellos los pueblos indígenas, en cuanto a la formulación y ejecución del PIC; para lo cual deberán tener en cuenta, entre otros los planes de vida e incluir a dichas poblaciones en consulta y concertación, como lo refiere la normatividad prevista para el efecto.

El artículo 20 determina la forma en que se financiarán los gastos de la Subcuenta de Salud Pública Colectiva:

20.1 El Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PIC a cargo de la entidad territorial.

20.2 Las acciones de Gestión de la Salud Pública – GSP relacionadas con las competencias de Salud Pública asignadas en la Ley 715 de 2001 a las entidades territoriales, o en la norma que la modifique, adicione o sustituya. Incluye los procesos de Gestión de la Salud Pública definidos en la presente resolución, con excepción de los procesos de gestión de la prestación de servicios individuales, gestión del aseguramiento, gestión del talento humano y el proceso de gestión administrativa y financiera.

Parágrafo 1. En consecuencia, los recursos del componente de Salud Pública del Sistema General de Participaciones – SGP, se distribuirán así:

Tabla 13 Distribución de los recursos del componente de Salud Pública del Sistema General de Participaciones

Entidad y categoría	Porcentaje de recursos del Sistema General de Participaciones componente Salud Pública - Subcuenta de Salud Pública Colectiva	
	Plan de Intervenciones Colectivas - PIC	Proceso de Gestión de la Salud Pública relacionados con las competencias de Salud Pública
Departamentos y distritos	30% - 50%	50% - 70%
Municipios categoría especial 1,2 o 3	40% - 60%	40% - 60%
Municipios categoría especial 4,5 y 6	60% - 70%	30% - 40%

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.

El porcentaje por asignar para el financiamiento del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas y de las acciones de la Gestión de la Salud Pública será definido por cada entidad territorial de acuerdo con las competencias y acciones a realizar. La justificación técnica y financiera de la distribución de estos recursos debe incluirse en el Plan Territorial de Salud.

Parágrafo 2. Con cargo a la subcuenta de Salud Pública Colectiva, no se podrá destinar recursos para el desarrollo o ejecución de actividades no relacionadas directa y exclusivamente con las competencias de Salud Pública definidas en la normatividad vigente o con la ejecución del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas.

Adicional a la Resolución 518 del 2015, las entidades territoriales tendrán en cuenta para el financiamiento del presente componente, las fuentes de financiación referidas en el PDSP, como se presentan a continuación:

Recursos del Presupuesto General de la Nación:

- a. Recursos del Presupuesto General de la Nación en sector salud.
- b. Recursos Presupuesto General de la Nación en otros sectores.
- c. Recursos del IVA de la cerveza y monopolio de juegos de suerte y azar Nación.

Recursos provenientes del Sistema General de Participaciones:

- a. Recursos provenientes del Sistema General de Participaciones para salud.
- b. Recursos provenientes del Sistema General de Participaciones para educación, salud y propósito general, agua potable y saneamiento básico, alimentación escolar, primera infancia, municipios ribereños del río Magdalena.
- c. Recursos provenientes del Sistema General de Participaciones asignados a los resguardos indígenas, que sean destinados por las comunidades indígenas para acciones del sector salud u otros sectores relacionados.

Usos de los recursos del Sistema General de Participaciones

- a. Subsidios a la Demanda.
- b. Prestación del Servicio de Salud a la Población Pobre en lo No Cubierto con Subsidios a la Demanda

Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES).

Recursos del esfuerzo propio territorial.

- a. Recursos del esfuerzo propio territorial destinados al sector salud.
- b. Recursos propios de la entidad territorial destinados a programas de protección social, inversión social en programas de infraestructura y mejoramiento de la calidad de vida, desarrollo urbano y rural, protección ambiental.
- c. Rentas cedidas destinadas a salud, de los departamentos y el Distrito Capital.
- d. Rentas cedidas, de los departamentos y el Distrito Capital.
- e. Regalías destinadas a salud.
- f. Regalías transferidas para proyectos de otros sectores.
- g. Recursos destinados a proyectos regionales para crecimiento sostenible y competitividad, igualdad de oportunidades para la prosperidad social, sostenibilidad ambiental y prevención del riesgo.

Continuación resolución "Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)".

- h. Recursos nuevos de la Ley 1393 de 2010 (sobretasa de cigarrillo, 6% impuesto al consumo de licores, vinos y aperitivos y premios no cobrados).
- i. Recursos de la Ley 1393 para proyectos de otros sectores.
- j. Recursos obtenidos como producto del monopolio de juegos de suerte y azar y los recursos transferidos por COLJUEGOS (anteriormente ETESA) a las entidades territoriales.

