

**MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL****RESOLUCIÓN NÚMERO 0000050 DE 2021****(25 ENE 2021)**

Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013, en el sentido de adoptar el capítulo indígena para los pueblos y comunidades indígenas de Colombia como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP 2012-2021

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades legales y en especial las conferidas en el artículo 6 de la Ley 1438 de 2011, los numerales 42.1 del artículo 42 de la Ley 715 de 2001, 2, 3 y 26 del artículo 2 Decreto Ley 4107 de 2011 y en desarrollo de los artículos 86, parágrafo y 88 del Decreto 1953 de 2014, y

CONSIDERANDO

Que, conforme al artículo 7 de la Constitución Política, *“El Estado reconoce y protege la diversidad étnica y cultural de la nación colombiana”* y en sus artículos 48 y 49 dispone, que la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se presta bajo la dirección, coordinación y control del Estado, quien, en el marco del principio de universalidad, garantiza el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud a los habitantes del territorio nacional.

Que la Ley 21 de 1991 aprobó el Convenio 169 de 1989 de la Organización Internacional del Trabajo - OIT sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes, estableciendo en su artículo 24, que la seguridad social deberá extenderse progresivamente a los pueblos interesados y aplicársele sin discriminación alguna; en su artículo 25 dispone que el Gobierno velará por poner a disposición de dichos pueblos, servicios de salud adecuados que les permitan organizar y prestarlos bajo su responsabilidad y control, con el fin de lograr una salud física y mental de máximo nivel, bajo el entendido que dicha organización, deberá realizarse a nivel comunitario, en la medida de lo posible, teniendo en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.

Que, el artículo 5 *ibídem*, estableció que deberán adoptarse disposiciones con la participación y cooperación de los pueblos interesados, las cuales estarán encaminadas a allanar las dificultades que estos experimenten y, en su artículo 33, se dispuso que la planificación, coordinación, ejecución y evaluación de las medidas previstas en el Convenio adoptado, deberá contar con la participación de dichos pueblos.

Que la Corte Constitucional en la Sentencia T – 1340 de 2001, La Constitución de 1991, estableció una protección especial del Estado a favor de la comunidad indígena, mediante ésta, se concede a sus miembros todos los derechos que se reconocen a los demás ciudadanos, prohibiendo cualquier forma de discriminación en su contra, pero además, y en aras de proteger la diversidad cultural, se le otorgan ciertos derechos radicados en la comunidad como ente colectivo, esto con el fin, de lograr una igualdad material en favor de este grupo social minoritario y de proteger la igualdad ante la diversidad étnica y cultural de la Nación.

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para los pueblos y comunidades indígenas de Colombia dentro del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP- 2012-2021"

Que la Ley 691 de 2001 reglamenta la participación de los Grupos Étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y en su artículo 1 dispone la garantía con que cuentan los pueblos indígenas de acceso y participación en los servicios de salud en condiciones dignas y apropiadas, en respeto y protección a la diversidad étnica y cultural de la Nación.

Que, con fundamento en las facultades legales conferidas en el artículo 6 de la Ley 1438 de 2011, este Ministerio profirió la Resolución 1841 de 2013, por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública – PDSP – 2012 - 2021 y, de esta forma, definió la política que orienta la salud pública del País durante el periodo mencionado, a partir de ocho dimensiones prioritarias: 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 en el ámbito laboral; a su vez, define dos dimensiones transversales: gestión diferencial de poblaciones vulnerables y fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud, concebidas como elementos técnicos y políticos ordenadores del abordaje y coordinación de acciones sectoriales, comunitarias y transectoriales para mejorar la salud de la población.

Que, la dimensión transversal "*Gestión diferencial de poblaciones vulnerables*" del Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021, reconoce las diferencias entre distintos grupos poblacionales y la necesidad de responder con medidas adecuadas a los requerimientos de las poblaciones en las que dichas diferencias, significan desventaja o están relacionadas con múltiples factores que generan inequidades, y en el numeral 8.1.4.4, Salud en poblaciones étnicas, el capítulo étnico definirá los objetivos sanitarios, metas, estrategias y acciones concertadas con los grupos étnicos, como sujetos de derechos, para promover la atención con calidad de acuerdo con las necesidades diferenciales.

Que el Decreto 1953 de 2014 creó un régimen especial con el fin de poner en funcionamiento los territorios indígenas, para cuyo efecto definió el Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural -SISPI-, sus principios, componentes, competencias en salud, estructuras propias, financiación, entre otras, y estableció su implementación gradual precisando, que hasta que esta se lleve a cabo, el Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS garantizará el cuidado de salud de los pueblos indígenas a través de las instituciones de salud indígenas y no indígenas, en coordinación, articulación y complementación con el Sistema General de Seguridad Social en Salud, bajo la rectoría del Ministerio de Salud y Protección Social.

Que mediante los numerales 2.1 y 2.2. de la Circular 011 de 2018 expedida por este Ministerio, se imparten instrucciones a los departamentos, distritos y municipios con presencia de población indígena relacionadas con los componentes del SISPI, cuyo eje central es la relación sinérgica entre este y el Sistema General de Seguridad Social en Salud con base en las directrices para la Gestión en Salud Pública y Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas y las disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la salud de las Resoluciones 518 y 1536 del 2015.

Que la Ley 1751 de 2015, estableció en su artículo 2 que la salud es un derecho fundamental, autónomo e irrenunciable, que incluye "*el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud*".

Que, el literal b) del artículo 6 *ibídem*, establece, como elemento esencial del derecho fundamental a la salud, la "Aceptabilidad" que hace referencia al respeto que los agentes del sistema deben tener frente a "*las diversas culturas de las personas, minorías étnicas,*

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para los pueblos y comunidades indígenas de Colombia dentro del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP- 2012-2021"

pueblos y comunidades, respetando sus particularidades socioculturales y cosmovisión de la salud, permitiendo su participación en las decisiones del sistema de salud que le afecten...". A su vez, el literal l) del artículo 6 mencionado, señala como principio del derecho a la salud, la "Interculturalidad", definida como el esfuerzo deliberado por construir mecanismos que integren las diferencias culturales en la salud a partir del reconocimiento de "los saberes, prácticas y medios tradicionales, alternativos y complementarios para la recuperación de la salud...", y en su literal m) el principio de "Protección a los pueblos indígenas" mediante el cual se reconoce y garantiza el derecho fundamental a la salud integral según sus propias cosmovisiones y conceptos, desarrollados en el Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural –SISPI.

Que, para efectos de la construcción del capítulo étnico de los pueblos y comunidades indígenas, y bajo la premisa de construcción colectiva, se desarrolló un proceso fundamentado en acuerdos entre el Ministerio de Salud y los delegados indígenas de la Subcomisión de Salud de la Mesa Permanente de Concertación, a través de las Organizaciones Nacionales: 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 los pueblos y organizaciones indígenas del orden territorial, cuyo recorrido se dinamizó mediante la metodología propia de la minga de pensamientos, que contó con amplia participación de las organizaciones filiales a las organizaciones nacionales, los pueblos y organizaciones indígenas nacionales, en las fases de aprestamiento, acuerdo de procesos, diálogo y formulación.

Que, con fundamento en lo anterior, se hace necesario modificar la Resolución 1841 de 2013, en el sentido de adoptar el capítulo indígena para los pueblos y comunidades indígenas de Colombia como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP 2012-2021

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Artículo 1. Modifíquese el artículo 1 de la Resolución 1841 de 2013 el cual quedará así:

"Artículo 1. Plan decenal de salud pública. Adóptese el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 el cual será de obligatorio cumplimiento tanto para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS, como del Sistema de Protección Social, en el ámbito de sus competencias y obligaciones.

Los demás actores y sectores 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 mencionado Plan.

El Plan Decenal de Salud Pública estará conformado por dos anexos técnicos, esto es: Plan Decenal de Salud Pública-PDSP 2012-2021 y Capítulo indígena para los pueblos y comunidades indígenas de Colombia, los cuales harán parte integral de la presente resolución".

Parágrafo. El capítulo indígena para los pueblos y comunidades indígenas de Colombia adoptado mediante este acto, constituirá un insumo fundamental para la

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para los pueblos y comunidades indígenas de Colombia dentro del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP- 2012-2021"

formulación del siguiente Plan Decenal que, de implicar ajustes y complementariedades serán construidas en el marco de los espacios participativos de las comunidades indígenas a través de las organizaciones y sus representantes, en especial la Subcomisión de Salud de la Mesa Permanente de Concertación con los pueblos y organizaciones indígenas".

Artículo 2. Modifíquese el artículo 2 de la Resolución 1841 de 2013, el cual quedará en los siguientes términos:

"Artículo 2. Responsabilidades de las entidades territoriales. Las entidades territoriales de acuerdo con sus competencias y necesidades, condiciones y características de su territorio, deberán adoptar los contenidos establecidos en el Capítulo Indígena del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, en cada cuatrienio a través del Plan Territorial de Salud y coordinar la implementación en su área de influencia, de conformidad con los lineamientos que, para el efecto, defina este Ministerio.

Para el desarrollo del capítulo Indígena de los pueblos y comunidades en los planes territoriales de salud, las entidades territoriales propiciarán los espacios de participación, en garantía del diálogo con ellos, a través de sus representantes, para la inclusión de acciones propias e interculturales de los aspectos socio culturales de la población indígena, que les permita ampliar y comprender mutuamente el conocimiento de su situación de salud. Para este fin deberán:

- a.) Elaborar la priorización en salud pública, teniendo en cuenta los instrumentos de planeación propia de y, i.) Definirán, organizarán y convocarán, la participación de actores comunitarios pertenecientes a los pueblos y comunidades indígenas, ii.) Convocarán 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 y iii.) Vincularán a los actores comunitarios, las autoridades propias y/o tradicionales, sabedores de la medicina ancestral y de las estructuras propias de salud de las comunidades indígenas definidas, 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, y iv) Gestionarán los procesos de participación y brindarán acompañamiento y apoyo a todas las instancias, respetando su autonomía.
- b.) Definir, con la participación de los pueblos y comunidades indígenas, los lineamientos para la incorporación de las variables propias e interculturales, así como incorporar información socio cultural de la población indígena, en los Análisis de Situación de Salud territoriales, que les permita comprender y ampliar el conocimiento de la situación de salud de los pueblos y comunidades indígenas, en coherencia con los lineamientos y metodologías dispuestas por este Ministerio para la elaboración del Análisis de la Situación de Salud (ASIS).
- c.) Elaborar el componente estratégico y de inversión plurianual del PTS, en el marco del proceso de planeación integral en salud, tomando como referente las líneas estratégicas planteadas en el Capítulo étnico de los pueblos y comunidades indígenas para cada una de las dimensiones prioritarias y transversales del PDSP.
- d.) Elaborar el componente operativo y de inversión del PTS, en el marco del proceso de planeación integral en salud, así como el Plan Anual de Salud - PAS.

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para los pueblos y comunidades indígenas de Colombia dentro del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP- 2012-2021"

Parágrafo. Este Ministerio orientará y asesorará la implementación y el desarrollo del capítulo indígena del PDSP".

Artículo 3. Modifíquese el artículo 4 de la Resolución 1841, de 2013, el cual quedará en los siguientes términos:

"Artículo 4. Monitoreo, seguimiento y evaluación del Plan Decenal de Salud Pública. Constituirá responsabilidad de las entidades territoriales realizar el monitoreo, seguimiento y evaluación del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 en su jurisdicción, de acuerdo con la metodología, condiciones y periodicidad definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, sin perjuicio de que este, realice la evaluación al Plan.