Recursos de las Cajas de Compensación Familiar

- a. Recursos de las Cajas de Compensación Familiar que administran el régimen subsidiado.
- b. Recursos de $\frac{1}{4}$ de punto porcentual de las contribuciones parafiscales de las Cajas de Compensación Familiar para salud.
- c. Recursos de las Cajas de Compensación Familiar para protección social.

Otros recursos.

- a. Recursos del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito SOAT.
- b. Recursos de Promoción y Prevención de Aseguradoras de Riesgos Laborales ARL.
- c. Recursos Impuesto Social a las Armas y Municiones y Explosivos.
- d. Recursos recaudados por concepto multas de la Ley 1335 de 2013.
- e. Recursos provenientes de las cuentas maestras del régimen subsidiado, Ley 1608 de 2013.
- f. Recursos privados destinados a la inversión social del Plan Nacional de Desarrollo donaciones; inversión en programas de protección social.

9. Monitoreo y evaluación.

El capítulo para los pueblos y comunidades indígenas, como parte del PDSP 2012-2021, se integra al sistema de monitoreo y evaluación definido por el MSPS, con el fin de establecer los avances y logros de los objetivos y las metas sanitarias definidas para diferentes grupos diferenciales y su contribución a los objetivos estratégicos del PDSP.

La metodología para el monitoreo y evaluación de los PTS inscrita en el proceso de planeación integral en salud y desarrollada a través de la metodología PASE a la Equidad en Salud, permitirá establecer las contribuciones de las entidades territoriales objetivo general del capítulo.

Así, el componente de para pueblos y comunidades indígenas del PDSP, adopta la metodología para realizar la medición del monitoreo y evaluación de los PTS denominada "Medición del desempeño de la gestión integral en salud en las Entidades Territoriales", la cual se desarrolla a través del análisis de cuatro componentes que se integran en un indicador sintético denominado Índice de Gestión Integral en Salud (IGIS). Dichos componentes son Gestión institucional, Eficacia Técnica, Eficacia Financiera, Eficiencia.

En concordancia con la metodología de medición del desempeño de la gestión integral en salud en las entidades territoriales, para el monitoreo y evaluación del contenido del presente capítulo, se adoptan los momentos de medición definidos así: Monitoreo a la gestión operativa del PTS y Evaluación del PTS.

Ahora bien, teniendo en cuenta que las líneas de acción tienen un carácter orientador, tanto las entidades territoriales como las entidades del orden nacional, de acuerdo a las metas

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.

seleccionadas e incorporadas a planes de acción del nivel nacional o territorial, podrán definir los mecanismos de monitoreo y evaluación y su integración con los instrumentos ya existentes en el marco de la gestión de la salud pública, la cual se hace a partir de los objetivos y metas establecidas para cada una de las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública o de las demás políticas que incorporan respuestas diferenciales dirigidas a la población indígena.

Bibliografía

Alderete, E. (2004). *Salud y Pueblos Indígenas*. Quito: Ediciones Abya - Yala.

Alvarez, J., & Jurgenson, G. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología*. México: Colección Paidós Educador.

Ardila Jaimes, C., & Rodríguez, R. (2013). Riesgo ergonómico en empresas artesanales del sector de la manufactura, Santander. Colombia. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 102-111.

Arias C, A., & Rivera Palomino, Y. (2012). Representaciones sociales sobre medicina tradicional y enfermedades foráneas en indígenas EmberaChamí de Colombia. *Revista Cubana de Salud Pública*.

Arias, C., & Antonio, J. (2012). Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en indígenas de Riosucio-Caldas, 2010-2011. *Medicina UPB*.

Arregocés, S., & Molina, R. (2015). Desigualdades y características sociodemográficas de la mortalidad materna en La Guajira, Colombia, 2010-2012.

Arrivillaga, M., Correa, D., Tovar, L. M., Zapata, H., Varela, M. T., & Hoyos, P. A. (2011). Infecciones de transmisión sexual en la región Pacífica colombiana: implicaciones para población en situación de vulnerabilidad étnica, social y económica1. *Pensamiento Psicológico*, 9(16), 145-152.

Bact, D., & Palacio, J. (2015). Estado nutricional de los niños indígenas menores de 5 años de la comunidad Arara, Leticia, Colombia en el año 2014. *Suplemento*.

Barrera, S., Martínez, S., Tique-Salleg, V., Miranda, J., Guzmán, C., & Mattar, S. (2015). Seroprevalencia de Hantavirus, Rickettsia y Chikungunya en población indígena del municipio de Tuchín, Córdoba. *Infectio*, 75-82.