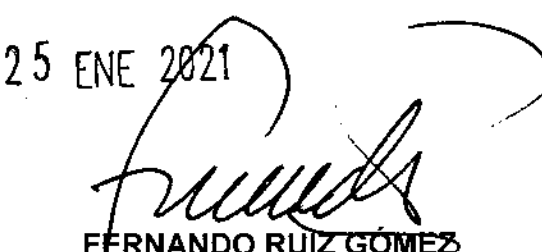
Las organizaciones, asociaciones de cabildos y/o autoridades tradicionales Indígenas podrán desarrollar mecanismos de deliberación, control social y seguimiento del capítulo indígena, bajo los principios generales del SGSSS, con el fin de establecer los avances y logros de los objetivos y las metas sanitarias definidas para la población indígena y su contribución a los objetivos estratégicos del PDSP.

Artículo 4. Vigencia. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación y modifica la Resolución 1841 de 2013.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D. C.,

25 ENE 2021


FERNANDO RUIZ GÓMEZ

Ministro de Salud y Protección Social

Aprobó:
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios
Dirección de Epidemiología y Demografía
Dirección Jurídica

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para los pueblos y comunidades indígenas de Colombia dentro del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP- 2012-2021"

ANEXO TÉCNICO

CAPÍTULO DIFERENCIAL PARA LOS PUEBLOS Y COMUNIDADES INDÍGENAS

PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA

PDSP 2012 - 2021

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para los pueblos y comunidades indígenas de Colombia dentro del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP- 2012- 2021"

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN

1. ANTECEDENTES

2. METODOLOGIA

- 2.1. Fase de aprestamiento
- 2.2. Fase de acuerdo de procesos
- 2.3. Fase de diálogo
- 2.4. Fase de formulación
- 2.5. Fase de validación, adecuación y concertación
- 2.6. Fase de reglamentación y socialización

3. MARCO CONCEPTUAL

- 3.1. Referentes asociados al "buen vivir o vivir bien" desde la perspectiva de los pueblos indígenas
 - 3.1.1 Elementos de cosmovisión e identitarios
 - 3.1.2 Diversidad étnica indígena y salud
 - 3.1.3 Determinantes sociales de la salud
 - 3.1.4 Dimensiones desde el concepto de los pueblos indígenas
- 3.2. Enfoques generales para la participación e inclusión de las poblaciones indígenas
 - 3.2.1 Enfoque de derechos y garantías.
 - 3.2.2 Enfoque diferencial.
 - 3.2.3 Enfoque participativo.
 - 3.2.4 Enfoque intercultural.
 - 3.2.5 Enfoque de acciones afirmativas.
 - 3.2.6 Enfoque de curso de vida y propio.
 - 3.2.7 Enfoque de género.
 - 3.2.8 Enfoque poblacional.
 - 3.2.9 Enfoque del buen vivir

4. RESULTADOS DE CONSULTA

5. ANALISIS DE LA SITUACIÓN

- 5.1 Análisis a partir del contexto de las dinámicas comunitarias y su abordaje desde las dimensiones prioritarias del PDSP
 - 5.1.1 Dimensión: salud, ambiente y territorio
 - 5.1.2 Dimensión: armonías y desarmonías relacionadas con las condiciones no transmisibles
 - 5.1.3 Dimensión: armonía física, mental y espiritual
 - 5.1.4 Dimensión autonomía y seguridad alimentaria y nutricional
 - 5.1.5 Dimensión: tejido de la vida, familia y comunidad
 - 5.1.6 Dimensión vida saludable y enfermedades transmisibles
 - 5.1.7 Dimensión Salud Pública en emergencias y desastres
 - 5.1.8 Dimensión Riesgos en salud en las ocupaciones
 - 5.1.9 Dimensión gestión diferencial de poblaciones vulnerables
 - 5.1.10 Dimensión fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud.
- 5.2 Situación de salud de las comunidades indígenas de Colombia
 - 5.2.1 Contexto social, cultural y económico
 - 5.2.2 Perfil de morbilidad y mortalidad

6. OBJETIVOS

- 6.1 Objetivo general
- 6.2 Objetivos estratégicos

7. DIMENSIONES PRIORITARIAS Y TRANSVERSALES DEL PDSP PARA PUEBLOS INDÍGENAS

- 7.1 Líneas estratégicas de las dimensiones
 - 7.1.1 Dimensión: salud, ambiente y territorio
 - 7.1.2 Dimensión: armonías y desarmonías relacionadas con las condiciones no transmisibles
 - 7.1.3 Dimensión: armonía física, mental y espiritual
 - 7.1.4 Dimensión: autonomía y seguridad alimentaria y nutricional.
 - 7.1.5 Dimensión: tejido de la vida, familia y comunidad
 - 7.1.6 Dimensión vida saludable y enfermedades transmisibles.
 - 7.1.7 Dimensión Salud Pública en emergencias y desastres
 - 7.1.8 Dimensión: Riesgos en salud en las ocupaciones
 - 7.1.9 Dimensión gestión diferencial de poblaciones vulnerables
 - 7.1.10 Dimensión fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud

8. ASPECTOS BÁSICOS PARA TENER EN CUENTA EN LA PLANEACIÓN TERRITORIAL EN SALUD CON ADECUACIÓN SOCIOCULTURAL

9. RESPONSABILIDADES

- 9.1 Responsabilidades de los departamentos, distritos y municipios.
- 9.2 Responsabilidades de los pueblos y comunidades indígenas.

10. FINANCIACIÓN

11. MONITOREO Y EVALUACIÓN

Bibliografía

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para los pueblos y comunidades indígenas de Colombia dentro del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP- 2012-2021"

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, se elaboró un capítulo indígena que responde 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 los departamentos, distritos y municipios, en cumplimiento de sus competencias, incorporen en los Planes Territoriales de Salud, 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, su diversidad, 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 trasversales.

1. ANTECEDENTES

El principio de la diversidad étnica, cultural y el derecho normativo de los pueblos indígenas

Los pueblos indígenas en Colombia, desde su origen milenario han contado con un sistema de vida propio conformado por 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, han venido desarrollando acciones para defender y fortalecer la identidad cultural orientada desde la espiritualidad y cosmovisión como legado ancestral y diferencial, desde el derecho mayor, ley de origen y ley natural, pero la imposición de poderes externos conllevó a la creación de 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 no indígena. Estas figuras normativas cambiaron hasta la aparición de normas republicanas y constitucionales como mecanismos de garantía de derechos y mediante el reconocimiento de su forma de vida.

Es fundamental reconocer el proceso histórico de los pueblos indígenas, su pensamiento y territorio, con el fin de comprender la singularidad de cada pueblo y plantear una política diferencial acorde con la realidad de estas comunidades. Es en este sentido, que desde el contexto del derecho internacional y nacional, se ha establecido el derrotero para una serie de desarrollos, entre los que se encuentra lo relativo a la salud propia, como uno de los aspectos vitales de la cultura, logrando con la Constitución 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 las cuales sustenta el derecho a la salud diferencial y demás derechos conexos que como parte de la pervivencia cultural.

Los grupos étnicos son considerados por la Constitución actual como comunidades culturales diferentes y las personas que las constituyen son tratadas como sujetos culturales plenos, con derecho a vivir a tono con sus creencias y a perseguir las metas que juzgan plausibles, dentro del marco ético que la propia Constitución señala. Como resultado de un proceso participativo y pluralista, la Constitución de 1991 en su artículo 7 reconoce y protege la diversidad étnica y cultural de la Nación, principio desarrollado en su artículo 10 que consagra la oficialidad de las lenguas y dialectos de los grupos

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para los pueblos y comunidades indígenas de Colombia dentro del Plan Decenal de Salud Pública - PDSP- 2012-2021"

étnicos en sus propios territorios y en los artículos 171 y 176 que reconocen el derecho de las comunidades indígenas de participar en el Senado y en la Cámara de Representantes.

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 expedido se incluyeron, entre otros, los artículos 7, 10, 13, 48, 49, 63, 68, 72, 96, 171, 176, 246, 286, 321, 329 y 330 que reconocen la diversidad étnica y cultural del país, las lenguas y dialectos de los grupos étnicos como oficiales en sus territorios, la no discriminación, la seguridad social, la atención en salud, la inalienabilidad, imprescriptibilidad e inembargabilidad de las tierras comunales de grupos étnicos y las tierras de resguardo, el derecho a una formación que respete y desarrolle su identidad cultural; los derechos especiales que pueden tener los grupos étnicos en territorios de riqueza arqueológica, la nacionalidad de los miembros de los pueblos indígenas que comparten territorios fronterizos, la conformación por parte de representante de comunidades indígenas del Senado de la República y del Congreso de la República, el derecho a ejercer funciones jurisdiccionales dentro de su ámbito territorial, el carácter de entidad territorial a sus territorios, su conformación como provincias, así como su forma de gobierno y funciones.

Respecto al territorio, en los artículos 63 y 329 la Carta Política reconoce que los resguardos indígenas son propiedad colectiva de las comunidades indígenas en favor de las cuales estos se constituyen con un carácter de inalienables, imprescriptibles e inembargables y en los artículos 246, 286 y 287 establece que las comunidades indígenas aplican justicia dentro de su territorio y son entidades territoriales que pueden administrar sus recursos, respectivamente.

En aras de proteger la diversidad cultural, la Constitución de 1991 otorga derechos radicados en la comunidad como ente colectivo, lo que conlleva a que coexistan 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. (Corte Constitucional, sentencia. T-496 de 26 de septiembre de 1996, M.P. Carlos Gaviria Díaz)

Así mismo, la Corte Constitucional en Sentencia C-139 de 1996 al analizar la constitucionalidad del artículo 40 de la Ley 89 de 1890 señaló que 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 etnias asignándoles, entre otros, el carácter de inenajenables, 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.

Desde el derecho internacional, los pueblos indígenas tienen reconocimiento de la salud propia, tal y como se identifica en el Convenio 169 de 1989 de la Organización Internacional del Trabajo -OIT sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes, adoptado por el Gobierno colombiano mediante la Ley 21 de 1991, en la que el artículo 24 establece que la seguridad social deberá extenderse progresivamente a los pueblos interesados y aplicarse sin discriminación alguna; en su artículo 25, señala que el Gobierno velará por poner a disposición de dichos pueblos servicios de salud adecuados que les permitan organizar y prestarlos bajo su responsabilidad y control, con el fin de lograr una salud física y mental de máximo nivel, bajo el entendido que dicha organización deberá realizarse a nivel comunitario en la medida de lo posible teniendo en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.

El artículo 5 de la precitada ley establece que deberán adoptarse disposiciones con la participación y cooperación de los pueblos interesados, las cuales estarán encaminadas a allanar las dificultades que estos experimenten y, en su artículo 33, se dispuso que la planificación, coordinación, ejecución y evaluación de las medidas previstas en el Convenio adoptado, así como la proposición de medidas legislativas y de otra índole a las autoridades competentes y su control deberán contar con la participación de dichos pueblos.

Sin embargo, antes de la Constitución de 1991 se expidieron algunas normas que reconocían el derecho a la salud de las comunidades indígenas, como la Ley 89 de 1890 que estableció el respeto transicional de usos y costumbres de las comunidades indígenas, la Resolución 10013 de 1981 que dispuso que los programas de prestación de servicios de salud que se desarrollaran en comunidades indígenas deberían adaptarse a su estructura organizacional, política, administrativa y socio-económica, en forma tal que se respetaran sus valores, tradiciones, creencias, actitudes y acervo cultural, y el Decreto 1811 de 1990 por el cual se reconocen los saberes tradicionales, se desarrolla la consulta y concertación con las autoridades tradicionales para la construcción y ejecución de diferentes

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para los pueblos y comunidades indígenas de Colombia dentro del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP- 2012-2021"

programas en salud de las comunidades y el respeto de los mecanismos propios de reflexión, discusión y toma de decisiones con participación de las organizaciones.

Así mismo, la Ley 691 de 2001 reglamenta la participación de los grupos étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia y en su artículo 1 dispone la garantía con que cuentan los pueblos indígenas de acceso y participación en los servicios de salud en condiciones dignas y apropiadas, en respeto y protección a la diversidad étnica y cultural de la Nación.

A su vez, en desarrollo del artículo 10 constitucional, se expidió la Ley 1381 de 2010 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".

Por su parte, el artículo 6 de la Ley 1438 de 2011 "Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones", dispuso que el Ministerio de Salud y Protección Social se encargará de la elaboración del Plan Decenal de Salud Pública -PDSP, en el que deben confluir las políticas sectoriales para mejorar el estado de salud de la población, incluyendo la salud mental.

En este orden de ideas, con fundamento en las facultades legales conferidas en el artículo 6 de la Ley 1438 de 2011, este Ministerio profirió la Resolución 1841 de 2013, por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública -PDSP- 2012-2021 en el cual confluyen una serie de imperativos de acción pública.

De esta forma, este Ministerio definió la política que orienta la salud pública del país durante el periodo mencionado, a partir de ocho dimensiones prioritarias: 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 en el ámbito laboral; a su vez, define dos dimensiones transversales: gestión diferencial de poblaciones vulnerables y fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud; concebidas como elementos técnicos y políticos ordenadores del abordaje y coordinación de acciones sectoriales, comunitarias y transectoriales para mejorar la salud de la población.

Es así, que la dimensión transversal "gestión diferencial de poblaciones vulnerables" del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 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. Además, reconoce las diferencias entre distintos grupos poblacionales y la necesidad de responder con medidas adecuadas a sus requerimientos.

Por otra parte, 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 dichos pueblos.

Ahora bien, mediante el Decreto 1953 de 2014, el Gobierno Nacional creó un régimen especial con el fin de poner en funcionamiento los territorios indígenas, para cuyo efecto definió el Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural -SISPI-, sus principios, componentes, competencias en salud, estructuras propias, financiación, entre otras, y estableció su implementación gradual precisando, que hasta que esta se lleve a cabo, el Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS garantizará el cuidado de salud de los pueblos indígenas a través de las instituciones de salud indígenas y no indígenas.

La Ley 1751 de 2015, estableció en su artículo 2 que la salud es un derecho fundamental, autónomo e irrenunciable, que incluye "el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud".

El literal b) del artículo 6 *ibidem*, establece, como elemento esencial del derecho fundamental a la salud, la "aceptabilidad" que hace referencia al respeto que los agentes del sistema deben tener frente a "las diversas culturas de las personas, minorías étnicas, pueblos y comunidades, respetando sus particularidades socioculturales y cosmovisión de la salud, permitiendo su participación en las decisiones del sistema de salud que le afecten...". A su vez, el literal l) del artículo 6 mencionado, señala como principio del derecho a la salud, la "Interculturalidad", definida como el esfuerzo deliberado por construir mecanismos que integren las diferencias culturales en la salud a partir del reconocimiento de "los saberes, prácticas y medios tradicionales, alternativos y complementarios para la recuperación de la salud...", y en su literal m) el principio de "Protección a los pueblos indígenas" mediante el cual se reconoce y garantiza el derecho fundamental a la salud integral según sus propias cosmovisiones y conceptos, desarrollados en el Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural -SISPI.

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para los pueblos y comunidades indígenas de Colombia dentro del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP- 2012-2021"

A partir de las normas precitadas y las que surgen con posterioridad a la adopción del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, mediante la Resolución 1841 de 2013, este Ministerio ha evidenciado la necesidad de definir el presente capítulo para los pueblos y comunidades indígenas de Colombia, en el que a partir del enfoque diferencial y acorde con el reconocimiento de la diversidad étnica y sociocultural del país y de los derechos colectivos de dichas comunidades, construido en el marco de la *"Dimensión transversal gestión diferencial de poblaciones vulnerables"*.

2. METODOLOGIA

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, así como la participación de las secretarías de salud y otros actores del SGSSS del orden local.

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 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:

2.1. 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, este Ministerio 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.

2.2. 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 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.

2.3. Fase de diálogo

Se realizaron encuentros con la participación de autoridades y líderes y especialistas de las comunidades o filiales de las organizaciones, en los que además se dio un cubrimiento representativo de los pueblos indígenas existentes en el país, con el desarrollo de encuentros liderados por las organizaciones indígenas ONIC, AICO, Autoridades Tradicionales Indígenas de Colombia Gobierno Mayor, OPIAC y CIT.

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

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para los pueblos y comunidades indígenas de Colombia dentro del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP- 2012-2021"

tercero a la resignificación 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 Ministerio para la formulación de este capítulo.

2.4. Fase de formulación

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.

2.5. Fase de validación, adecuación y concertación

El Ministerio con la participación de algunas secretarías de salud, EPS e IPS, validaron lo planteado en el texto preliminar del capítulo, a través de la socialización del documento, realización de reuniones y la recolección de observaciones y sugerencias. Con los aportes se hicieron los ajustes para su protocolización. Una vez estudiado por los representantes de los pueblos indígenas, se recogieron las observaciones y se llevaron a sesiones de trabajo conjuntas, para acordar el texto final.

2.6. Fase de reglamentación y socialización

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.

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. Por tratarse de un proceso incluyente, participativo y diferencial se describen los referentes asociados al Buen Vivir y los enfoques correspondientes.

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

Estos referentes surgieron como resultado de los diálogos de saberes con los pueblos indígenas, a partir de su desarrollo metodológico y los acuerdos a los que llegó este Ministerio con la Subcomisión de Salud de la MPC con los Pueblos y Organizaciones Indígenas, para la formulación del presente capítulo.

Los 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 urbano) en el que se

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para los pueblos y comunidades indígenas de Colombia dentro del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP- 2012-2021"

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, insumos tomados de los encuentros de diálogos de saberes, los cuales forman parte de soportes técnicos como relatorias, informes y audios del proceso de construcción del documento.

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:

3.1.1.1 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, 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 él 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 como 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.

3.1.1.2 Identidad cultural indígena

Está asociada con el sentido de pertenencia que tienen los pueblos indígenas con un conjunto de elementos materiales e inmateriales tales como humores, energías, vida espiritual, idiomas 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.

3.1.1.3 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 auto reconocimiento como integrante de cierta comunidad indígena.

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para los pueblos y comunidades indígenas de Colombia dentro del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP- 2012-2021"

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, u en su diario vivir, 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.

3.1.1.4 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 de 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.

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, esta ley 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.

3.1.1.5 Derecho mayor

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 histórico 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 sí, 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.

3.1.1.6 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, esto es 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 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".

3.1.1.7 Autonomía

Es un atributo de la actividad permanente que los pueblos indígenas ejercen sobre sus formas propias de autoridad, vida social, cultura, economía y política dentro de su ámbito territorial y/o como pueblo indígena, así como toma de decisiones internas y según las formas de relacionamiento con otros sectores de la sociedad nacional, en un contexto de autoridad indígena. 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

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para los pueblos y comunidades indígenas de Colombia dentro del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP- 2012-2021"

decisiones de las comunidades, de acuerdo con lo definido por sus autoridades tradicionales en los ámbitos de participación propia y en consonancia con 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, este Ministerio se permite citar apartes de jurisprudencia de la Corte Constitucional en la que se ha desarrollado esta materia:

- Sentencia T-058 de 14 de febrero de 2019, M.P. Alejandro Linares Cantillo:

"En este marco, teniendo en cuenta el mando de protección especial previsto en la Constitución y en distintos tratados internacionales¹⁷, 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 niños¹⁸, empero su intervención debe ser razonable y proporcional, afectado (sic) 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 reconoce".

- Sentencia T-254 de 1994, M.P. Dr. Eduardo Cifuentes Muñoz:

"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 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

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para los pueblos y comunidades indígenas de Colombia dentro del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP- 2012-2021"

sus usos y costumbres, pero respetando las leyes imperativas sobre la materia que protejan valores constitucionales superiores".

3.1.1.8 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 o ley natural, 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 como el resguardo, los cabildos como máxima autoridad y otras formas de gobiernos establecidas 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 de 2014, a saber, las asociaciones de resguardos con capacidad político administrativa.

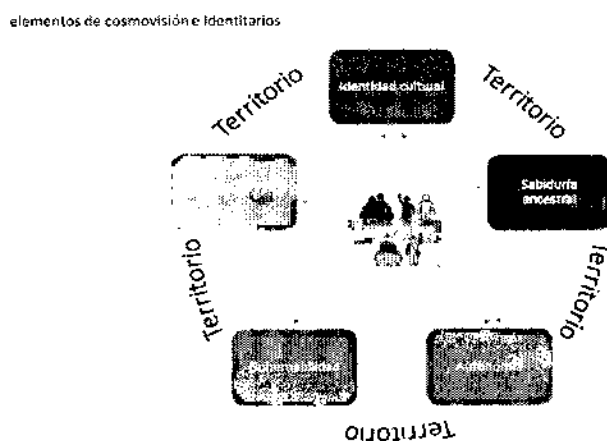
Por tanto, la gobernabilidad en la salud es el proceso de implementación de la medicina ancestral mediante mecanismos de participación, auto reconocimiento, valoración, ejercicio de la autoridad y la autonomía para la implementación de acciones de salud dentro de las comunidades. Son también los procesos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

3.1.1.9 Reciprocidad

Para los pueblos indígenas, la reciprocidad es el principio fundamental del buen vivir porque determina su solidaridad.; Es la expresión de unidad y retribución por el hecho de ser seres colectivos. Esta se practica en el diario vivir, porque se cree que para uno estar bien, el otro debe estar bien, que, para producir buenos alimentos, la tierra debe estar sana, libre de contaminación, para estar sano, debo alimentarme bien, deben existir buenos usos y costumbres (hábitos) como sujetos de una comunidad.

Dentro de la salud, la reciprocidad se observa a través de las desarmonías o desequilibrios que tiene la comunidad o el individuo con la naturaleza, con su entorno, con su cuerpo o con la comunidad, para lo cual, los pueblos indígenas utilizan el conocimiento ancestral de aplicación de la medicina propia para volver al ciclo natural o de la vida. Las comunidades miran que las desarmonías son un ciclo normal de las comunidades pero que debe encontrar el horizonte mediante la aplicación de espiritualidad, donde siempre actúa una dualidad, del adentro, el afuera, lo sagrado y lo natural, el hombre y la mujer son complementarios, por ende, todo es complementario y reciproco.

Figura 1. Elementos de cosmovisión e identitarios.



La figura 1, representa la interacción entre estos elementos de cosmovisión e identitarios, y su relación con el "buen vivir o vivir bien" y se observa que el centro de interacción entre los elementos de cosmovisión e identitarios es el "buen vivir o vivir bien", a nivel individual, familiar y comunitario; materializándose el concepto de armonía y equilibrio y, por consiguiente, el de salud.