Benavides-Hernández, E., & Coronel-Gaviria, A. (2014). Salud indígena en el siglo XXI: parásitos intestinales, desnutrición, anemia y condiciones de vida en niños del resguardo indígena Cañamomo-Lomaprieta, Caldas-Colombia. *Médicas UIS*.

Bérmudez, A., Florez, O., Medina, J., & Salcedo, M. (2013). Entero parasitismo, higiene y saneamiento ambiental en menores de seis comunidades indígenas. Cali-Colombia. . *Rev. Salud pública*, 1-11.

Betancourt Rodríguez, C., Pinilla, A., & Yaneth, M. (2011). Apreciaciones sobre el contexto sociocultural del VIH-Sida en las comunidades indígenas en Colombia. *Desacatos*, 75-86.

Bodnar C, Y. (2008). Los grupos étnicos en los procesos de urbanización. En Y. Bodnar C, & M. Ruiz S, *Los grupos étnicos en Colombia: Demografías postergadas*. Bogotá: Cuadernos del CIDS. Universidad Externando de Colombia.

Bodnar, Y., & Ruiz, M. T. (2008). *Los grupos étnicos en Colombia: Demografías postergadas*. Bogotá: Cuadernos del CIDS.

Bustamante, K., & Gómez, M. (2015). Gestión del riesgo de desastres en Colombia: ¿Forma de generación de desplazamiento forzado de población? *Cínica Jurídica de Interés Público*.

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.

- Calderón Hernández, A. (2013). Sistema de Vigilancia Epidemiológica. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia.
- Cardona - Arias, J., Rivera Palomino, Y., & Carmona Fonseca, J. (2014). Salud indígena en el siglo XXI: parásitos intestinales, desnutrición, anemia y condiciones de vida en niños del resguardo indígena Cañamomo-Lomaprieta, Caldas-Colombia. *Medicas UIS*, 29-39.
- Cardona-Arias, J. A. (2012). Sistema médico tradicional de comunidades indígenas Emberá-Chamí del Departamento de Caldas-Colombia. *Revista de Salud Publica*, 630.
- Cataño Bedoya, J., Duque Botero, J., Naranjo González, C., Rúa Molina, D., Rosique Gracia, J., García Pineda, A., & Pizano Ramírez, N. (2015). Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en indígenas EmberaChamí de Cristianía (Jardín), Antioquia. *Latreia*.
- CDC; ATSDR. (28 de 09 de 2017). *Agencia para Sustancias Tóxicas y el Registro de Enfermedades*. Obtenido de https://www.atsdr.cdc.gov/es/toxfaqs/es_tfacts132.html
- Centers for Disease Control and Prevention. (23 de 11 de 2017). *Behavioral Risk Factor Surveillance System - BRFSS. About the BRFSS 2008*. Obtenido de <http://www.cdc.gov/brfss/about/htm>. [Links]
- Centro de Memoria. (19 de 07 de 2017). *Centro de Memoria, Paz y Reconciliación*. Obtenido de http://centromemoria.gov.co/wp-content/uploads/2013/11/MDULO_4_pdf.pdf
- Centro Nacional de Memoria Histórica. (2013). *Basta Ya ¡Colombia: Memorias de guerra y dignidad*. Bogotá: Imprenta Nacional.
- CEPAL. (2010). *Salud materno-infantil de pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina: aportes para una relectura desde el derecho a la integridad cultural*.
- CEPAL. (2012). *Atlas sociodemográfico de los pueblos indígenas y afrodescendientes*. Santiago de Chile: Publicación de las Naciones Unidas.
- CEPAL. (2015). *Sistema de indicadores Sociodemográficos de Poblaciones y Pueblos Indígenas*.
- CEPAL. (2016). *Panorama Social de América Latina*. Santiago de Chile.
- CEPAL. (2017). *Panorama social de América Latina 2016*. Santiago: Naciones Unidas.
- CEPAL, & OPS. (2011). *Salud de la población indígena en América Latina. Un Panorama general*. Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- CEPAL-OPS. (2011). *Salud de la población joven indígena en América Latina*. Santiago: Naciones Unidas.
- CEPAL-UNICEF. (2012). *Pobreza infantil en pueblos indígenas y afrodescendientes en América Latina*. Santiago: Naciones Unidas.
- Cerón Souza, C. (2010). A propósito de las emergencias en Colombia. *Universidad y Salud*, 5.
- CISAN. (2015). *Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2012-2019: Anexo Étnico*. Minsalud, CISAN, Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura -FAO-.
- Comisión Consultiva de Alto Nivel. (2007). *Comisión Consultiva de Alto nivel para CoDocumento propuesta para la formulación del plan integral de largo plazo población negra/afrocolombiana, palenquera y raizal 2007 – 2019*. Bogotá D.C.
- Consultiva de Alto Nivel. (2010). *Plan Nacional de Desarrollo de las Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras 2010-2014: Hacia una Colombia pluriétnica y multicultural con prosperidad democrática*. Bogotá: Consultiva de Alto Nivel - Subcomisión de Planeación y Desarrollo Económico. Unión Temporal Alianza Progreso Afro - APRA -.