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para los pueblos y comunidades indígenas de Colombia dentro del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP- 2012-2021"

3.1.2 Diversidad étnica indígena y salud

Comprender la diversidad étnica se relaciona con los variados conceptos, percepciones, usos, prácticas tradicionales relacionadas con la salud y la enfermedad. No obstante, las particularidades, debido a las cosmovisiones, cosmogonía y ley de origen específicas de cada grupo, de manera general, se asocian a explicaciones de integralidad en 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).

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 pueblo indígena.

Para ello, resulta indispensable partir desde su concepción en los planes de vida de los pueblos indígenas, se constituyen en el proceso de participación activa que tienen 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, desarrollo, fortalecimiento, 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 con 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.

3.1.3 Determinantes sociales de la salud

De acuerdo con el Plan Decenal de Salud Pública, los determinantes sociales de la salud son *"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"*

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 costumbres, gobernabilidad, justicia propia, educación y cosmovisión del buen vivir.

En este sentido, el nuevo enfoque reconoce las diferencias para la formulación de estrategias y acciones enmarcadas en las dimensiones del PDSP 2012-2021, consolidando la implementación de planes, programas y políticas públicas en salud encaminadas a garantizar los derechos a salud de la población indígena en Colombia.

3.1.4 Dimensiones desde el concepto de los pueblos indígenas

El PDSP 2012 – 2021 establece como meta central el "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", la cual se despliega, como parte de su diseño estratégico, en acciones para ocho (8) dimensiones prioritarias y dos (2) dimensiones transversales. En las dimensiones del Capítulo Étnico del PDSP, los conceptos de la política pública en salud se complementan desde las particularidades culturales, territoriales, sociales y la cosmovisión de los pueblos indígenas.

A continuación, se define desde el concepto de la salud propia, como se conciben estas dimensiones para el presente Capítulo:

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para los pueblos y comunidades indígenas de Colombia dentro del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP- 2012- 2021"

- **Salud, ambiente y territorio.** Busca la armonía de la naturaleza en su estado natural, esto es un equilibrio físico y espiritual entre los ríos, lagos, lagunas, nacimientos, sitios sagrados, jardines botánicos, sitios georreferenciales y cosmos-referenciales, que favorecen 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 contribuyen al bienestar y el desarrollo humano y social en todas las etapas del ciclo de vida.
- **Autonomía y seguridad alimentaria y nutricional.** 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.** 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.** 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.** Acciones propias e interculturales sectoriales, transectoriales y comunitarias que propenden 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.** 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 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. 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 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 presente capítulo:

3.2.1 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 culturas

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para los pueblos y comunidades indígenas de Colombia dentro del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP- 2012- 2021"

3.2.2 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 afirmativas, de acuerdo con las prioridades definidas entre este Ministerio y los pueblos indígenas en los espacios de diálogo y concertación en coherencia con los instrumentos de planeación propia.

Plantea la formulación y desarrollo de objetivos, estrategias y acciones acordes con la diversidad cosmogónica y con las particularidades que reconocen a estas comunidades 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.

3.2.3 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 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.

3.2.4 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. 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.

3.2.5 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.

3.2.6 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 de la vida, reconociendo que entre estas se generan interacciones y repercusiones. 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.

3.2.7 Enfoque de género.

Conforme al PDSP 2012 – 2021, 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, por lo que 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.

3.2.8 Enfoque poblacional. De acuerdo al PDSP- 2012- 2021, 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 entre la población y su territorio"* y, 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.

3.2.9 Enfoque del buen vivir. El buen vivir para Fernando Huanacuni (2010) 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.

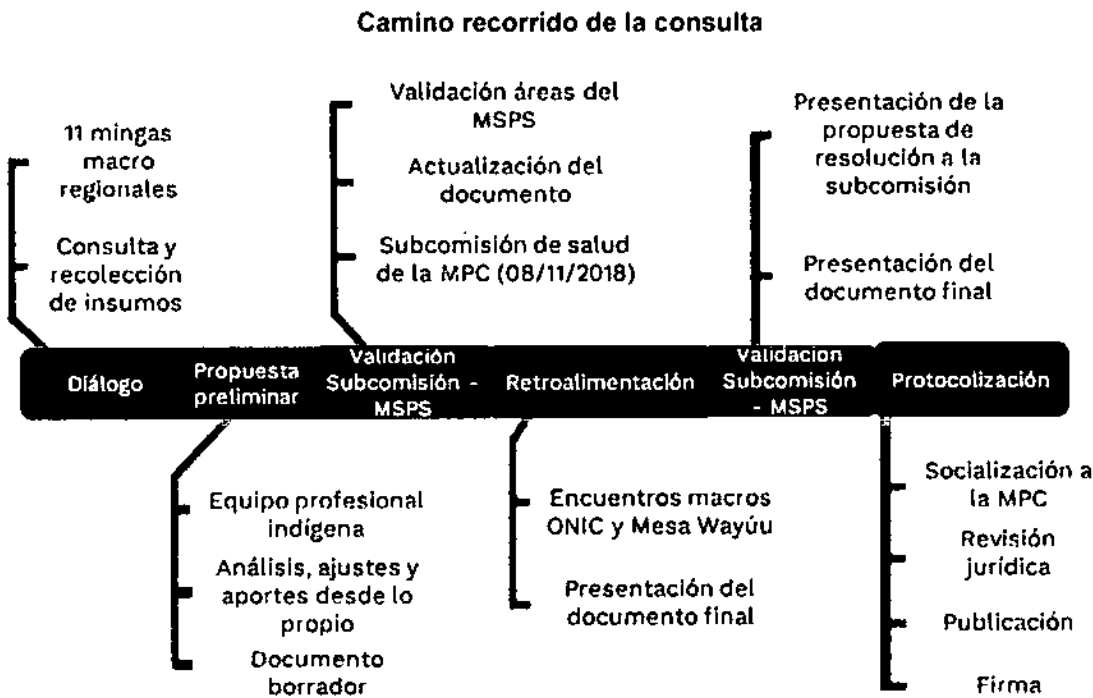
Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para los pueblos y comunidades indígenas de Colombia dentro del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP- 2012- 2021"

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 (2010) lo describe como saber comer, saber alimentarse, saber beber, saber danzar, saber dormir, saber trabajar, saber meditar, saber pensar, saber amar, saber escuchar y saber hablar, también señalado por el Ministerio de Relaciones Exteriores del Gobierno de Bolivia como parte de los trece principios para vivir bien o vivir en plenitud, visible en el link <http://www.cancilleria.gob.bo/webmre/node/1231>

4. RESULTADOS DE CONSULTA

El Ministerio llevó a cabo el proceso de construcción de la ruta metodológica a partir del año 2012 con la definición de una prueba piloto mediante el Convenio de Cooperación No. 718 de 2012, efectuando dichos pilotos en el Resguardo de la María, municipio de Piendamó, Cauca los días 10 y 11 de diciembre de 2012. Posteriormente, en el marco de la MPC el 13 de junio de 2013, se aprueba la metodología de canastos y cinco encuentros regionales.

A partir de este momento, se adelanta una serie de encuentros entre este Ministerio y las organizaciones indígenas encaminados a la definición de las acciones para garantizar el diseño, implementación y consolidación de los resultados de los encuentros de diálogos de saberes efectuados de la mano con las organizaciones nacionales indígenas mediante la realización de convenios y su articulación respectiva para la ejecución con las secretarías de salud, tal y como se presenta en la siguiente gráfica:



Los encuentros efectuados se resume en la siguiente tabla:

Tabla 1. 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 ChúscaI 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

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para los pueblos y comunidades indígenas de Colombia dentro del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP- 2012-2021"

	Noviembre 24 a 27 de 2018	Macro Orinoquía Resguardo San Juanito Orocué– Casanare
	Diciembre 2 a 4 de 2018	Encuentro Wayuu 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.
Mesa de Diálogo y Concertación para el Pueblo Wayuu	Diciembre 2017	La Guajira, Riohacha.

En conclusión, se efectuaron durante la fase de diálogo de saberes, catorce (14) encuentros con la participación de 1212 delegados de pueblos indígenas, para posteriormente realizar la consolidación y estructuración de este documento con la participación de 6 profesionales indígenas, delegados de las organizaciones indígenas que conforman la Subcomisión de Salud.

5. ANALISIS DE LA SITUACIÓN

En el marco de los lineamientos del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (PDSP) y de acuerdo con la ruta de trabajo establecida con las organizaciones indígenas de Colombia, se propiciaron los espacios de discusión y disertación; como resultado se identificaron las problemáticas reconocidas por las comunidades alrededor de las condiciones de salud y enfermedad, a partir de los determinantes sociales que intervienen en el goce efectivo del derecho a la salud, mediante un "diálogo de saberes".

Durante el proceso de consulta las organizaciones nacionales indígenas y las entidades territoriales de salud realizaron estos encuentros, los cuales fueron documentados con grabaciones en audio, relatorias, mapas comunitarios, y otros documentos y archivos digitales. Esta recolección de insumos y su respectivo análisis desde lo propio e institucional, se presentó en tres escenarios:

- Encuentros para el diálogo con comunidades de base, organizaciones indígenas, las entidades territoriales y sesiones con Subcomisionados de Salud
- Revisión bibliográfica de los resultados de análisis de situación de salud desde lo institucional, como parte de las fuentes de información en salud integradas al Sistema de Información de la Protección Social – SISPRO, y demás fuentes externas que cuentan con variable étnica.
- Sesiones de análisis de situación desde lo propio efectuado con el equipo de profesionales indígenas delegado por la Subcomisión de Salud

Las categorías de análisis se fundamentan a partir de las dimensiones prioritarias del PDSP e integradas con los planteamientos del SISPI. Este análisis parte de los objetivos estratégicos del PDSP, los cuales corresponden a: 1. Avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud; 2. Mejorar las condiciones de vida y salud de la población, y 3. Lograr cero tolerancias frente a la morbilidad, mortalidad y discapacidad evitables.

A continuación, se presentan los resultados de análisis de las problemáticas identificadas a partir de los encuentros y de la revisión bibliográfica, desde el contexto institucional, y se constituyen en el insumo con el cual se establecerán los objetivos y líneas estratégicas definidas en el marco de las dimensiones, objeto del presente documento.

5.1 Análisis a partir del contexto de las dinámicas comunitarias y su abordaje desde las dimensiones prioritarias del PDSP

5.1.1 Dimensión: salud, ambiente y territorio

Reconociendo el territorio como uno de los pilares fundamentales para el desarrollo de la vida en las comunidades indígenas, el concepto de salud ambiental desde la visión indígena, está fundamentada

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para los pueblos y comunidades indígenas de Colombia dentro del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP- 2012-2021"

ancestralmente en el cuidado, recuperación, preservación, buen uso y adecuado equilibrio en y con el territorio y sus recursos ambientales. Como resultado de la consulta efectuada en el territorio nacional, se identificaron las siguientes problemáticas en la dimensión prioritaria:

Deterioro de los sitios sagrados, donde se encuentran las plantas medicinales soporte de la sabiduría ancestral, ocasionado, a juicio de los pueblos y comunidades indígenas, por incursión de proyectos de alto impacto ambiental como la minería legal e ilegal y la explotación de hidrocarburos en zonas cercanas a los resguardos indígenas, generando pérdida y contaminación de fuentes hídricas y sus afluentes que proveen los recursos necesarios para la subsistencia de los pueblos. A su vez, alta tasa de deforestación debida principalmente a la adecuación de terrenos que se destinan a ganadería extensiva y cultivos ilícitos, aumento de la frontera agrícola y el deterioro de los suelos por el uso de herbicidas afectan la fertilidad de la tierra, incidiendo en la seguridad alimentaria de los pueblos y comunidades indígenas; igualmente, la presencia de cultivos ilícitos conlleva a su fumigación, afectando cultivos de pan coger y el ecosistema allí presente.

Respecto a los factores de riesgo asociados al agua potable y saneamiento básico, se presenta una insuficiente oferta de servicios públicos básicos, así como de alternativas de manejo técnico para evitar carga de contaminación al aire, suelo y fuentes de agua, las cuales se constituyen en abastecedoras sin tratamiento, ocasionando la prevalencia de enfermedades de origen intestinal como la parasitosis (nematodos, protozoarios y helmintos), especialmente en zonas cercanas a los cascos urbanos.

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. La población indígena que se ha asentado en ámbitos urbanos, en su mayoría se ubica en zonas marginales y aún de riesgo. 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.

5.1.2 Dimensión: armonías y desarmonías relacionadas con las condiciones no transmisibles

El buen vivir de las comunidades indígenas inicia con la armonía colectiva con el territorio, familiar e individual. El desarrollo de modos propios de vida saludable es entendido como el cuidado de la salud y las prácticas saludables conforme a la tradición ancestral, el buen trato y el respeto por los demás. Su cuidado incluye prácticas como la espiritualidad, la danza, la música, el tejer artesanías, las fiestas, los juegos tradicionales, preparar alimentos y practicar la lengua propia, los cuales se fundamentan desde el componente del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural denominado la sabiduría ancestral (Art. 78 y 81 del Decreto 1953 de 2014), componente que se relaciona con la protección de la identidad cultural en niños, niñas y adolescentes; jóvenes y mayores.

No obstante, en los encuentros de diálogo se identificó que se han venido perdiendo estos escenarios propios donde se desarrollan estas actividades de tipo recreativo como los juegos y fiestas tradicionales, escenarios de integración de las comunidades donde convergen los saberes, las experiencias y el desarrollo de la espiritualidad. Para el indígena, las enfermedades no transmisibles, es decir 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, 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, los cuales son difíciles de identificar, curar y sanar. Por otra parte, ante la concepción de las enfermedades como fenómenos que trascienden el escenario físico, manifiestan que existe una preocupación latente frente a los estados espirituales de los integrantes de las comunidades, ya que se asocian con las relaciones e intervenciones que se establecen con el territorio.

Enfermedades como el cáncer en sus diversas modalidades, se asocian a la afectación del bienestar de los integrantes en los territorios, producto de factores externos, así como al consumo de alimentos procesados y manufacturados con alto contenido de grasas o carbohidratos. Respecto a la situación de factores de riesgo cardiovascular en los pueblos indígenas de Colombia, la prevalencia se asocia con dislipidemia, índice cintura/cadera aumentado, índice aterogénico aumentado, obesidad abdominal, sobrepeso, HTA (Hipertensión Arterial) y antecedentes familiares de HTA, de dislipidemia y de diabetes mellitus. Aunque no son superiores a los que presenta la población en general, existe una

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para los pueblos y comunidades indígenas de Colombia dentro del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP- 2012-2021"

tendencia al sobrepeso en estas comunidades, producto de la pérdida de alimentación propia e inclusión de dietas asociadas con alimentos altamente procesados.

5.1.3 Dimensión: armonía física, mental y espiritual

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, que se obtiene, entre otras, mediante las prácticas curativas y rituales ancestrales, ejercidas por los médicos tradicionales o sabedores como Kumú, Payé, Botánico, Sacaquero, Payé de Mugre (Vehthe Yairo), Bagaro. En particular, los tres primeros, emplean la medicina botánica y abordan aspectos relacionados con la salud mental.

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". 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"

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. Un factor de riesgo lo constituye la crisis generada por los procesos de aculturación que inciden en el desarraigo y desconexión con los puntos sagrados, asociados a dinámicas inadecuadas de interacción con la sociedad occidental, de quienes se recibe otro tipo de ideología a través de medios masivos de comunicación, que han incidido en la división familiar, abandono del territorio y la pérdida de los valores culturales. Por otra parte, se identifican problemáticas sociales relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas, alcoholismo y dinámicas de micro tráfico, debidos a la interacción con actores externos asociados a economías ilícitas y de conflicto armado.

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.

Algunos estudiosos han señalado que la pérdida de sus territorios o la degradación de las condiciones de estos están asociados a prácticas extractivas, ocupaciones indebidas de agentes externos, cultivos ilícitos y presencia de actores al margen de la ley, es otro factor que ha venido afectando de manera grave a los pueblos indígenas. Instituciones como el PNUD concluyen que comunidades indígenas de los departamentos de Cauca y Chocó son las más afectadas por el conflicto armado. Conforme a lo señalado por PNUD (2014) las principales conflictividades en el departamento del Cauca están relacionadas con la tierra y el territorio, el conflicto armado y la violencia sociopolítica, los cultivos de uso ilícito, los conflictos urbanos, la minería y la crisis partidista y de gobernabilidad. 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 especialmente por megaproyectos que desconocen las dinámicas y formas propias de uso del territorio colectivo.

En términos de actuación institucional, se reconoce la necesidad de 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 por la influencia de culturas no propias.

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para los pueblos y comunidades indígenas de Colombia dentro del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP- 2012-2021"

5.1.4 Dimensión autonomía y seguridad alimentaria y nutricional

En el Anexo étnico del Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional se señala, como principales problemáticas entorno a esta dimensión, las siguientes:

"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).

En este mismo anexo se señala otra serie de desventajas relacionadas con la escases de territorio frente al crecimiento demográfico; la vocación agropecuaria de los territorios resguardados que resulta insuficiente; los factores de riesgo ya descritos como el conflicto armado, las problemáticas ambientales y la presencia de narcotráfico y empresas extractivas; la priorización del uso de agua para consumo no humano y minería, la expansión del agronegocio, entre otros, que influyen directamente sobre los sistemas alimentarios de los pueblos indígenas.

Respecto a estado de desnutrición global en menores indígenas, la ENSIN 2.015, reportó que: "Este indicador nutricional fue superior en los indígenas (7,2 %), con una prevalencia que casi duplicó la del país, lo que evidencia una clara situación de inequidad en estas poblaciones, la cual se repite en todos los indicadores antropométricos". Respecto a la lactancia materna, este mismo estudio establece que: "Los resultados por etnia muestran que los indígenas tienen mejores cifras de continuación de lactancia materna (78,1 % al año y 49,3 % a los 2 años) en comparación con los afrodescendientes (35,4 % al año y para los 24 meses la estimación tiene baja precisión) y con el grupo sin pertenencia étnica (51,9 % y 31,7 %)" (INS, U.Nacional y Bienestar Familiar, 2019).

En cuanto a los determinantes del estado nutricional de la población infantil, influye en gran medida el acceso a los servicios básicos sanitarios. De acuerdo al censo de 2018 realizado por el DANE, tan solo el 41% del total de su población tiene acceso a agua potable en su vivienda, siendo la situación más crítica aún en las zonas rurales pues únicamente el 28% de los indígenas que habitan en estas zonas cuentan con acueducto. La situación es más compleja si se habla de alcantarillado y recolección de basuras, pues solamente el 23% y el 25.5% respectivamente, tienen acceso a estos servicios.

Los datos anteriormente descritos, corresponden a información suministrada por fuentes gubernamentales, ahora bien, desde 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 chagra, el Tul, Conuco o Tumbao, fuente de alimentación primaria, formación y sabiduría de los mayores.

Frente a 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 autonomía alimentaria.

Para los pueblos indígenas, el problema de la desnutrición de niños y niñas y las enfermedades relacionadas con la mala alimentación, se debe a que han dejado de producir sus propios alimentos dados en la Chagra, Tul, Conuco o Tumbao, o sistemas propios productivo como consecuencia de la alteración del orden territorial, especialmente en las formas de cosechar de manera tradicional, con semillas propias, este tipo de cambios culturales 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.

En contraste, el consumo de alimentos producidos con agroquímicos y mal manejo de estos es otro problema que causa enfermedades desconocidas que afectan gravemente la salud, según lo informado por los participantes en los encuentros del diálogo de saberes; alimentos foráneos que no son acordes

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para los pueblos y comunidades indígenas de Colombia dentro del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP- 2012-2021"

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, tomando especial relevancia el uso y tenencia de territorio para producir sus alimentos, aspecto que tal y como se ha indicado es uno de los principales problemas en el Buen Vivir, ya sea por ser escaso, porque no se han llegado a acuerdo interculturales en los esquemas de planes de manejo ambiental en áreas de reservas ambientales o los señalados de conflicto dentro y fuera de estos

5.1.5 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 y para los pueblos indígenas, la reproducción está estrechamente ligada a esta ley, 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 la prestación de servicios de salud, entre los que se encuentran las dificultades para acceder y la ausencia de programas socio culturales adecuados, que no permiten el diálogo entre el sistema propio de salud y el SGSSS.

"Para 2017 las razones de mortalidad materna más altas se encuentran en las poblaciones indígenas y negro, mulato, afrocolombiano o afrodescendiente, alcanzando valores de 222,2 y 110,9 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, respectivamente. En términos relativos la razón de mortalidad materna es cuatro veces mayor en mujeres indígenas y dos veces mayor en mujeres afrocolombianas con respecto al promedio nacional" (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019)

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 mencionan las transformaciones sociales que ha traído la educación a miembros de comunidades indígenas, evidenciando un cambio en comportamientos de hombres y mujeres menores de 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.

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.

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 prestadoras de servicios de salud no se encuentran alineadas con la cosmovisión de las comunidades.

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.

5.1.6 Dimensión vida saludable y enfermedades transmisibles

Existen situaciones que pueden generar la prevalencia de enfermedades transmisibles en la población indígena, como es el caso de los factores ambientales asociados a las condiciones de vida y los entornos en los cuales viven los pueblos indígenas, sumado al escaso e inoportuno diagnóstico en algunas zonas del país, que impide planear y ejecutar acciones encaminadas para la disminución de estos riesgos a la salud; otro factor lo constituye la barrera en la prestación de servicios en zonas de alta dispersión geográfica, que imposibilita acudir 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 y habitacional, especialmente en aspectos relacionados con la tenencia de animales domésticos al interior de las viviendas y su riesgo como vectores transmisores de enfermedades, es así como el 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 Orinoquía o en la Amazonia

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 de ojo, el maleficio o enfermedades espirituales, entre otras.

5.1.7 Dimensión Salud Pública en emergencias y desastres

Desde la percepción de pueblos indígenas, los desastres naturales se conciben como una responsabilidad humana producto del cambio global climático, que afecta su subsistencia y bienestar; el mal uso de los territorios indígenas contribuye a la generación de desastres naturales.

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).

El impacto ambiental ocasionado en estos entornos ecológicos, donde reside un total de 105.427 indígenas en los departamentos de Amazonas, Caquetá, Putumayo, Guaviare, Guainía y Vaupés,

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para los pueblos y comunidades indígenas de Colombia dentro del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP- 2012-2021"

especialmente por la deforestación de los bosques, genera el desbordamiento de los ríos y por ende, la inundación de los 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).

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, tal y como lo indicaron en los resultados de consulta: *"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"*

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.

5.1.8 Dimensión riesgos en salud en las ocupaciones

Desde la perspectiva indígena se ejercen muchas labores que no necesariamente están asociadas a la vinculación con una entidad o empresa privada, por lo que perciben menos del salario mínimo legal, así como ausencia en la afiliación al Sistema de Riesgos Laborales y Sistema de Pensiones.