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.

Corponor. (2015). *Hoja de Seguridad MPA-02-F-17-8 – Versión 2 – 25/02/2015 Ácido Muriático doméstico*. Cúcuta.

Cruces, G., Gasparini, L., & Carbajal, F. (2010). *Situación socioeconómica de la población afrocolombiana en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio*. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD): Proyecto Regional "Población afrodescendiente de América Latina".

DANE. (2007). *Colombia una Nación Multicultural: Su diversidad étnica*.

DANE. (s/f). *La visibilidad estadística de los grupos étnicos colombianos*. Bogotá.

De Roux, G. (2012). *Los Afrocolombianos frente a los Objetivos de Desarrollo del Milenio*. Bogotá: PNUD.

Del Popolo, F., & Ribotta, B. (2011). Migración de jóvenes indígenas en América Latina. En F. Del Popolo, B. Ribotta, E. García de Pinto da Cunha, & M. Azevedo, *Pueblos indígenas y afrodescendientes en América latina: dinámicas poblacionales diversas y desafíos comunes* (págs. 101-125). Río de Janeiro, Brasil: ALAP.

DNP. (2005). *Hacia una Colombia Equitativa e Incluyente*.

DNP. (2011). *Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014: prosperidad para todos*. Bogotá D.C.: Imprenta Nacional de Colombia.

DNP. (2011). *Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014: Prosperidad para todos*. Bogotá.

DNP. (2015). *Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018: Todos por un nuevo país*. Bogotá D.C.: Departamento Nacional de Planeación.

Durán de la Fuente, H. (2003). *Políticas Ambientales y Desarrollo Sustentable*. CEPAL.

Echeverri, J. (2009). Pueblos indígenas y cambio climático: el caso de la Amazonía colombiana. *Bulletin de l'Institut français d'études andines*, 13-28.

Ellen, K. B. (1995).

Escobar, J., Corrales, D., Escobar, M., Ríos, L., & Alvarez, A. (2000). Situación de salud de las comunidades indígenas nasas, Santander de Quilichao, Cauca.

Escobar, J., Corrales, D., Escobar, M., Ríos, L., & Alvarez, A. (2002). Situación de salud de las comunidades indígenas nasas, Santander de Quilichao, Cauca. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*.

Espitia Viasús, J., & Rodríguez Páez, L. (2015). El papel de la Comunicación en las disputas por el Derecho a la Medicina Propia: el caso del pueblo indígena Misak en el departamento de Cauca (Colombia). En J. Gómez, *derechos humanos emergentes y periodismo* (págs. 353-385). Sevilla: Equipo de Investigación de Análisis y Técnica de la Información, Universidad de Sevilla.

FAO. (2015). *Comida, territorio y memoria. Situación alimentaria de los pueblos indígenas colombianos*. Bogotá.

Fernando Urrea & Carlos Viáfara. (2016). *Igualdad para un buen vivir: Información y visibilidad estadística de los grupos étnico raciales en Bogotá*. Bogotá.

Florez, P. (2007). Leptospirosis humana en Colombia: la experiencia del Instituto Colombiano de Medicina Tropical-CES. . *Revista CES Medicina*, 10.

Fondo Indígena, CELADE, & CEPAL. (2012). *Sistema de Indicadores Sociodemográfico de Poblaciones y Pueblos Indígenas de América Latina – SISPPi*.

Garcés Carabalí, D. (2014). *Memorias del Primer Congreso Nacional Autónomo del Pueblo Negro, Afrocolombiano, Palenquero y Raizal. Quibdó 23 al 27 de agosto de 2013*. Bogotá: USAID,

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.

ANAFRO, Instituciones de Investigaciones Ambientales del Pacífico y Universidad Jorge Tadeo Lozano.

García, N., Cardona, D., & Segura, M. G. (2016). Factores asociados a la hipertensión arterial en el adulto mayor según la subregión. *Revista Colombiana de cardiología*, 528-534.

Global Disability Rights. (06 de 01 de 2016). *Derechos Humanos de Indígenas con Discapacidad*. Obtenido de <http://www.globaldisabilityrightsnow.org/es/tools/derechos-humanos-de-ind%C3%ADgenas-con-discapacidad>

Gobernación San Andrés y Providencia. (2011). *ASIS San Andrés y Providencia*.