Los ingresos insuficientes percibidos por la población indígena obedecen al desarrollo de actividades subsistencia, lo que hace que sea un trabajo de índole familiar o comunitario ligado al consumo directo y no mediado por algún tipo de prestación económica, aun cuando hay venta de algunos excedentes y personas que trabajan en lugares cercanos a las comunidades. 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).

Otro tipo de ingreso se percibe en el sector informal, a pesar de no ser una buena opción para estas poblaciones, toda vez que no media afiliación al Sistema de Riesgos Laborales y de Pensiones lo que genera preocupación especialmente respecto a las poblaciones de personas mayores en sus resguardos indígenas, dado que no accedieron a un régimen pensional que les permitirá tener unos ingresos mínimos básicos en el momento de llegar a la vejez.

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.

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 estímulos necesarios para ejercer con eficacia y oportunidad la labor de acuerdo con la cosmovisión de cada comunidad.

En las actividades de autosubsistencia los riesgos laborales más frecuentes:

Caza y pesca: se presentan lesiones, fracturas, cortaduras, quemaduras, envenenamientos y muerte ocasionadas en la elaboración y uso de los elementos artesanales (arco y flecha, matapi, cacurí, barbasco no controlado, 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 silvestre, subir ceje, (acai) manaca, entre otros.

Agricultura: muerte, fracturas, lesiones, quemaduras, envenenamientos por mordedura de culebra o enfermedades ocasionadas en la elaboración de la primera fase de la Chagra: socola y tumba o derivadas del mantenimiento de los cultivos propios. Intoxicación por plaguicidas y herbicidas

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para los pueblos y comunidades indígenas de Colombia dentro del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP- 2012-2021"

Otras actividades: Lesiones, cortaduras, quemaduras, intoxicación, 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)

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 para defender en todos los ámbitos a los indígenas.

Se requiere establecer un diagnóstico de las condiciones de salud laboral en las comunidades indígenas que incluya su contexto cultural y cotidiano como por ejemplo, la labor que se realiza en la transformación 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 su condición de salud, lo que implica la identificación y desarrollo de estrategias de protección para hacer esta labor de forma más segura.

5.1.9 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 disímiles 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, 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.

5.1.9.1 Niños, niñas y adolescentes.

Los niños, niñas y adolescentes constituyen un porcentaje importante de la población indígena en Colombia. Según datos derivados del censo 2018, entre 0 y 14 años corresponde al 33.8% (644.433 personas), lo que de hecho significa que la acción pública para estos grupos se convierte en fundamental. Diversos informes reportan 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 censo 2018, los porcentajes de niños y niñas de 7 a 11 años que asisten a establecimientos educativos es de 85.1% para la población indígena, pero con un porcentaje de no culminación del nivel primaria del 74.1%; en jóvenes de 12 a 15 años es de 56, 2% con un 48% que no completa el nivel de secundaria y de 16 a los 17 años solo el 32% se encuentran en media secundaria.

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"

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:

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para los pueblos y comunidades indígenas de Colombia dentro del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP- 2012-2021"

"...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"

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, lo anterior de acuerdo con informes emitidos por el PNUD en 2009 (PNUD, 2013, págs. 121-123) e igualmente información proveniente del DNP (Sánchez J., 2014, pág. 26). 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).

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, indicando que 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 en los encuentros se destacó, los embarazos de jóvenes sin preparación adecuada para responder, ocurrencia de suicidios y otro la presencia de prácticas como la "mutilación genital de las niñas".

Respecto al suicidio, según los datos del SIVIGILA (Informe del evento, intento de suicidio 2017 a 2019 - semana epidemiológica No 44), se presentaron 580 casos de intento de suicidio, estos correspondieron al 2,2% del total de la población, durante el 2017, mientras que en el 2018 se presentaron 597 casos y para la semana epidemiológica N° 44 del 2019, ya se reportaban 559 casos, observando una tendencia hacia el aumento en el reporte de este evento.

Se ha considerado que en estos hechos hay afectaciones económicas, sociales, políticas, de cambio cultural y de violencia, que requieren abordajes de carácter intercultural. De acuerdo con lo indicado en los encuentros de diálogo de saberes, la salud de los niños y los jóvenes requiere atención desde los hogares, mantenerlos con la mente ocupada para que no haya aspectos negativos en su crecimiento, la relación familiar es importante en la medida en que se fortalezca la identidad cultural y una salud armónica con el territorio. Hace falta mayor apoyo para la generación de espacios y escenarios culturales donde se ejerza las actividades recreativas 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 esta.

5.1.9.2 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 de 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: autorreconocimiento étnico, pertenencia a grupos étnicos y evaluación del color de piel del participante.

Por autorreconocimiento 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 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.

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para los pueblos y comunidades indígenas de Colombia dentro del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP- 2012-2021"

Por otra parte, de acuerdo con Hernández Hernández, V. (2014) en "Salud de los adultos mayores indígenas en la comunidad de Tehuerichi, Chihuahua" 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.

5.1.9.3 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 que inciden en su condición de vida y salud.

En lo relacionado con la participación de las mujeres en los escenarios de representación al interior de las comunidades y organizaciones indígenas, se presenta 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 es mucho más limitada para las mujeres indígenas, sufren de igual manera del denominado empobrecimiento histórico y les es 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 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", "No se está haciendo nada para prevenir la violencia contra la mujer"*.

La violencia en el marco del conflicto armado ha ocasionado que las mujeres indígenas hayan sido víctimas de diversos tipos 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).

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para los pueblos y comunidades indígenas de Colombia dentro del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP- 2012-2021"

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". <https://www.onic.org.co/noticias/70-destacadas/2292-sumar-esfuerzos-y-actuar-la-clave-para-poner-fin-a-la-mutilacion-genital-femenina-en%20Colombia>

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"

5.1.9.4 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 esta población. (Global Disability Rights, 2016).

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 de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para los pueblos y comunidades indígenas de Colombia dentro del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP- 2012-2021"

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. Respecto a la institucionalidad, hay una constante en las mesas frente a una baja credibilidad en esta y se refieren de manera permanente a las carencias o fallas en la implementación de las acciones definidas 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; no obstante, Colombia cuenta con el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad RLCPD que se basa en el auto reconocimiento y 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. Analizando 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%.

En 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.

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.

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)

5.1.10 Dimensión fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud

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, se requiere establecer el diálogo intercultural que contribuya con la generación de las adecuaciones técnicas y socio culturales para la superación de inequidades y barreras en procesos de aseguramiento y provisión de servicios de salud, que afectan las condiciones de salud de la población indígena.

5.1.10.1 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

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para los pueblos y comunidades indígenas de Colombia dentro del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP- 2012-2021"

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%), Anas wayuu 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 autoreconoce 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 al SGSSS, 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 tales como dialecto, comunicación y falta de adecuación intercultural, dificultan el aseguramiento y la provisión de los servicios de salud con oportunidad.

5.1.10.2 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.

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.

5.1.10.3 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).

5.1.10.4 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.

5.1.10.5 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 etarios 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 aseguradoras en salud en el momento de realizar la planeación y demanda de servicios en salud.

5.1.10.6 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

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para los pueblos y comunidades indígenas de Colombia dentro del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP- 2012-2021"

tradicional. Así mismo, manifiestan su preocupación por la dificultad que tienen para replicar sus saberes y costumbres ancestrales.

5.2 Situación de salud de las comunidades indígenas de Colombia

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. Entre el censo general del 2005 y el Censo Nacional de Población y Vivienda 2018, la población indígena aumentó en 36.8% pasando a 1.905.617 personas y representando el 4.4% del total de población del país.

Según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística –DANE, el crecimiento de la población indígena no es explicable solamente por sus niveles de fecundidad. De acuerdo con el análisis de cohortes 2005-2018, se observa un crecimiento por inclusión de nuevos individuos, explicable por mejor cobertura en territorios con predominación indígena y por el aumento de auto reconocimiento étnico indígena.

De otra parte, para 2017 y haciendo uso de la Base de Datos 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.

5.2.1 Contexto social, cultural y económico

Dentro de las particularidades existentes en la gran diversidad social y cultural de los pueblos indígenas de Colombia, conforme a lo señalado por el Ministerio de Cultura en el documento *Lenguas Nativas y Criollas de Colombia*, obrante en el link <https://www.mincultura.gov.co/areas/poblaciones/APP-de-lenguas-nativas/Paginas/default.aspx>, se destaca la riqueza lingüística que se manifiesta en la existencia de 65 lenguas indígenas o indoamericanas diferentes, que son oficiales en sus territorios de acuerdo al artículo 10 constitucional. 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 afiliación.

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 autoridades tradicionales o los cabildos. 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.

El artículo 2.14.7.1.2 del Decreto 1071 de 2015, Único Reglamentario del Sector Administrativo Agropecuario, Pesquero y de Desarrollo Rural, define las autoridades tradicionales como "... 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...", y al cabildo como "... 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 artículo 330 de la Constitución asigna funciones a los cabildos, 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

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para los pueblos y comunidades indígenas de Colombia dentro del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP- 2012-2021"

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 auto subsistencia 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.

Además, existen algunos procesos a menor escala, de explotación de recursos, 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 apropiados.

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).

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).

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).

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. Hay otras consideraciones que provienen de los mismos sectores indígenas, en las cuales se plantea que 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).

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para los pueblos y comunidades indígenas de Colombia dentro del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP- 2012-2021"

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.

5.2.2 Perfil de morbilidad y mortalidad

De acuerdo con datos reportados en el ASIS 2019, entre el 2005 y 2018 se presentaron 34.500 muertes y se evidenció un comportamiento al aumento, la tendencia muestra un incremento de 203 muertes en dicho periodo. Durante el mismo periodo de años, el 21.6% de los nacimientos la madre tenía edades entre los 15 a 19 años, seguido de un 22.78% correspondiente al grupo de 25 a 29 años y posteriormente seguido por el grupo de edad entre los 20 a 24 años con un porcentaje de 29.11%. El análisis por grupo de edades y sexo muestra una estructura joven, con un 56% de menores de 14 años y de un 44% de población de 15 a 64 años.

En cuanto a la distribución por sexo, la población indígena tiene una mayor proporción de hombres, contando con una relación hombre: mujer de 99,7, aproximadamente 5 hombres más por cada 100 mujeres. Respecto a la estructura de la población indígena afiliada al SGSSS a 2018, se constata también la predominancia de población joven representando un 65.6% de la población indígena.

Según datos del registro de estadísticas vitales entre 2008 y 2018 se registraron 34.500 defunciones de población indígena, de este valor el 45,62% (15.738) correspondía a mujeres y el 54,38 % (18.762) 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).

La primera causa de muerte según la lista 6/67 fue todas las demás causas con 27,60% (9523) de las muertes, que incluye entre otras: deficiencias 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 22,18% (7651) dentro del cual están las enfermedades sistémicas del corazón, cerebrovasculares e hipertensivas y, en tercer lugar, con un 15.22 % (5250) estuvo el grupo de las causas externas, dentro del cual se destacan los homicidios 34,95% (1835) muertes, accidentes de transporte terrestre 19.26% (1011) y los suicidios 11,98% (629).

La mortalidad materna en la población indígena muestra variaciones en su tendencia, en tanto registra descensos y ascensos de un año a otro. En el 2010, alcanzó su pico más bajo con 191,12 muertes por cada 100.000 nacidos vivos; sin embargo, en 2013 y 2015 se presentan los picos más altos de mortalidad registrando 355,65 y 245,22 respectivamente, contando así 164.53 y 54.1 muertes más que en 2010, por cada 100.000 nacidos vivos. Para el año 2014, se produjeron 99,85 muertes menos por cada 100.000 nacidos vivos que en 2013.