Gómez Baos, A. D. (2010). *Haciendo camino al andar*. Bogotá.

González, L. (2015). Análisis comparativo de modelos de atención en salud para población indígena en la región Andina. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 07-14.

González, V. (2015). Análisis comparativo de modelos de atención en salud para población indígena en la región Andina. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*.

González, V., & Lina, A. (2015). Análisis comparativo de modelos de atención en salud para población indígena en la región Andina. . *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 07-14.

Granados, S., & et al. (2005). Aproximación a la medicina tradicional colombiana. Una mirada al margen de la cultura occidental. . *Revista ciencias de la salud*.

INDEPAZ, I. (2009). *Situación de los pueblos indígenas de Colombia*. Bogotá D.C.: KAS- Konrad Adenauer Stiftung.

INS. (2015). Salud materna indígena en mujeres Nasa y Misak del Cauca. . *Observatorio Nacional de Salud*.

Instituto Interamericano de Derechos Humanos -IIDH. (2006). *Campaña educativa sobre derechos humanos y derechos indígenas: Salud indígena y derechos humanos. Manual de contenidos*. San José de Costa Rica: Masterlitho S.A.

Lessa, I. (1998). *Dulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas nãotransmissíveis*. São Paulo: Editora.

Londoño, J. (2013). Los Parques Nacionales Naturales y la conservación de la biodiversidad. *Biodiversidad Colombia*, 9-17.

López, L., Cataño, N., López, H., & Velásquez, V. (2011). Diversidad cultural de sanadores tradicionales afrocolombianos: preservación y conciliación de saberes. *Aquichan*, 287-304.

López, M., & Arango, C. (2011). Estrategias de atención en salud a población indígena y su relación con la respuesta social en la Ciudad de Medellín, 2011. *Medellin: Secretaría de Salud*.

Maantay, J., & Maroko, A. (2009). Mapping Urban Risk: Flood Hazards, Race, & Environmental Justice in New York”. *HHS Public Access*, 111–124. Obtenido de <https://translate.google.com.co/translate?hl=es&sl=en&u=https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2680302/&prev=search>, Turner et al (2003)

MacDougall, J. (2006). *Where the River Flows: Aboriginal People with Disability, A Literature Review: Focus on Employment, Recursos Humanos y Desarrollo de Competencias del Canadá*.

Marciales Montenegro, X. (2013). *Violencia sexual en el conflicto armado: Los rostros afro de la reparación. Caso: Asociación de Mujeres Afro por la Paz (AFROMUPAZ)*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.

- Márquez Lina, P. A. (2017). *Mortalidad materna en pueblos indígenas y fuentes de datos: Alcances y desafíos para su medición en países de América Latina*. Santiago: Naciones Unidas.
- Martínez Silva, P. (2015). La conducta suicida en el grupo étnico indígena de Colombia: un fenómeno por comprender. *Salud UIS*.
- Mestre, Y. (2007). Ordenamiento territorial ancestral desde la visión de los cuatro pueblos indígenas (Arhuaco, Kággaba, Wiwa y Kankuamo) de la Sierra Nevada de Santa Marta, Colombia. *Mujeres Indígenas, Territorialidad y Biodiversidad en el Contexto Latinoamericano*, 101.
- Mestre, Y. (2007). Ordenamiento territorial ancestral desde la visión de los cuatro pueblos indígenas (Arhuaco, Kággaba, Wiwa y Kankuamo) de la Sierra Nevada de Santa Marta, Colombia. En L. Donato, E. Escobar, P. Escobar, A. Pasmiño, & A. Ulloa, *Mujeres indígenas, territorialidad y biodiversidad en el contexto latinoamericano* (pág. 101). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Mignolo, W. (1995). Occidentalización, imperialismo, globalización: herencias coloniales y teorías postcoloniales. *Revista iberoamericana*, 27- 40.
- Mincultura. (2010). *Afrocolombianos, población con huellas de africanía*. Bogotá.
- Ministerio de salud de la Pcia de Buenos Aires. (s/f). *Manual de Atención Primaria*. Buenos Aires.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (22 de 11 de 2017). *ENSIN 2015*.
- Minsalud. (2014). Estudio Técnico de Servicios Diferenciales para los Pueblos Indígenas de Colombia. *Ministerio de Salud y Protección Social*.
- Mosquera R, C., León D, R., & Rodríguez M, M. (2009). *Escenarios post-Durban para pueblos y personas negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Humanas.
- Motta González, N. (2011). Etnohistoria de la sexualidad Misak: continuidades en los cambios y transformaciones. *Historia y Espacio*.
- MPS; OPS. (2004). *Insumos para la conceptualización y discusión de una política de protección social en salud para grupos étnicos de Colombia*. Bogotá: Nuevas Ediciones Ltda.
- MSPS. (2013). *ASIS Diferencial Poblaciones Vulnerables*. Bogotá.
- MSPS. (2013). *Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021*. Bogotá.
- MSPS. (2013). *Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. La Salud en Colombia la Construyes Tú*. Bogotá: Imprenta Nacional.
- MSPS, CISAN, & FAO. (2015). *Plan Nacional De Seguridad Alimentaria y Nutricional*. Bogotá.
- MSPS, UNFPA, & UEC. (2015). *Estrategia PASE a la Equidad en Salud: Lineamientos metodológicos, técnicos y operativos*.
- NGRD. (20016). *Plan Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres*.
- Noreña-Herrera, C., Leyva-Flores, R., Palacio-Mejía, L., & Duarte-Gómez, M. (2015). Inequidad en la utilización de servicios de salud reproductiva en Colombia en mujeres indígenas y afrodescendientes. *Cad*, 2635-2648.
- Ocampo Prado, M., Chenut Correa, P., Férguson López, M., & Martínez Carpeta, M. (2017). Territorialidades en transición: pobladores desplazados por la violencia del conflicto armado colombiano y la re significación de su territorio. *Psicología USP*, 165-178.

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.

- OIT, O. (2009). *Los derechos de los pueblos indígenas y tribales en la práctica: Una guía sobre el Convenio Núm. 169 de la OIT*. Ginebra: OIT.
- OMS. (1993). Resolución CD37.R5.
- OMS. (1997). Resolución CD40.R6.
- OMS. (1997). Resolución CD40.R6. .
- ONU. (2013). *Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas. Estudio sobre la situación de las personas indígenas*.
- OPS. (2008). Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas.
- OPS. (2009). Prestación de servicios de salud con pueblos indígenas. Programa Regional de Salud de los Pueblos Indígenas. .
- OPS. (31 de 10 de 2017). *Las enfermedades no transmisibles (ENT), nuestro reto*. Obtenido de http://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=1756:las-enfermedades-no-transmisibles-ent-nuestro-reto&Itemid=487
- OPS. (2017). *Política sobre etnicidad y salud. 29. a Conferencia Sanitaria Panamericana, 69.a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas*. Washington: OPS.
- OPS, & Minsalud. (2010). *Contexto para la adecuación técnica y cultural de programas de interés en Salud Pública para tres comunidades del pacífico colombiano*. Bogotá.
- OPS/OMS. (2013). *Detección oportuna de tuberculosis permitirá reducir la mortalidad en niños y niñas*. Recuperado el 26 de 11 de 2017, de http://www.paho.org/col/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-ops-oms-colombia&alias=1403-tb-24-marzo-2013&Itemid=688
- OPS/OMS. (2015). *PAHO Presents an Interactive Geographic Distribution Map of Priority Neglected Infectious Diseases in the Americas*. Recuperado el 26 de 11 de 2017, de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10615&Itemid=40264&lang=en
- Ordóñez, V. F. (2000). *Enfermedades Infecciosas- Geografía Humana de Colombia Variación Biológica y Cultural en Colombia Tomo I*. Instituto Colombiano de Cultura Hispánica. Universidad Javeriana. Instituto Colombiano de Cultura Hispánica. .
- Organización Mundial de la Salud. (25 de septiembre de 2015). *Objetivos de Desarrollo Sostenible*. Washington D.C., Estados Unidos.
- Ortiz, M., Monsalve, L., & Osorio, M. (2015). *Representaciones sociales de la discapacidad en la comunidad indígena Nasa de Caloto Cauca*. Cali.
- Patiño Roselli, C. (1999). Campo y tareas de la etnolingüística en Colombia. En J. Arocha, & N. Friedeman, *Un siglo de investigación social* (págs. 9-38). Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
- Patiño-Londoño, S., Mignone, J., Castro-Arroyave, D., Valencia, N., & Arbeláez, C. (2016). Guías bilingües: una estrategia para disminuir las barreras culturales en el acceso y la atención en salud de las comunidades wayuu de Maicao, Colombia. *Salud Colectiva*, 415-428.
- Pearce, Foliaki, Sporle, & Cunningham. (2004). Genetics, race, ethnicity, and health. *BMJ*.
- Pedrero, M., & Oyarce, A. (2011). Salud de la población joven indígena en América Latina: un panorama general.

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.