El departamento de La Guajira presenta uno de los casos más críticos de mortalidad materna. De las 33 indígenas fallecidas en el periodo 2010 – 2012, la mayor proporción (18,2%) tenía entre 15 y 19 años, seguida de las que tenían entre 10 y 14 años (15,2%); 51,5% no tuvo acceso a la educación escolar y 36,4% sólo realizó estudios primarios. La gran mayoría (81,8%) estaba afiliada al régimen subsidiado y 66,7% no tuvo controles prenatales (Arregocés & Molina, 2015).

Al analizar la información según la lista de causas de morbilidad atendida utilizada por el Análisis de Situación de Salud - ASIS, se encontró que el 53%, esto es 3.528.769 de las atenciones se generaron por enfermedades no transmisibles, con una razón de 7 atenciones por persona. El 24%, es decir 1.614.018 atenciones, 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%, lo que equivale a 993.030 de las atenciones y una razón de 3,6 atenciones por persona.

Según el sexo, el 63% de las atenciones se presentaron en mujeres, esto es, 4.078.540 y las 2.451.117 restante en hombres, es decir el 37%, la atención en mujeres es mayoritariamente por enfermedades no transmisibles, mientras que en lesiones la proporción de atenciones en hombres fue mayor que en las mujeres.

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 el 39.31%, es decir, 63644 corresponden a malaria vivax, el 14.57%, equivalente a 2359 casos, a malaria falciparum y 9.38% a varicela individual que representa 15181 casos.

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para los pueblos y comunidades indígenas de Colombia dentro del Plan Decenal de Salud Pública - PDSP- 2012- 2021"

6. OBJETIVOS

6.1 Objetivo general

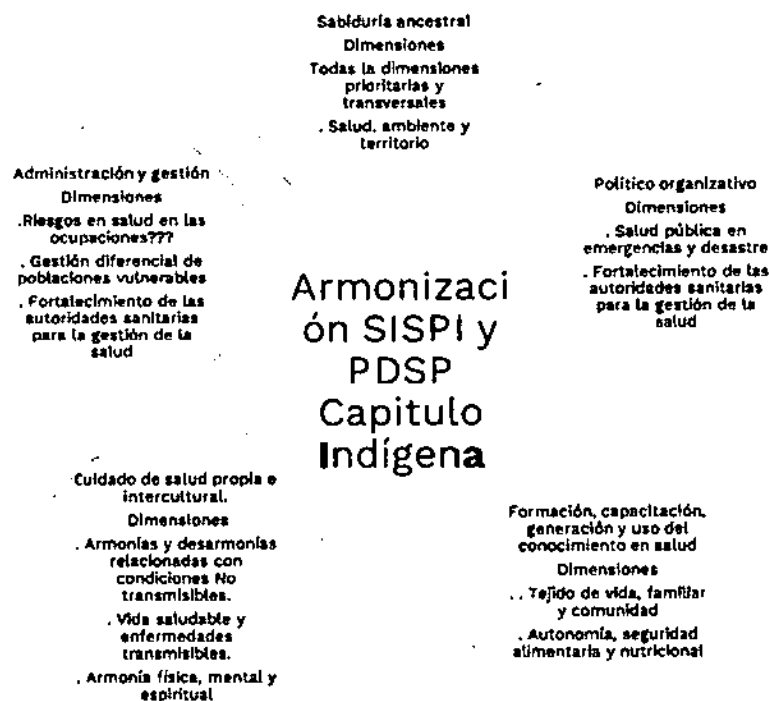
El objetivo general del capítulo consiste en garantizar las acciones propias e interculturales en salud pública con el fin de avanzar hacia el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, mejorar las condiciones de vida y salud, lograr cero tolerancias con la morbilidad, mortalidad y discapacidad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

6.2 Objetivos estratégicos

Este capítulo contribuye con los fines del PDSP en armonía con los componentes del SISPI, a través de los siguientes objetivos estratégicos:

- 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.
- Mejorar las condiciones de salud para el buen vivir en la población indígena, entendida 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.
- 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 discapacidad y muerte por razones evitables y acompañamiento tradicional, cultural y espiritual para el buen vivir.
- Consolidar 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 presente capítulo y de otras políticas en salud.

7. DIMENSIONES PRIORITARIAS Y TRANSVERSALES DEL PDSP PARA PUEBLOS INDÍGENAS



7.1 Líneas estratégicas de las dimensiones

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

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para los pueblos y comunidades indígenas de Colombia dentro del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP- 2012-2021"

camino para el reconocimiento y visibilización de elementos que requieren de un abordaje intercultural, en las dimensiones prioritarias y transversales aquí definidas y las directrices para su implementación.

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 tal como lo señala el PDSP

Las entidades territoriales, de acuerdo con las condiciones vigentes en el territorio y a la situación de salud de las comunidades indígenas, adoptará las estrategias descritas en el presente documento, con el fin de avanzar en la garantía del derecho fundamental a la salud de esta población. Así mismo, 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 presente capítulo, a través de su inclusión e implementación en los PTS.

A continuación, se muestran los objetivos y estrategias propuestos para cada una de las dimensiones del PDSP que requieren un abordaje diferencial para la población indígena.

7.1.1 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.

7.1.1.1 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 para el desarrollo de acciones y estrategias para la adaptación al cambio climático desde sus saberes, respuesta a necesidades sanitarias, el control sanitario y la generación de procesos de interacción armónica con el territorio.

7.1.1.2 Objetivos de resultado y producto

Tabla 2. 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 propio e intercultural 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 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

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para los pueblos y comunidades indígenas de Colombia dentro del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP- 2012- 2021"

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS – RESULTADOS FINALES	ESTRATEGIAS	DEFINICIÓN DE LA ESTRATEGIA
		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 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

7.1.2 Dimensión: armonías y desarmonías relacionadas con las condiciones no transmisibles

Conjunto de estrategias propias, interculturales y complementarias para el 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.

7.1.2.1 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.

7.1.2.2 Objetivos de resultado y producto

Tabla 3. 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 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	Hace referencia a las sinergias y alianzas interinstitucionales y comunitarias para el fomento de modos, condiciones y estilos de vida saludable

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para los pueblos y comunidades indígenas de Colombia dentro del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP- 2012- 2021"

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS - RESULTADOS FINALES	ESTRATEGIAS	DEFINICIÓN DE LA ESTRATEGIA
	vida saludables con enfoque diferencial, cuyo objetivo se enfoque en la concientización y responsabilidad de las prácticas de autocuidado propias e interculturales.	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 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.

7.1.3 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 lo cual 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.

7.1.3.1 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, la 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

7.1.3.2 Objetivos de resultado y producto

Tabla 4. 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	Fortalecimiento de las prácticas culturales de crianza, cuidado y de los mecanismos propios de	Hace referencia al fortalecimiento y recuperación de las prácticas culturales de los pueblos y comunidades indígenas tendientes a mantener el equilibrio físico,

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para los pueblos y comunidades indígenas de Colombia dentro del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP- 2012- 2021"

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS – RESULTADOS FINALES	ESTRATEGIAS	DEFINICIÓN DE LA ESTRATEGIA
física, mental y espiritual a partir de las prácticas culturales como factor protector de la salud de los pueblos y comunidades indígena.	resolución de conflictos personales, familiares, comunitarios e interpueblos y actividades cotidianas propias que favorezcan la comunicación.	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 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 (párrafo 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 psicoactivas) de

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para los pueblos y comunidades indígenas de Colombia dentro del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP- 2012- 2021"

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS - RESULTADOS FINALES	ESTRATEGIAS	DEFINICIÓN DE LA ESTRATEGIA
		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.

7.1.4 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, dirigido 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.

7.1.4.1 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.

7.1.4.2 Objetivos de resultado y producto

Tabla 5. 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 seguridad alimentaria y nutricional	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 con su 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.

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para los pueblos y comunidades indígenas de Colombia dentro del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP- 2012-2021"

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS- RESULTADOS FINALES	ESTRATEGIAS	DEFINICIÓN DE LA ESTRATEGIA
		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	Camino 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.

7.1.5 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 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.

7.1.5.1 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.

7.1.5.2 Objetivos de resultado y producto

Tabla 6. 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.

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para los pueblos y comunidades indígenas de Colombia dentro del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP- 2012- 2021"

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS – RESULTADOS FINALES	ESTRATEGIAS	DEFINICIÓN DE LA ESTRATEGIA
	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 interculturales para el cuidado de la salud en relación con las infecciones de transmisión sexual.	Consiste en identificar, caracterizar y concertar las acciones propias, complementarias e interculturales 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.
	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 pueblos y su forma de

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para los pueblos y comunidades indígenas de Colombia dentro del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP- 2012- 2021"

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS – RESULTADOS FINALES	ESTRATEGIAS	DEFINICIÓN DE LA ESTRATEGIA
		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.

7.1.6 Dimensión vida saludable y enfermedades transmisibles.

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.

7.1.6.1 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.

7.1.6.2 Objetivos de resultado y producto

Tabla 7. 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 realizar una caracterización sobre el tipo de enfermedades emergentes y reemergentes que tienen los pueblos indígenas, con el fin de identificar estrategias y acciones que involucren el actuar intersectorial para prevenir y mitigar este tipo de enfermedades.
	Caminos interculturales para la atención de las desarmonías relacionadas con las enfermedades 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 relacionadas con enfermedades transmisibles	Se trata de generar procesos acciones estrategias tanto en las comunidades 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 enfermedades o desequilibrios y desarmonías de la comunidad respecto de enfermedades trasmisibles
	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	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 las entidades 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.

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para los pueblos y comunidades indígenas de Colombia dentro del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP- 2012- 2021"

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS – RESULTADOS FINALES	ESTRATEGIAS	DEFINICIÓN DE LA ESTRATEGIA
prevenibles por vacunas en los pueblos y comunidades indígenas.	Realizar un proceso de educación y comunicación en salud sobre la importancia de la prevención de enfermedades o desequilibrios dentro de las comunidades, las cuales pueden prevenirse a través del sistema de vacunación	implementación de acciones de educación y comunicación 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 EPS, 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 acciones e 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 para fortalecer la búsqueda activa y el reporte de las desarmonías por transmitidas por las enfermedades endemo epidémicas (Enfermedades Transmitidas por Vectores y zoonosis).	Se requiere articulación de las estructuras propias, las autoridades indígenas y los médicos o sabedores ancestrales para realizar un proceso de vigilancia que se reporte de manera permanente sobre las desarmonías relacionadas con las enfermedades epidémicas presentes en las comunidades indígenas.

7.1.7 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 éstas, teniendo en cuenta las características sociales, culturales y ambientales de cada pueblo.

7.1.7.1 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.

7.1.7.2 Objetivos de resultado y producto

Tabla 8. 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	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

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para los pueblos y comunidades indígenas de Colombia dentro del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP- 2012- 2021"

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS – RESULTADOS FINALES	ESTRATEGIAS	DEFINICIÓN DE LA ESTRATEGIA
origen y las orientaciones espirituales, el derecho propio y el derecho mayor, en procura de la preservación integral de los pueblos indígenas.		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 dirigidos a identificar los riesgos de origen natural, socionatural, 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 en buen vivir de los pueblos indígenas	Gestión intersectorial y propia para el fortalecimiento de mecanismos de reacción y atención frente a las emergencias, desastres o situaciones que afecten la comunidad y territorio.	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.
	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 quien haga sus veces y/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 quien haga sus veces y/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.

7.1.8 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 y personas con discapacidad. 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 evitables, que inciden negativamente en las condiciones de salud y vida de estos grupos específicos.

7.1.8.1 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 y; personas con discapacidad; en sus contextos socioculturales, promoviendo la garantía de sus derechos fundamentales, con enfoque diferencial.

7.1.8.2 Objetivos de resultado y producto

Tabla 9. 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 sociales de salud, mejorar sus condiciones de existencia y superar inequidades injustas y evitables.	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 niños, niñas y adolescentes indígenas, para avanzar en la concreción de derechos fundamentales de estas	Acorde con lo establecido en el artículo 204 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 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

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para los pueblos y comunidades indígenas de Colombia dentro del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP- 2012-2021"

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS – RESULTADOS FINALES	ESTRATEGIAS	DEFINICIÓN DE LA ESTRATEGIA.
	poblaciones y disminuir inequidades.	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 garantía de los 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 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, con la participación de 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 ; 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 y enfocados a atender necesidades específicas.
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, 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.

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para los pueblos y comunidades indígenas de Colombia dentro del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP- 2012- 2021"

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS – RESULTADOS FINALES	ESTRATEGIAS	DEFINICIÓN DE LA ESTRATEGIA.
	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 a 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 mediante 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 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.

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para los pueblos y comunidades indígenas de Colombia dentro del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP- 2012- 2021"

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS – RESULTADOS FINALES	ESTRATEGIAS	DEFINICIÓN DE LA ESTRATEGIA.
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 debido a 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 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 de lineamientos estratégicos para la incorporación de enfoques en salud con perspectiva de género	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 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 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 de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para los pueblos y comunidades indígenas de Colombia dentro del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP- 2012- 2021"

7.1.9 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.

7.1.9.1 Objetivo general

Establecer mecanismos de seguimiento, respuesta, articulación y coordinación que contribuyan 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.

7.1.9.2 Objetivos de resultado y producto

Tabla 9. Objetivos de resultado y producto – Dimensión fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud.

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.	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 de los cabildos y sus autoridades en el 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.
	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 si bien, han contribuido con la atención en salud de un buen porcentaje de población mejorando su salud y calidad de vida, también, es cierto que existe 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 diálogo donde se cuente con los sabedores ancestrales indígenas, líderes indígenas y un equipo técnico idóneo para su construcción, así como avanzar en la adecuación de los modelos de prestación de servicios de las EPSI e EPS no indígenas con el debido enfoque intercultural, diferencial y étnico. Lo anterior, partiendo del concepto de determinantes sociales de salud propios, que permita reconocer las

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para los pueblos y comunidades indígenas de Colombia dentro del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP- 2012- 2021"

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS – RESULTADOS FINALES	ESTRATEGIAS	DEFINICIÓN DE LA ESTRATEGIA
		necesidades desde su hábitat y contexto, para así elaborar directrices en los planes, programas, etc. que orienten directamente las intervenciones sectoriales y transectorial con un enfoque diferencial e intercultural, y con ello contribuir a salvar vidas y mejorar el buen vivir de la población indígena.
	Definir conjuntamente las orientaciones técnicas y socioculturales para el enfoque diferencial para la atención en salud de la 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. Señala innovación y adaptación en la gestión y administración de los recursos financieros, humanos, tecnológicos, y de infraestructura para que puedan ser adecuada, suficiente 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 de las capacidades técnicas y socioculturales para garantizar una planeación en salud integral que identifique necesidades y respuestas concertadas para el mejoramiento de la salud de la población indígena, y definición de los 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, a través del fomento de la participación, fortalecimiento y/o creación de instancias comunitarias de representación y abogacía de los pueblos indígenas para incidir en el mejoramiento de su salud, apoyados en la generación 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 sus capacidades propias y desde el ámbito de los mecanismos institucionales para la participación en los esquemas de monitoreo, seguimiento y evaluación de los acuerdos logrados en distintas instancias 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.
	Crear capacidades 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.
	Fortalecer la gestión, del conocimiento de la salud pública institucional, organizativo y	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

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para los pueblos y comunidades indígenas de Colombia dentro del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP- 2012- 2021"

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS – RESULTADOS FINALES	ESTRATEGIAS	DEFINICIÓN DE LA ESTRATEGIA
	comunitario para el abordaje sociocultural del enfoque intercultural	idoneidad, la actualización y el desarrollo permanente del personal de salud, de acuerdo con las necesidades, particularidades y prioridades de las comunidades indígenas en cada territorio. Así mismo, las acciones de 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.

8. ASPECTOS BÁSICOS PARA TENER EN CUENTA EN LA PLANEACIÓN TERRITORIAL EN SALUD CON ADECUACIÓN SOCIOCULTURAL

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 indígena en sus Planes Territoriales de Salud -PTS, 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.

Partiendo del marco normativo frente a los procesos de participación y concertación con los grupos étnicos, la metodología de trabajo se desarrolla bajo el proceso de construcción conjunta, el cual se refiere al reconocimiento de los puntos de vista desde cada sistema de salud (propio y desde el Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS), y el consenso frente a su estado actual, sus causas y factores de riesgo, para así llegar a los acuerdos interculturales que permita optimizar desde cada óptica, los mejores mecanismos y estrategias para una salud integral, acorde con el contexto socio cultural de cada pueblo indígena. A continuación, se presenta los aspectos básicos a tener en cuenta en el momento de la planeación territorial en salud con adecuación sociocultural:

8.1. 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, el 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. 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.

8.2 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.

8.2.1 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.

8.2.2 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.

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para los pueblos y comunidades indígenas de Colombia dentro del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP- 2012-2021"

8.2.3 Generación de capacidad comunitaria e institucional para el diálogo intercultural:

El proceso de diálogo intercultural requiere del desarrollo de las capacidades desde el contexto territorial indígena e institucional, para que partiendo del respeto mutuo, se desarrollen las políticas, planes, programas y proyectos que permitan la construcción conjunta en la definición de la planeación integral en salud intercultural, a partir de la cualificación de los procesos de participación social comunitarios y de planificación institucional con adecuaciones técnicas y socio culturales.

Este marco estratégico, descrito en el documento anexo capítulo indígenas del PDSP, contará con los lineamientos para su desarrollo operativo, en aspectos fundamentales de la planeación en salud como son el análisis de la situación de salud desde el contexto socio cultural, la priorización en salud pública, la elaboración del componente estratégico y de inversión plurianual del PTS, en el marco del proceso de planeación integral en salud, tomando como referente las líneas estratégicas planteadas en el Capítulo Indígena para cada una de las dimensiones prioritarias y transversales del PDS, así como la elaboración del componente operativo y de inversión del PTS, en el marco del proceso de planeación integral en salud, así como el PAS.

9. RESPONSABILIDADES

9.1 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. Incluir en el PTS 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 con sus realidades demográficas, socioculturales y geográficas, como instrumento gerencial de programación y control de ejecución anual.
- c. Brindar los espacios de participación para 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 los representantes de 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 relacionadas con los pueblos y las comunidades indígenas.
- f. Incluir el enfoque étnico diferencial al elaborar el ASIS bajo el modelo de determinantes sociales de la salud, con las metodologías e instrumentos definidos por este Ministerio.
- g. Promover los espacios de participación para consolidar los procesos de armonización y construcción técnica de las apuestas en salud para los pueblos y comunidades indígenas. Ello 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 en los espacios de diálogo 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.
- i. 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.

9.2 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:

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para los pueblos y comunidades indígenas de Colombia dentro del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP- 2012-2021"

- a. Identificar en escenarios de participación social, las acciones propias en salud a implementar, de acuerdo con sus formas propias del cuidado de la salud y definir las acciones que se requieran desde las entidades del SGSSS.
- b. Fomentar el diálogo y concertación con actores territoriales para la incorporación de acciones propias e interculturales en la formulación de los PTS.
- c. Participar en la construcción de las acciones propias e interculturales de los PTS.
- d. Ejercer los mecanismos de deliberación, control social y seguimiento, diseñados en el marco de la Política de Participación Social en Salud.
- e. Proponer acciones de mejora para los resultados en salud de los pueblos y comunidades indígenas.
- f. Garantizar el acceso al territorio para el desarrollo de las actividades acordadas con las entidades responsables de la atención integral en salud.

10. 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. 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 a las intervenciones en comunidades indígenas se requiere de la acción intersectorial, dado que, en general, estos grupos étnicos se encuentran reconocidos como población vulnerable, en razón a su ubicación geográfica, desigualdades sociales y económicas, barreras en la prestación de servicios de salud y por la falta de coordinación 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, dirigidos a las poblaciones más vulnerables, entre los que se encuentran los indígenas, debe cumplir con los criterios de eficiencia y efectividad en la destinación de los recursos para los cuales fueron concebidos.

11. 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 este Ministerio, 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 al objetivo general del capítulo.

Así, el componente de 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.

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para los pueblos y comunidades indígenas de Colombia dentro del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP- 2012-2021"

Bibliografía

- Alderete, E. (2004). *Salud y Pueblos Indígenas*. Quito: Ediciones Abya - Yala.
- 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.
- 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). Enteroparasitismo, higiene y saneamiento ambiental en menores de seis comunidades indígenas. Cali-Colombia. *Rev. Salud pública*, 1-11.
- 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. *Médicas UIS*, 29-39.
- Cardona-Arias, J. A. (2012). Sistema médico tradicional de comunidades indígenas Emberá-Chamí del Departamento de Caldas-Colombia. *Revista de Salud Pública*, 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 embera-chamí de Cristianía (Jardín), Antioquia. *Latreia*.
- Cerón Souza, C. (2010). A propósito de las emergencias en Colombia. *Universidad y Salud*, 5.
- Echeverri, J. (2009). Pueblos indígenas y cambio climático: el caso de la Amazonía colombiana. *Bulletin de l'Institut français d'études andines*, 13-28.
- FAO. (2015). *Comida, territorio y memoria. Situación alimentaria de los pueblos indígenas colombianos*. Bogotá.
- Florez, P. (2007). Leptospirosis humana en Colombia: la experiencia del Instituto Colombiano de Medicina Tropical-CES. *Revista CES Medicina*, 10.
- 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>
- Gómez Baos, A. D. (2010). *Haciendo camino al andar*. Bogotá.
- INDEPAZ, I. (2009). *Situación de los pueblos indígenas de Colombia*. Bogotá D.C.: KAS- Konrad Adenauer Stiftung.
- Londoño, J. (2013). Los Parques Nacionales Naturales y la conservación de la biodiversidad. *Biodiversidad Colombia*, 9-17.
- MSPS, CISAN, & FAO. (2015). *Plan Nacional De Seguridad Alimentaria y Nutricional*. Bogotá.
- 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.
- 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.
- Paternina Espinosa, H. (2001). *El proceso organizativo del pueblo Rom (Gitano) de Colombia (ProRom): de la auto-invisibilidad como estrategia de resistencia étnica y cultural, a la visibilización como mecanismo del reconocimiento de derechos económicos, sociales, políticos y culturales*. Madrid.
- 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.
- Programa Presidencial Indígena. (2013). *ODM e Indígenas. Una aproximación a los cuatro primeros Objetivos*. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia.
- 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-Katio, 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*.
- 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.

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para los pueblos y comunidades indígenas de Colombia dentro del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP- 2012-2021"

- SINCHI. (2016). Orientaciones para reducción de la deforestación y degradación de los bosques. Instituto SINCHI, Cooperación Alemana GIZ, 41.
- 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.
- 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.
- Universidad Nacional de Colombia. (10 de Diciembre de 2016). Tuberculosis, infección oculta en el Amazonas. *Unperiódico*.

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
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
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