- Pedrero, M., & Oyarce, A. (2011). *La Salud de la población joven indígena en América Latina: un panorama general*. OPS.
- PNUD. (2012). *Afrocolombianos: sus territorios y condiciones de vida. Cuaderno del Informe de Desarrollo Humano en Colombia 2011*. Bogotá: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo - PNUD-
- PNUD. (2012). *Los afrocolombianos frente a los Objetivos de Desarrollo del Milenio*. Bogotá. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo –PNUD. Bogotá.
- PNUD. (2012). *Pueblos indígenas: Diálogo entre culturas. Cuaderno del Informe de Desarrollo Humano en Colombia 2011*. Bogotá.
- PNUD. (2013). *Pueblos indígenas y los ODM*. Bogotá: Letras e Impresos S.A.
- PNUD. (2013). *Pueblos indígenas y los ODM*. Bogotá: Letras e Impresos S.A.
- PNUD. (2014). *Cauca: Análisis de las conflictividades y construcción de paz*.
- Problema ético. (27 de 06 de 2017). *Discriminación racial*. Obtenido de <http://problemaseticoss.blogspot.com.co/>
- Programa Presidencial Indígena. (2013). *ODM e Indígenas. Una aproximación a los cuatro primeros Objetivos*. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia.
- Puello, E., Amador, C., & Luna, J. (2016). Determinantes sociales de salud en los agricultores del resguardo indígena Zenú. . *Revista Salud UIS*.
- Puerta Silva, C., & Dover, R. (2007). Desarrollo de un Modelo de Interlocución para el Sistema de Salud basado en el Caso de la Guajira Colombiana. *Revista de Salud Pública*.
- Reales Jiménez, L. (s.f.). *Racismo y políticas públicas en Colombia. El caso afrocolombiano (1991-2005)*.
- Reales, L. (2005). *Racismo y políticas públicas en Colombia. El caso afrocolombiano (1991-2005)*.
- Restrepo, B., Beltrán, J., Rodríguez, M., & Ramírez, R. (2006). Estado nutricional de niños y niñas indígenas de hasta seis años de edad en el resguardo Embera-Katío, Tierralta, Córdoba, Colombia. *Biomédica*.
- Restrepo, B., Restrepo, M., Beltrán, J., Rodríguez, M., & Ramírez, R. (2006). Estado nutricional de niños y niñas indígenas de hasta seis años de edad en el resguardo Embera-Katío, Tierralta, Córdoba, Colombia. *Red Biomédica*.
- Rochel Ortega, D., & Vinasco Palacio, J. (2015). Estado nutricional de los niños indígenas menores de 5 años de la comunidad Arara, Leticia, Colombia en el año 2014. *Suplemento*.
- Rodríguez, L. (2008). Factores sociales y culturales determinantes en salud: la cultura como una fuerza para incidir en cambios en políticas de salud sexual y reproductiva. *Fondo de Población de las Naciones Unidas*.
- Rosique, J., Restrepo, M., Manjarrés, L., Gálvez, A., & Santa M, J. (2010). Estado nutricional y hábitos alimentarios en indígenas emberas de Colombia. *Revista chilena de nutrición*, 270-280.
- Sánchez J., O. (2014). *ODM y pueblos indígenas: Un compromiso pendiente*. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia.
- Sánchez Jiménez, O. (2014). *ODM y pueblos indígenas: Un compromiso pendiente. Presidencia de la República – Programa Presidencial Indígena. Serie hacia el desarrollo integral indígena de Colombia*. Bogotá: Imprenta Nacional.
- Sánchez, E. (2003). *Los pueblos indígenas en Colombia: Derechos, políticas y desafíos*. . Bogotá: Unicef.

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.

Sánchez, E., & García, P. (2006). *Más allá de los promedios: Afrodescendientes en América Latina - Los Afrocolombianos*. Washington: Banco Mundial.

SINCHI. (2016). Orientaciones para reducción de la deforestación y degradación de los bosques. *Instituto SINCHI, Cooperación Alemana GIZ*, 41.

Soto Moreno, J., & Ballester Diez, F. (2013). Contaminación del aire de interiores en hogares en situación de pobreza extrema en Colombia. . *Revista de Salud Pública*, 80-89.

Suaza, A., & Vásquez, M. (2014). Diálogo y respeto: bases para la construcción de un sistema de salud intercultural para las comunidades indígenas de Puerto Nariño, Amazonas, Colombia. *Salud Colectiva*, 379-396.

Tiempo, E. (24 de 05 de 2015). *Tres de cada diez colombianos están expuestos a desastres*. Obtenido de <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-15812223>

U. de Antioquia. (2011). Estrategias de atención en salud a población indígena y su relación con la respuesta social en la Ciudad de Medellín 2011.

UNICEF. (2012). *Suicidio adolescente en pueblos indígenas: tres estudios de caso*. Panamá: Tarea Asociación Gráfica Educativa.

UNICEF. (01 de 02 de 2018). *El Estado Mundial de la Infancia de 2013. Niñas y niños con discapacidad*. Obtenido de https://www.unicef.org/spanish/sowc2013/perspective_contreras.html

UNICEF. (2018). *Perspectiva: Desde la invisibilidad hasta la inclusión para los niños indígenas con discapacidad*. Obtenido de UNICEF: https://www.unicef.org/spanish/sowc2013/perspective_contreras.html

United Nations. (2015). State of the World’s Indigenous Peoples 2nd Volume. *Health*.

Universidad de Antioquia. (2012). *Iniciativas por la Salud Pública. Cartilla N°3. IV CONVERSATORIO SOBRE SALUD INDÍGENA Avances y retos en los Sistemas de Salud Interculturales*. Medellín.

Universidad Nacional de Colombia. (10 de diciembre de 2016). Tuberculosis, infección oculta en el Amazonas. *Un periódico*.

Uribe, D. (2014). Estudio Técnico de Servicios Diferenciales para los Pueblos Indígenas de Colombia. *Ministerio de Salud y Protección Social*.

Uribe, D. (2014). *Estudio Técnico de Servicios Diferenciales para los Pueblos Indígenas de Colombia* Ministerio de Salud y Protección Social. . Bogotá.

Urrea Giraldo, F., & Viáfara López, C. (2007). *Pobreza y grupos étnicos en Colombia: Análisis de sus factores determinantes y lineamientos de política para su reducción. Bogotá D.C. Diseño de una estrategia para la reducción de la pobreza y la desigualdad (MERPD)*. Bogotá.

Urrea Giraldo, F., & Viáfara López, C. (2016). *Igualdad para un buen y mejor vivir: Información y visibilidad estadística de los grupos étnicos - raciales en Bogotá*. Cali: Programa editorial Universidad del Valle.

Urrea, F., & Posso, J. (2015). *Feminidades, sexualidades y colores de piel. Mujeres negras, indígenas, blancas-mestizas y transgeneristas negras en el suroccidente colombiano*.

Vallejo Rodríguez, E., & Santana, P. (2015). *Salud materna indígena en mujeres Nasa y Misak del Cauca. Ministerio de salud y Protección Social. Observatorio Nacional de Salud*. . Bogotá: Instituto Nacional de Salud.

Continuación resolución “Por el cual se adopta el Capítulo Indígena para los pueblos y comunidades indígenas y se establecen las directrices para su implementación como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.

Verschoor, G., & Torres, C. (2016). Mundos equivocados: cuando la “abundancia” y la “carencia” se encuentran en la Amazonía colombiana. *Íconos*, 71-86. Doi: <http://dx.doi.org/10.17141/iconos.54.2016.1860>

Viasús, J., & Páez, L. (2015). El papel de la Comunicación en las disputas por el Derecho a la Medicina Propia: el caso del pueblo indígena Misak en el departamento de Cauca (Colombia). *In Derechos humanos emergentes y periodismo*, 353-385.

Wisner, B., Blaikie, P., & Davis, I. (2003). *At Risk: Natural hazards, people’s vulnerability and disasters*.

SIGLAS

AICO	Autoridades Indígenas de Colombia
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CIT	Confederación Indígena Tayrona
CONPES	Consejo Nacional de Política Económica y Social
CRIC	Consejo Regional Indígena del Cauca
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
DNP	Departamento Nacional de Planeación
DPS	Departamento para la Prosperidad Social
EEVV	Estadísticas Vitales
ENSIN	Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia
EPS	Entidad Promotora de Salud
EPSI	Entidad Promotora de Salud Indígena
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura
INCODER	Instituto Colombiano de Desarrollo Rural
INCORA	Instituto Colombiano de Reforma Agraria
IPS	Institución Prestadora de Servicios de Salud
IPSI	Institución Prestadora de Servicios de Salud Indígena
LI	Línea de Indigencia
LP	Línea de Pobreza
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
NBI	Necesidades Básicas Insatisfechas
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
ONG	Organización No Gubernamental
ONIC	Organización Nacional Indígena de Colombia
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OPIAC	Organización Nacional de los Pueblos Indígenas de la Amazonía Colombiana
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PDSP	Plan Decenal de Salud Pública
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
REPS	Registro Especial de Prestadores de Servicios
RIPS	Registros Individuales de Prestación de Servicios
RUV	Registro Único de Víctimas
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SISPI	Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural
SISPRO	Sistema Integral de Información de la Protección Social
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas.