BOGOTÁ | SECRETARÍA DE SALUD

ACTO ADMINISTRATIVO DE JUSTIFICACIÓN DE LA CONTRATACIÓN DIRECTA

EL DIRECTOR EJECUTIVO DEL FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD

En uso de sus facultades legales y reglamentarias, especialmente las conferidas por las Leyes 80 de 1993 y 1150 de 2007, los artículos 92 y 95 de la Ley 1474 de 2011, el Decreto Nacional 1082 de 2015, el Decreto Distrital 706 de 1991, el Decreto N° 001 del 01 de enero de 2020, y

CONSIDERANDO:

Que el Acuerdo No. 257 de 2006 dictó las normas básicas de estructura, organización y funcionamiento de los organismos y de las entidades de Bogotá, Distrito Capital; allí, el Concejo de Bogotá reorganizó la estructura general de la Administración Distrital y como consecuencia de lo anterior el artículo 83, Capitulo 7, señaló como misión del Sector Salud: "*dirigir, planificar, coordinar y ejecutar las políticas para el mejoramiento de la situación de salud de la población del Distrito Capital, mediante acciones en salud pública, prestación de servicios de salud y dirección del Sistema General de Seguridad Social en Salud.*"

Que la Secretaría Distrital de Salud es un organismo del Sector Central con autonomía administrativa y financiera que tiene por objeto orientar y liderar la formulación, adaptación, adopción e implementación de políticas, planes, programas, proyectos y estrategias conducentes a garantizar el derecho a la salud de los habitantes del Distrito Capital. Como organismo rector de la salud ejerce su función de dirección, coordinación, vigilancia y control de la salud pública en general del Sistema General de la Seguridad Social y del régimen de excepción, en particular.

Que en cuanto a la naturaleza, objeto y funciones básicas de la entidad, señaladas en el artículo 85 del referido acuerdo, se dispone que: "*La Secretaría Distrital de Salud es un organismo del sector central con autonomía administrativa y financiera que tiene por objeto orientar y liderar la formulación, adaptación, adopción e implementación de políticas, planes, programas, proyectos y estrategias conducentes a garantizar el derecho a la salud de los habitantes del Distrito Capital. Como organismo rector de la salud ejerce sus funciones de dirección, coordinación, vigilancia y control de la salud pública, en general, y del Sistema General de Seguridad Social y del régimen de excepción, en particular".*

Que conforme a lo estipulado en el Acuerdo 20 de 1990; el Fondo Financiero Distrital de Salud es un Establecimiento Público Distrital, con personería jurídica, autonomía administrativa, patrimonio propio e independiente y autonomía financiera, adscrito a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá con sujeción al régimen fiscal del Distrito, que funciona como una cuenta especial del presupuesto distrital con unidad de caja, en la condición de fondo financiero del sistema de salud del Distrito Capital de Bogotá.

Que el Fondo Financiero Distrital de Salud tiene como objeto especial y principal recaudar, administrar y arbitrar la totalidad de los recursos destinados a financiar el servicio público de Salud en el Distrito Capital, concretamente los provenientes del Situado Fiscal, las rentas cedidas al Distrito, el Impuesto al Valor Agregado, los destinados al Fondo de Salud Mental y Asistencia al Anciano Desamparado de Bogotá, D.C., los seguros obligatorios de vehículos automotor, los de registro de anotación y en general los recursos con destino al sector salud que le puedan corresponder al Distrito Capital de Bogotá.

Que mediante Decreto Distrital 706 de 1991, en su artículo 1, el alcalde mayor delegó la ordenación del gasto del Fondo Financiero Distrital de Salud en el Secretario Distrital de Salud.

ACTO ADMINISTRATIVO DE JUSTIFICACIÓN DE LA CONTRATACIÓN DIRECTA

Que consecuentemente, , el artículo 31 del Acuerdo 641 de 2016 establece que "*El Sector Salud tiene la misión de formular, adoptar, dirigir, planificar, coordinar, ejecutar y evaluar las políticas para el mejoramiento de la situación de salud de la población del Distrito Capital, mediante acciones en salud pública, prestación de servicios de salud y dirección del Sistema General de Seguridad Social en Salud*", , y en su artículo 32 integra el sector salud en entidades adscritas; Fondo Financiero Distrital de Salud, Empresas Sociales del Estado: Subred Integrada de Servicios de Salud, Norte, Sur Occidente, Sur, Centro Oriente, y entidades vinculadas; Sociedad de Economía Mixta Capital Salud EPS – SAS, entidades sin ánimo de lucro mixta: Entidad Asesora de Gestión Administrativa y Técnica, Instituto Distrital de Ciencia Biotecnología e Innovación en Salud, y Organismos; Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud y Comité Directivo de la Red.

Que para el desarrollo del objeto y funciones básicas, la Secretaría Distrital de Salud, cuenta con una estructura organizacional establecida mediante el Decreto 507 del 6 de noviembre de 2013, de la alcaldía Mayor de Bogotá D.C., cuyos artículos 8, 10 y 14, facultan a la Subsecretaría de Salud Pública, Subdirección de Determinantes en Salud y Subdirección de Gestión y Evaluación de Políticas en Salud Pública, a dar cumplimiento, entre otras, a las siguientes funciones:

"*Articulo 8 Subsecretaría de Salud Pública*", numeral *"13. Integrar las acciones de salud pública del Plan de Intervenciones Colectivas con las acciones individuales de los otros planes de beneficios, para su implementación en las redes integradas de servicios de salud".*

"Articulo 10. Subdirección de Determinantes en Salud", numeral *"3. Implementar las propuestas, realizar seguimiento y evaluación de planes, programas y proyectos del sector salud a nivel Distrital, en los temas de su competencia".*

"Artículo 14, Subdirección de Gestión y Evaluación de Políticas en Salud Pública", numerales "*2. Diseñar y hacer seguimiento a planes, programas y proyectos en Salud Pública para poblaciones por ciclo vital o diversidades y por eventos de interés en salud pública, con la participación de los actores del sistema de salud". "3. Participar en los espacios de coordinación intersectorial para la construcción, seguimiento, implementación y evaluación de las políticas de interés en salud pública". "4. Promover y coordinar a nivel distrital la definición e implementación de acciones de salud de competencia de la SDS y de otros actores del SGSSS, con el fin de promover el acceso efectivo y la atención integral en salud de las poblaciones". "5. Gestionar a nivel distrital la definición e implementación de acciones de salud pública de competencia de otros sectores, en los territorios de la ciudad, necesarias para modificar de forma positiva los determinantes del estado de salud de la población bogotana."*

Que por su parte, el Acuerdo 761 de 2020 adoptó el Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas del Distrito Capital 2020-2024 *"UN NUEVO CONTRATO SOCIAL Y AMBIENTAL PARA LA BOGOTÁ DEL SIGLO XXI"*, el cual presenta en su estructura cinco propósitos y 30 logros de ciudad con metas trazadoras que se orientan al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible – ODS en el 2030, y que se ejecutan a través de los programas generales y estratégicos y de metas estratégicas y sectoriales en el presente cuatrienio.

Que este Acuerdo estableció en el artículo 66 un enfoque diferencial étnico, que señala:

ACTO ADMINISTRATIVO DE JUSTIFICACIÓN DE LA CONTRATACIÓN DIRECTA

"(…) se realizará el proceso de concertación y construcción conjunta con los pueblos y comunidades étnicas asentados en el Distrito, que conduzca a la inclusión de programas, planes y proyectos específicos; metas, indicadores, tiempos, responsables y asignación presupuestal dirigidos a la población étnicamente diferenciada, en cada uno de los sectores de la Administración(…)", indicando además que "(…)Las acciones derivadas del Plan Distrital de Desarrollo, las Políticas Públicas y los Planes Integrales de Acciones Afirmativas para los Pueblos Indígenas, las Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales, Palanqueras y el Pueblo Rrom o Gitano, se construirán en un proceso de concertación con los pueblos y comunidades étnicas en sus diferentes formas de gobierno propio."

Que, como consecuencia de lo anterior, una de las apuestas del Distrito, frente al actual Plan de Desarrollo se basa principalmente en dar cumplimiento al compromiso respecto a la implementación de acciones diferenciales e interculturales en salud dirigidas a la población indígena que se encuentra en la ciudad de Bogotá. Este compromiso ha tenido avances significativos frente al diálogo y trabajo articulado en la complementariedad de conocimientos y prácticas propias en salud, partiendo de los usos y costumbres de cada uno de los pueblos.

Que, en este orden de ideas, desde la Secretaría Distrital de Salud-Fondo Financiero Distrital de Salud se ha venido evidenciando la necesidad de implementar procesos en el marco de dos componentes:

i) Acciones en Medicina Ancestral Indígena e Interculturalidad para familias y comunidades de 14 pueblos Indígenas.
ii) Construcción, de la Ruta – Proceso de Armonización Ancestral, hacía las garantías para el cuidado, sanación, superación y disminución de las desarmonías de los pueblos indígenas víctimas del conflicto armado, en el marco de la medida de rehabilitación -PAPSIVI.

Que el primer componente, "***ACCIONES EN MEDICINA ANCESTRAL INDÍGENA E INTERCULTURAL PARA FAMILIAS Y COMUNIDADES DE 14 PUEBLOS INDÍGENAS"***, se enmarca en el **propósito No. 1** del Plan Distrital de Desarrollo *"Hacer un nuevo contrato social con igualdad de oportunidades para la inclusión social, productiva y política"* y en el **logro No. 4** *"Completar la implementación de un modelo de salud pública con enfoque poblacional-diferencial, de género, participativo, resolutivo y territorial que aporte a la modificación de los determinantes sociales de la salud"*. Así mismo, este componente responde al Plan Territorial de Salud, en el **programa N° 10** *"Salud para la vida y el bienestar"*, **Proyecto de inversión 7829** *"Asistencia: nuevas generaciones, salud e inclusión Bogotá"* **meta 6** ***"****A 2024 incrementar en un 33% la atención a las poblaciones diferenciales (etnias, Lesbianas, Gays, Bisexuales, personas Trans, Intersexuales, habitantes de calle, carreteros, personas que ejercen actividades sexuales pagadas), desde la gestión de la salud pública y acciones colectivas".*

Que por su parte, el segundo componente, denominado ***CONSTRUCCIÓN DE LA RUTA – PROCESO DE ARMONIZACIÓN ANCESTRAL, HACIA LAS GARANTÍAS PARA EL CUIDADO, SANACIÓN, SUPERACIÓN Y DISMINUCIÓN DE LAS DESARMONÍAS DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO, EN EL MARCO DE LA MEDIDA DE REHABILITACIÓN PAPSIVI***, se enmarca en el **Propósito de ciudad N.º 3**: *"Inspirar confianza y legitimidad para vivir sin miedo y ser epicentro de cultura ciudadana, paz y reconciliación"*, **Programa Sectorial N° 39.** *"Bogotá territorio de paz y atención integral a las víctimas del conflicto armado"*; el **logro de ciudad N° 21.** *"Posicionar a Bogotá – Región como el epicentro de paz y reconciliación del país, incluyendo un Programa de*

ACTO ADMINISTRATIVO DE JUSTIFICACIÓN DE LA CONTRATACIÓN DIRECTA

Desarrollo con Enfoque Territorial -PDET rural en Sumapaz y un PDET urbano en el borde suroccidental en límites con el municipio de Soacha "y el **programa estratégico Nº 12**. *"Paz y Víctimas."*

Que así mismo, este componente responde al Plan Territorial de Salud Bogotá en el programa "Bogotá territorio de paz y atención integral a las víctimas del conflicto armado", **Proyecto de Inversión 7832:** *"Asistencia. Bogotá: Abriendo caminos para la paz y la reconciliación de las víctimas del conflicto armado a través de la atención psicosocial"*, el cual tiene como **Objetivo:** *"Realizar la atención psicosocial con enfoque diferencial para población víctima del conflicto armado en las diferentes modalidades de atención".* **Meta 1** *"A 2024 realizar atención psicosocial a 14.400 personas víctimas del conflicto armado"* específicamente en la **actividad 1.3.** *"Formular e implementar un plan de acción para el desarrollo de estrategias diferenciales de atención psicosocial para población víctima de conflicto armado y como apuesta para la reconciliación y la paz",* desde la cual se enmarca el segundo componente del presente contrato.

Que para el cumplimiento de estas acciones se involucraron diferentes pueblos indígenas: por un lado 14 pueblos que hacen parte del Consejo Consultivo y de Concertación y por otro, 16 pueblos indígenas que hacen parte de la Mesa Diferencial de Participación de Población Indígena Víctima del Conflicto Armado, reglamentada por el Protocolo Distrital de Participación Efectiva de Víctimas (Decreto 512 de 2019, Resolución 018 de 2021 y Decreto 596 de 2022) y el Mandato Interno de la Mesa de Pueblos indígenas Víctimas de octubre de 2022.

Que los mencionados escenarios permitieron adelantar un trabajo conjunto de diálogo para concertar la implementación de acciones y productos que den cuenta del abordaje diferencial y de lo dispuesto en la normatividad de política pública Plan Integral de Acciones Afirmativas -PIAA art 66 y Decreto 4633 de 2011 "por el cual se establece medidas específicas de asistencia, atención, reparación integral y restitución de derechos territoriales para las comunidades y grupos indígenas".

Que en este orden de ideas, la contratación que se derive de las concertaciones aquí planteadas permitirá garantizar la atención en salud con enfoque diferencial a la población indígena de la ciudad desde los usos y costumbres de la medicina ancestral y partería de estos pueblos; así como, la construcción de una ruta de atención psicosocial como medida de reparación para la población indígena víctima del conflicto armado que reside en Bogotá, desde los saberes y cosmovisiones propias de cuidar y sanar.

ACERCAMIENTO AL ABORDAJE INTERCULTURAL DESDE LOS SABERES ANCESTRALES DE LOS PUEBLOS INDIGENAS

Que la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial adoptó las medidas necesarias para eliminar la discriminación racial en todas sus formas y manifestaciones y a prevenir y combatir las doctrinas y prácticas racistas con el fin de promover el entendimiento entre las razas y edificar una comunidad internacional libre de todas las formas de segregación y discriminación raciales[1].

[1] https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-convention-elimination-all-forms-racial

ACTO ADMINISTRATIVO DE JUSTIFICACIÓN DE LA CONTRATACIÓN DIRECTA

Que el Convenio Núm. 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales establece la progresividad de la extensión de los regímenes de seguridad social a los pueblos interesados, así como su aplicación sin discriminación alguna[2].

Que el Principio Constitucional de *diversidad étnica y cultural* estipulado en el artículo 7 de la Constitución Política se encuentra ligado de manera directa con los principios de democracia y pluralismo desarrollados en los artículos 1 y 2 de dicho cuerpo normativo[3], en el entendido que se trata de una manifestación en la cual, el estado reconoce la multiplicidad de cosmovisiones que pueden existir en el territorio nacional. Bajo este entendido, la estructura pluralista del Estado Colombiano supone el reconocimiento y la aceptación de la multiplicidad de formas de vida y de sistemas de comprensión del mundo[4] de sus habitantes y grupos étnicos.

Que señala la Corte Constitucional en *Sentencia de Unificación* SU-510/98 que:

"El principio de diversidad étnica y cultural otorga a las comunidades indígenas, un status especial que se manifiesta en el ejercicio de facultades normativas y jurisdiccionales dentro de su ámbito territorial de acuerdo con sus valores culturales propios", así mismo, "la Corte ha considerado que las comunidades indígenas, como tales, son sujetos de derechos fundamentales. Ha precisado que los derechos de las comunidades indígenas no deben ser confundidos con los derechos colectivos de otros grupos humanos".[5]

Que en concordancia con lo anterior, mediante el reconocimiento de la diversidad e identidad cultural; la Corte Constitucional ha venido asegurando que las comunidades étnicas ejerzan sus derechos fundamentales de acuerdo con su cosmovisión y tengan la posibilidad autogestionarse. Así mismo, la concreción de este principio supone el reconocimiento y respeto de toda manifestación cultural de los colectivos étnicos diversos, dentro de los cuales se pueden ejemplificar los saberes ancestrales medicinales.[6]

Que es importante destacar que la OMS definió la medicina tradicional como "*la suma total de los conocimientos, capacidades y prácticas basados en las teorías, creencias y experiencias propias de diferentes culturas, bien sean explicables o no, utilizadas para mantener la salud y prevenir, diagnosticar, mejorar o tratar enfermedades físicas y mentales*".[7]

Que para acercarse a la definición de la OMS es necesario abordar el enfoque diferencial el cual "*permite comprender la compleja realidad social y realizar acciones que contribuyan a eliminar todas las formas de segregación y discriminación social. Como su nombre lo indica, este enfoque reconoce la diferencia como punto de partida para formular e implementar políticas públicas (...) que integren los sujetos que fueron fragmentados en función de su visibilización, articulando acciones orientadas a comprender y actuar frente al sujeto, con una mirada integral y compleja* (...)"[8] teniendo en cuenta

[2] https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_345065.pdf

[3] https://www.corteidh.or.cr/tablas/R21731.pdf

[4] https://revistas.uexternado.edu.co/index.php/derest/article/view/2880/2522

[5] https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1998/su510-98.htm

[6] Sentencia C-480/19 - http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/c-480_2019.html#INICIO

[7] https://www.who.int/health-topics/traditional-complementary-and-integrative-medicine#tab=tab_1

[8] IDPAC. Lineamientos Distritales para la aplicación del enfoque diferencial. Bogotá, Alcaldía Mayor de Bogotá, 2016: Pág. 26

que aborda dimensiones poblacionales, construidas en procesos y contextos históricos, que buscan un reconocimiento por parte del Estado.

Que en consecuencia, comprende "*un conjunto de argumentos teóricos, políticos y prácticas orientadas hacia el reconocimiento de las diferencias, de la diversidad cultural, social e histórica (...). Determina la forma de análisis y de actuación social y política que, identifica y reconoce las diferencias (...); y sus implicaciones en términos de poder, de condiciones de vida y de formas de ver el mundo. Así entendido, constituye un enfoque transversal y trazador de la política pública, que reconoce las particularidades de los sujetos para la garantía de sus derechos, y la disminución de condiciones de vulnerabilidad y riesgo(...). Implica el abordaje y trato diferencial, considerando las condiciones y particularidades de los sujetos individuales y colectivos como el género, la pertenencia étnica, el estado de salud, la discapacidad, las situaciones sociales, culturales, religiosas, políticas, económicas o las condiciones de vulnerabilidad, no solo socio económica, sino psicosocial o psicoafectiva, y aquellas denominadas de urgencia o emergencia, que para el caso colombiano, son el conflicto armado, el desplazamiento forzado y los desastres naturales, principalmente. El enfoque diferencial implica el reconocimiento de la singularidad de las personas y el trato constitucional de los sujetos colectivos de derechos, de manera que al ponderar si las decisiones afectan a los individuos o al colectivo, se tome como criterio preferencial la protección a los sujetos colectivos. Desde esta perspectiva, la atención es diferencial en tanto el abordaje particular esté acorde con las características de los sujetos, las familias y las comunidades (...)*"[9]

Que respecto a las aproximaciones al enfoque étnico se "*hace énfasis en la visibilización, autonomía y libre determinación de los pueblos indígenas, rom, afrodescendientes, raizales y palenqueros; bajo la comprensión de que las relaciones de etnicidad resultan múltiples, amplias y complejas, pero con la convicción de que los grupos y dimensiones mencionadas son parte de los fines primordiales de la incorporación de la perspectiva étnica y requisitos previos para el abordaje de enfoques relacionales integrales, frente a la construcción de la identidad étnica en Colombia (...)*"[10] Con la Constitución de 1991, Colombia se reconoció como una nación pluriétnica y multicultural, lo cual significó el reconocimiento de los grupos étnicos como sujetos de derechos (individuales y colectivos), con interlocución válida en los procesos políticos, sociales, económicos, culturales y territoriales.

Que para operacionalizar el enfoque étnico se hace necesaria la interculturalidad, a partir de la cual se pueden promover procesos de diálogo, concertación y construcción conjunta con los grupos étnicos, dado que permite "*un proceso comunicativo, que propone la definición de condiciones específicas para la interacción equitativa entre grupos culturalmente diferentes, cada uno con una verdad, una visión especial del mundo y un marco de referencia respecto a diferentes aspectos de la realidad*"[11]

Que por su parte, la OPS, adoptó las medidas necesarias para garantizar el enfoque intercultural en la salud y la paridad de trato entre los pueblos indígenas, los afrodescendientes, los romaníes y los miembros de otros grupos étnicos, desde un plano de igualdad y respeto mutuo, considerando el valor de sus prácticas culturales, entre las que se incluyen los

[9] MONTEALEGRE al, Diana. "Enfoques diferenciales de género y etnia" Especialización Acción Sin Daño y Construcción de Paz. Bogotá: Universidad Nacional, Pág., 11.
[10] Casttells, Manuel. La Era de la Información. El poder de la Identidad. 1997. citado en: Subdirección de Ordenamiento y desarrollo Territorial, Dirección de Desarrollo Territorial Sostenible. Guía para la inclusión de la variable étnica y el enfoque diferencial, en la formulación e implementación de planes y políticas a nivel nacional y territorial. Bogotá: DNP, 2012, pág. 24
[11] SECRETARIA DE SALUD MEXICO D.F. Interculturalidad en salud, experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud. México, D.F. 2008. Pág. 14

modos de vida, los sistemas de valores, las tradiciones y las cosmovisiones; en la 29.ª Conferencia Sanitaria Panamericana; estipulando, la promoción y mejora al acceso a servicios de salud de calidad, impulsando modelos de salud interculturales que incluyan, a través del diálogo, las perspectivas de los saberes y prácticas ancestrales y espirituales de los pueblos indígenas, los afrodescendientes, los romaníes y los miembros de otros grupos étnicos, según corresponda a su realidad nacional; promoción de la generación de conocimientos y espacios propios de la medicina y los saberes ancestrales en el marco del fortalecimiento del enfoque intercultural en la salud e integración del enfoque étnico y la visión de los pueblos indígenas, los afrodescendientes, los romaníes y los miembros de otros grupos étnicos, de acuerdo con las realidades nacionales, entre otras.[12]

Que, con fundamento en lo anterior, corresponde al estado garantizar a las comunidades étnicas el derecho a la salud y su prestación efectiva, respetando sus creencias y tradiciones culturales, así como sus prácticas curativas tradicionales, las cuales deben vincularse de manera armónica con los servicios de salud externos o no ancestrales.[13]

Qué, como resultado de la protección y el reconocimiento constitucional a la identidad cultural de los pueblos y ccomunidades indígenas, entre otros, se han venido formulando políticas, normas y arreglos institucionales, para garantizar su legitimación política como pueblos, sus derechos humanos fundamentales, y su derecho propio, como derecho irrenunciable e imprescriptible con los cuales se erigió el capítulo de Salud Propia e Intercultural con los pueblos y comunidades en el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031. [14]

Que, según la Organización Panamericana de la Salud, "*la interculturalidad está basada en el diálogo de saberes, donde ambas partes se escuchan, donde ambas partes se dicen y cada una toma lo que puede ser tomado de la otra, o sencillamente respeta sus particularidades e individualidades. No se trata de imponer, de avasallar, sino de reconocer, respetar y concertar, en este sentido pretende: (i) un espacio y tiempo común para los grupos humanos diferenciados por elementos culturales como la lengua, la identidad, étnica o territorial; favorece no sólo el contacto, sino también el encuentro, (ii) incidir en las discriminaciones personales, familiares e institucionales del conjunto social, (iii) promover el conocimiento y el reconocimiento de las distintas culturas que conviven, aceptando las diferencias culturales como algo positivo y enriquecedor del entorno social y ambiental, (iv) favorecer la toma de conciencia de un mundo global e interdependiente, accediendo a claves de desigualdad económica y la necesidad de paliar desventajas, (v) afrontar los conflictos de forma positiva, no negando, que existen y son reales, asumiendo que son motores de cambio para mejorar*"[15]

Que para la garantía del derecho a la salud es transcendental reconocer el lugar de la medicina tradicional y ancestral como institucionalidad propia de cada pueblo y comunidad; institucionalidad que cuenta con sabedores especializados, prácticas, métodos propios de enseñanza y aprendizaje, remedios, manifestaciones, significados y recursos terapéuticos

---

[12] file:///C:/Users/Polanzky/Downloads/ethnicityhealth-policy-2017-es%20(1).pdf

[13] Sentencia T-128/22 - https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2022/T-128-22.htm

[14] https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%201035%20de%202022.pdf - pág. 183

[15] SANCHEZ, S. TRUJILLO, J. GUZMÁN, M. Caja de herramientas para la adecuación técnica y la pertinencia cultural de los programas, y servicios de salud pública con los pueblos indígenas, afrocolombianos y rom. Bogotá, MSPS, 2013. (Documento es producto del contrato 275 de 2013 entre el Ministerio de Salud y Protección Social y Sol Beatriz Sánchez Montoya y recoge informes previos desarrollados desde el Ministerio de Salud y Protección Social, el Convenio Ministerio OPS/OMS No 485 de 2010 de la línea Litoral Pacífico y Sinergias ONG).

como rituales, cantos y ceremonias. La medicina tradicional mantiene su vigencia, en sus proveedores tradicionales de salud como parteros, hueseros, sobadores, médicos, yerbateros, etc. (OPS, 2008[16]) y en conjunto con el sistema local de salud propio, dado que es una manifestación de pervivencia cultural.

Que de acuerdo con el Decreto Presidencial 1953 de 2014, el artículo 76 define el Concepto de Salud Propia como "*la armonía y el equilibrio de acuerdo con la cosmovisión de cada pueblo indígena, resultado de las relaciones de la persona consigo misma, con la familia, la comunidad y el territorio. Comprende procesos y acciones orientados al fomento, protección y recuperación de la salud.*" Por lo tanto, el abordaje en Salud Diferencial y Étnico desde la interculturalidad implica comprender que hay enfermedades y desarmonías espirituales que deben ser abordadas por los actores o agentes de la Medicina Propia Indígena de acuerdo con sus Usos y Costumbres.

Que el Ministerio de Salud y Protección Social realiza un acercamiento a la definición de sabedores para el desarrollo de acciones propias en medicina, indicando que "*son actores con un estatus y reconocimiento cultural, cotidiano y ancestral; portadores de conocimiento para el mantenimiento y recuperación de la salud de las comunidades. Son actores claves para la construcción de acuerdos sociales para la atención integral en salud intercultural. Los sabedores son: Médicos tradicionales, parteras, abuelas y abuelos, entre otras denominaciones*"[17]. Por su parte, el Decreto Presidencial 1953 de 2014, en el artículo 78 indica que la Sabiduría Ancestral "*Son los conocimientos propios y espirituales de los pueblos indígenas, practicados culturalmente de forma milenaria y que se transmiten por generaciones a través de las autoridades espirituales permitiendo la existencia física y cultural de los pueblos indígenas*"

Que, así las cosas, el abordaje desde los saberes ancestrales que este contrato desarrollará implican acciones de Medicina Ancestral comprendida como prácticas que los pueblos indígenas han desarrollado desde milenios para prevenir y atender desarmonías físicas, espirituales, mentales y sociales y así mantener un equilibrio entre la mente, el cuerpo y el espíritu desde su cosmovisión y cosmogonía. Así mismo, para el desarrollo de la partería se contará con parteras cuya labor es el acompañamiento y cuidado de las mujeres y gestantes, y liderarán procesos de cambio al interior de la comunidad sobre saberes propios de acuerdo con los calendarios ancestrales desde sus usos y costumbres. En tal sentido, es preciso mencionar que la práctica de los saberes ancestrales indígenas y las acciones desarrolladas en torno al objeto del presente contrato no requieren habilitación en la prestación de servicios de salud de acuerdo con la normatividad nacional vigente.

Que el 14 de junio de 2022 se adoptó mediante Resolución 1035 de 2022 el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 en el cual se desarrollaron capítulos diferenciales *"indígena para los pueblos y comunidades indígenas de Colombia, población víctima de conflicto armado, el Pueblo Rrom y la población negra, afrocolombiana, raizal y palenquera".*

Que el artículo 4 de la mencionada resolución establece *"Armonización de políticas públicas. Las entidades territoriales de acuerdo con sus competencias y necesidades, condiciones y características de su territorio, deberán adaptar los contenidos del Plan Decenal de Salud Pública 2022 -2031, en cada cuatrienio, tanto en los planes territoriales de salud*

[16] OPS, 2008. Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas. Componente comunitario de la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI). Electrónico

[17] Ministerio de Salud y Protección Social "ORIENTACIONES Y RECOMENDACIONES PARA LA INCLUSIÓN DEL ENFOQUE DIFERENCIAL ÉTNICO EN LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD, CON PERTINENCIA CULTURAL" 2015. Pág. 17.

como en el Plan de Desarrollo Territorial y coordinar la implementación en su área de influencia, de conformidad con los lineamientos que para el efecto defina este Ministerio"

Que de igual forma el artículo 5 de dicha resolución indica: *"Transitoriedad. Los capítulos diferenciales de los pueblos y comunidades indígenas, del pueblo Rrom y de la población víctima del conflicto armado, surtirán el proceso de armonización en el marco de los elementos estratégicos y operativos del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031.*

Las entidades territoriales continuarán con la implementación de los instrumentos de planeación en salud vigentes en el territorio, hasta que se surta la subetapa I de la Etapa de Aprestamiento para la Implementación, referida en el artículo 4 de la presente resolución"

Que, por lo anterior, la SDS continua con la implementación de los instrumentos de planeación en salud vigente que en este caso es el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 sólo para el capítulo étnico diferencial.

Que, conforme a lo anterior, el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, estableció que, los responsables de la ejecución del PDSP deberían incluir en sus líneas de acción estrategias sectoriales, transectoriales y comunitarias, acciones para la atención de las vulnerabilidades de estas poblaciones, con la orientación descritas en dicho plan.

Que así pues, se entiende que las estrategias a adoptar frente al componente de *Salud en Poblaciones Étnicas,* bajo la lógica de Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 deberán *"Asegurar las acciones diferenciales en salud pública para los grupos étnicos tendientes a garantizar el goce efectivo del derecho a la salud y mejorar las condiciones de vida y salud y lograr cero tolerancia con la morbilidad, mortalidad y discapacidad evitables, mediante la formulación del capítulo étnico que será un anexo integral del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021"*[18] (subrayado fuera de texto)

Que es por ello que, pese a que la armonización del capítulo diferencial se encuentra en fase de transición, conforme a lo establecido en el artículo 5 de la Resolución 1035 de 2022, los conceptos asociados a *pluralidad cultural, e interculturalidad; interculturalidad en salud, culturas propias;* entre otros*;* así como el *Enfoque con Pueblos y Comunidades* se desarrollará conforme al Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, el cual encuentra respaldo jurídico, normativo y constitucional en la legislación nacional e internacional vigente.

Que es así, como desde ese capítulo del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 se estima que el *Enfoque con Pueblos y Comunidades*, se dirige a la comprensión de sus posibilidades y potencialidades de autodesarrollo inherentes a sus dimensiones identitarias culturales individuales y colectivas[19].

Que, en este orden de ideas, el enfoque con pueblos y comunidades se aplica a las comunidades indígenas, negras, afrocolombianas, raizales, palenqueras y Rrom, que conservan su identidad cultural y sus cosmovisiones, que los distingue de la mayoría de la población nacional. Así mismo, exige a la institucionalidad, la adecuación de los programas

[18] https://www.minsalud.gov.co/PlanDecenal/Paginas/home2013.aspx
[19] https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%201035%20de%202022.pdf – Pág. 183

y de las acciones que se construyen con dichas comunidades en marcos y planes interculturales, por ser estos pueblos los poseedores y dinamizadores de sus culturas.[20]

Que en el camino del reconocimiento de la pluralidad cultural que lleva a la formación de políticas de equidad, para compensar las desventajas y desigualdades históricas afrontadas por estos grupos poblacionales, esta reorientación de la noción del enfoque diferencial étnico a un enfoque con pueblos y comunidades, permite organizarlo bajo el principio de pluralismo jurídico, que acoge al derecho propio y garantiza la construcción de espacios interculturales y mecanismos de coordinación intersectorial e intercultural, para evitar lo excluyente y sus consecuencias en los resultados en salud, bienestar y calidad de vida. En este sentido, las acciones en salud, individuales y colectivas y de atención con enfoque con pueblos y comunidades, se dirige a proteger o contribuir en la singularidad cultural de estos grupos, teniendo en cuenta sus características, de manera que las intervenciones sean con ellas y para ellas.[21]

Que, por su parte, el concepto de interculturalidad señalado en el referido capítulo del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 encuentra su fundamento en la Ley Estatutaria 1751 de 2015, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.

Que dicho concepto, aunado al de pueblos y comunidades indígenas, ROM y negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras se encuentra definido en el artículo 6 de la mencionada Ley Estatutaria en Salud, la cual en lo referente a los elementos y principios del derecho fundamental a la salud prescribe lo siguiente:

"(...)

l) ***Interculturalidad.*** *Es el respeto por las diferencias culturales existentes en el país y en el ámbito global, así como el esfuerzo deliberado por construir mecanismos que integren tales diferencias en la salud, en las condiciones de vida y en los servicios de atención integral de las enfermedades, a partir del reconocimiento de los saberes, prácticas y medios tradicionales, alternativos y complementarios para la recuperación de la salud en el ámbito global ...*

n) ***Protección pueblos y comunidades indígenas, ROM y negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras.*** *Para los pueblos y comunidades indígenas, ROM y negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, se garantizará el derecho a la salud como fundamental y se aplicará de manera concertada con ellos, respetando sus costumbres.*

(...)"[22]

---

20 https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%201035%20de%202022.pdf – Pág. 184

21 https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%201035%20de%202022.pdf – Pág. 184

22 http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1751_2015.html#6

ACTO ADMINISTRATIVO DE JUSTIFICACIÓN DE LA CONTRATACIÓN DIRECTA

Que en el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, este concepto de *Interculturalidad en salud* se define como:

"La coexistencia de las culturas propias de salud como modalidades diferenciadas en la atención en salud de las poblaciones y la visión de una salud alopática, donde ambas interactúan y coordinan esfuerzos terapéuticos, manteniendo su identidad y autonomía, integradas por mutuo acuerdo en la gestión territorial integral de actividades, intervenciones, procedimientos y servicios en salud y atención en salud (MSPS, 2017; Suárez, 2010)".[23]

Que en conclusión, resulta necesaria en el marco de los derechos humanos, como eje orientador del Plan Decenal de Salud Pública 2022 — 2031, la práctica de la interculturalidad en el diseño de la gestión de la salud pública de forma integral y que el respeto de las culturas propias se constituya en un principio del quehacer en salud pública.[24]

Que en este orden de ideas y con el fin de dar cumplimiento a las metas y programas que desarrollen estas acciones diferenciales con grupos indígenas, se realizará la presente contratación, identificando la necesidad a satisfacer, de acuerdo con los dos componentes que se describen a continuación:

PRIMER COMPONENTE: "ACCIONES EN MEDICINA ANCESTRAL INDÍGENA E INTERCULTURAL PARA FAMILIAS Y COMUNIDADES DE 14 PUEBLOS INDÍGENAS":

Que el Plan de Desarrollo Distrital "*Un Nuevo Contrato Social y Ambiental para la Bogotá del siglo XXI*", normado a través del Acuerdo Distrital 761 de 2020, en su artículo 66 indica que "*<...> se realizará el proceso de concertación y construcción conjunta con los pueblos y comunidades étnicas asentados en el Distrito, que conduzca a la inclusión de programas, planes y proyectos específicos; metas, indicadores, tiempos, responsables y asignación presupuestal dirigidos a la población étnicamente diferenciada, en cada uno de los sectores de la Administración y en las Localidades, propendiendo por la salvaguarda de sus derechos y garantizando su supervivencia física y cultural. Este proceso de construcción incorporará el enfoque de género, mujer, familia y generación desde las visiones propias de las mujeres de los pueblos y comunidades étnicas. Los acuerdos logrados en el marco del proceso de la concertación y construcción conjunta se realizarán en el marco fiscal y asignaciones establecidas en el presente Plan Distrital de Desarrollo*"; para dar cumplimiento a lo mencionado, la Secretaría de Gobierno lideró el proceso de diálogo y concertación con los pueblos y comunidades étnicas y, para el particular de los Pueblos Indígenas asentados en el Distrito, se firmó el acta de protocolización de las propuestas el día nueve (9) y diez (10) de octubre de 2020. Este documento contiene ciento treinta y cuatro (134) acciones que hacen parte del Plan Integral de Acciones Afirmativas _PIAA de las cuales el Sector Salud tiene asignadas siete (7), para el propósito del presente proceso se relaciona la siguiente acción afirmativa:

23 https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%201035%20de%202022.pdf – Pág. 185

24 https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%201035%20de%202022.pdf – Pág. 185

ACTO ADMINISTRATIVO DE JUSTIFICACIÓN DE LA CONTRATACIÓN DIRECTA

META DE PLAN DE DESARROLLO	ACCIÓN CONCERTADA
A 2024 incrementar en un 33% la atención a las poblaciones diferenciales (etnias, LGBTI, habitantes de calle, carreteros, personas que ejercen actividades sexuales pagadas), desde la gestión de la salud pública y acciones colectivas.	Diseñar y garantizar la implementación de un programa diferencial en acciones colectivas promocionales y preventivas en Salud Publica desde el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas PSPIC

Fuente: ACTA DE PROTOCOLIZACIÓN DE LAS PROPUESTAS CONCERTADAS CON LOS SECTORES EN EL MARCO DEL DESARROLLO DEL ARTÍCULO 66 DEL PLAN DE DESARROLLO DISTRITAL 2020 – 2024 -UN NUEVO CONTRATO SOCIAL Y AMBIENTAL PARA EL SIGLO XXI– CON ENFOQUE DE COMUNIDAD, GÉNERO, MUJER, FAMILIA, GENERACIÓN DESDE LOS PUEBLOS INDÍGENAS EN BAKATÁ, Página 8.

Que para el cumplimiento de la acción concertada y tal como fue concebida en su inicio, la Secretaría de Distrital desde el año 2021 implementó acciones a través de los contratos/convenios con las Subredes Integradas de Servicios de Salud cuyos objetos contemplan acciones de la Gestión de la Salud Pública y del Plan de Intervenciones Colectivas, operando abordajes para los catorce (14) Pueblos Indígenas, a saber: Muisca de Suba, Muisca de Bosa, Kichwa, Pijao, Inga, Uitoto, Cametsa, Pasto, Yanacona, Misak, Wounaan, Nasa, Pasto, Eperara).

Que ahora bien, posteriormente las autoridades indígenas manifestaron no estar de acuerdo con la forma de operar las acciones diferenciales con las Subredes Integradas de Salud para dar cumplimiento a la acción concertada, tal como lo expresan en el seguimiento a acciones afirmativas del día 19 de mayo de 2022 indicando "*que no comparte lo que se ha tratado con las subredes, pues no se ha tenido el respeto, porque alrededor de la secretaría lo que se ha visto es que se evidencia la ausencia en el territorio*[25]". Del mismo modo se precisa la necesidad de que "*En el marco de las acciones afirmativas, cuando se contrata se debe hacer en atención a la comunidad indígena y con enfoque diferencial <…> que representa la medicina ancestral y en aras del seguimiento de las costumbres se pueda atender a la comunidad indígena <…> que se debe tener la autonomía de los pueblos*[26]".

Que en la misma reunión de seguimiento la Secretaría Distrital de Salud propuso que "*a partir del tercer trimestre (2022) en diálogo y concertación con las autoridades se instale mesas técnicas entre la SDS y comunidad a través de los equipos, con el fin de comenzar a proyectar la propuesta de programa de salud para los pueblos indígenas en Bogotá*[27]".

Que por consiguiente, se generaron espacios de encuentro entre la Secretaría Distrital de Salud y las autoridades del Consejo Consultivo y de Concertación para los Pueblos Indígenas en Bogotá, D.C[28], donde los pueblos indígenas manifestaron la necesidad de cambiar la forma como se estaba implementado la acción afirmativa. El día 6 de junio de 2022 se reúnen las Autoridades Consejo Consultivo y de Concertación para los Pueblos Indígenas con el Secretario de

[25] Acta I sesión ordinaria Consejo Consultivo Indígena 19-05-2022. Pág. 29
[26] Ibid.
[27] Ibid.
[28] Este espacio consultivo esta normado por el Decreto Distrital 612 de 2015, siendo su objeto "<…> *apoyar la orientación y concertación de las acciones requeridas o derivadas del proceso de implementación y seguimiento de la Política Pública para los Pueblos Indígenas en Bogotá D.C.; del Plan Integral de Acciones Afirmativas y de todas las decisiones administrativas susceptibles de afectarlos*", como lo indica el artículo 2 de la ya mencionada norma

ACTO ADMINISTRATIVO DE JUSTIFICACIÓN DE LA CONTRATACIÓN DIRECTA

Salud y parte del Equipo Directivo donde uno de los temas abordados fue la acción afirmativa concertada, donde se concluyó la necesidad de contar con "<...> *la propuesta de ajuste e implementación de las acciones en el marco de la acción concertada*".

Que es así como, una vez surtidas reuniones conjuntas preliminares de los equipos técnicos para la construcción de la propuesta de implementación de las acciones diferenciales en el marco de los saberes ancestrales desde la Medicina Ancestral y la Partería se realizan dos (2) reuniones para avanzar en la concertación: una el 14 de febrero de 2023 y otra del 2 de marzo de 2023. Producto del diálogo para la concertación se resalta que las autoridades indígenas indican que "*la atención de salud a mi barrio y salud a mi vereda, contemplada en MTS del distrito, no corresponde con el tipo de atención integral que requieren y demandan los pueblos indígenas de Bogotá. Es justamente ese tipo de atención lo que se debe fortalecer <...> que deben ser articulados para fortalecer el enfoque diferencial étnico indígena*[29]". En tal sentido, desde la Secretaría Distrital de Salud se manifiesta con relación a la articulación entre las acciones diferenciales indígenas y el Modelo Territorial de Salud que *"Lo relevante es que ambos escenarios sigan articulándose en torno a los pueblos indígenas del distrito, de manera diferencial en el marco de la gestión de la salud pública*[30]".

Que así mismo, se destaca unos de los aspectos concertados: "*Las acciones que se van a desarrollar en el marco del contrato no pueden estar alejadas del Modelo Territorial de Salud "Salud a mi barrio – Salud a mi vereda", con las 4 líneas operativas que la integran: Equipos de atención en casa, entornos cuidadores, prestación de servicios y aseguramiento y participación social y gestión de políticas.*[31]".

Que así las cosas, a partir de las "*Responsabilidades de los Actores del Sector Salud en el PDSP 2022-2031*" Resolución 1035 de 2022 del Ministerio de Salud y Protección Social y en el marco de la Gestión Integral de la Salud Pública definidas en el Capítulo 7, indicando en el numeral 39 que para los Departamentos y Distritos: "*Se tendrá en cuenta que además de las autoridades competentes del sistema general de seguridad social en salud, se debe garantizar una relación de autoridad a autoridad en el marco de la coordinación y articulación para la gestión territorial integral en salud, con las autoridades tradicionales de los pueblos y comunidades indígenas en sus territorios conforme a lo establecido en el artículo 4*[32] *de la Ley 691 de 2001.*" (Subrayado fuera de texto).

Que en línea con lo ya expuesto y de acuerdo con la necesidad de implementar acciones diferenciales promocionales y preventivas desde el enfoque diferencial y étnico, a partir de la interculturalidad y en el marco de la Sabiduría Ancestral como se establece en el "*Capítulo 8. Salud Propia e Intercultural con los pueblos y comunidades en el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031*" Resolución 1035 de 2022 del Ministerio de Salud y Protección Social, así:

> "<...> *La sabiduría ancestral de cada pueblo indígena contiene el saber propio y las costumbres que durante miles de años han estado en el conocimiento indígena. Está fundamentada en los códigos de cada espacio y es transmitida de generación en generación a través de la tradición oral, vivencias, usos y costumbres, mitos y acciones propias, como aspecto esencial para la pervivencia de los individuos, la comunidad, los grupos sociales*

[29] Acta de Reunión SDS – Consultivo Indígena. Mesa de Concertación, 02 de marzo de 2023
[30] Acta de Reunión SDS – Consultivo Indígena. Mesa de Concertación, 02 de marzo de 2023
[31] Ibid.
[32] Artículo 4 de la Ley 691 de 2001: Además de las autoridades competentes, del Sistema General de Seguridad Social en Salud, serán para la presente ley, instancias, organismos e instituciones, las autoridades tradicionales de los diversos Pueblos Indígenas en sus territorios, para lo cual siempre se tendrá en cuenta su especial naturaleza jurídica y organizativa.

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 conocimiento desarrollado por 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"

Que ahora bien, el ejercicio de la Gestión en Salud Pública implica tener en cuenta, la Resolución 518 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social, modificada por la Resolución 295 de 2023, la cual indica en el artículo 1 que el objeto es "<...> *establecer disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y directrices para la elaboración, ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, en adelante PIC*". En tal sentido, el objeto establece dos bloques para las Actividades Colectivas a saber: La Gestión de la Salud Pública y el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas.

Que dicha resolución, dispone en sus considerandos que el propósito y alcance de la Gestión de la Salud Pública y del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas "<...> *son diferentes y por ende, su formulación, ejecución, monitoreo y evaluación requieren la definición de criterios específicos para su desarrollo*".

Que el presente convenio pretende desarrollar actividades de Gestión de la Salud Publica que se enmarcan en el título II de la mencionada Resolución "Aspectos generales sobre la Gestión de la Salud Pública" y no aplica el titulo No. III Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PIC.

Que la Gestión de la Salud Pública es definida en el artículo 4 de la mencionada norma como *"<...> un proceso dinámico, integral, sistemático y participativo que bajo el liderazgo y conducción de la autoridad sanitaria, está orientado a que las políticas, planes, programas y proyectos de salud pública se realicen de manera efectiva, coordinada y organizada, entre los diferentes actores del SGSSS junto con otros sectores del Gobierno, de las organizaciones sociales y privadas y la comunidad, con el propósito de alcanzar los resultados en salud*" (subrayado fuera de texto). Para este particular se establecen trece (13) procesos de la Gestión de la Salud Pública.

Que de acuerdo con lo anterior, y dado que la Resolución 518 de 2015 no amplia "*las directrices, contenidos y criterios para la caracterización, ejecución, seguimiento y evaluación de los procesos para la Gestión de la Salud Pública*" como lo dice el parágrafo del Artículo 5 de la ya mencionada Resolución, en tal sentido se cuenta con el documento "*Directrices para la caracterización y ejecución de los procesos para la Gestión de la Salud Pública en el contexto de la Política de Atención Integral en Salud*"[33].

Que la Coordinación intersectorial es uno de los procesos de la Gestión de la Salud Pública, para ampliar lo establecido en la Resolución 518 de 2015 y avanzar en su implementación, el documento *"Directrices para la caracterización y ejecución de los procesos para la Gestión de la Salud Pública en el contexto de la Política de Atención Integral en Salud"*

[33] Ministerio de Salud y Protección Social. Documento técnico elaborado en cumplimiento de lo dispuesto en la Res. 518 de 2015. 2016. Consultado en https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/directrices-gsp-v.pdf

ACTO ADMINISTRATIVO DE JUSTIFICACIÓN DE LA CONTRATACIÓN DIRECTA

la define como "<...> *toda acción desarrollada conjuntamente entre los sectores público, privado o comunitario o entre las instituciones gubernamentales para responder de manera sostenible e integral ante una necesidad o situación de salud o bienestar priorizada en el territorio; entendiendo que la salud, dada su condición de producto social, conlleva, para su abordaje, un accionar que sobrepasa los alcances del sector salud*", cuyo propósito es *"Potenciar recursos, complementar o lograr sinergia de las acciones, bienes y servicios, compartir riesgos, responsabilidades y beneficios por medio de un trabajo articulado y sistemático entre el sector salud, los sectores públicos, privados y las organizaciones sociales o comunitarias; alrededor de objetivos, temas, agendas y estrategias comunes que permitan superar la duplicidad y desarticulación de las acciones y lograr mayor eficacia de las intervenciones."*

Que en este sentido, bajo las particularidades se evidencia la necesidad de que el distrito y la secretaria de salud garantice la implementación de acciones diferenciales en salud con los pueblos indígenas, a través de equipos interdisciplinarios de cada pueblo quienes estarán a cargo de realizar las diferentes acciones de abordaje familiar y comunitario, las cuales tienen como finalidad generar escenarios comunitarios que promueven y refuercen saberes y practicas propias de cuidado en la salud de las comunidades desde los pensamientos propios de cosmovisión de cada pueblo Indígena.

Que la SDS ha tenido dificultades en la atención médica alopática de las personas que son parte de las comunidades indígenas, son muchas las barreras encontradas, el leguaje, la desconfianza en el trato por personas extrañas y externas a las comunidades, en muchas ocasiones se han presentado confrontaciones con dichas personas por tratar de brindar atención medica alopática que interrumpe el actuar los de los médicos ancestrales.

Que con el fin de superar estas barreras e implementar una verdadera acción real y acorde a los saberes ancestrales de las comunidades indígenas que garantice una atención integral en materia de salud, desde el enfoque diferencial étnico e intercultural, se necesita adelantar acciones que incluyen la identificación de desarmonías y desequilibrios desde la Sabiduría Ancestral y la Interculturalidad; la elaboración, concertación e implementación de planes de cuidado en salud propia e intercultural en las familias indígenas; acciones propias desde la medicina ancestral y la partería a partir de los usos y costumbres de cada uno de los catorce (14) pueblos indígenas; y acciones comunitarias diferenciales e interculturales para cada uno de los catorce (14) pueblos indígenas.

Que en línea con lo anterior, se realizará la conformación de equipos interculturales que sirvan como enlace o vaso comunicante entre la medicina propia y la medicina occidental, lo que permitirá que las personas, familias y comunidades indígenas de los catorce (14) pueblos, accedan a las Rutas Integrales de Atención en Salud desde la medicina alopática, trayendo como beneficio común prevenir enfermedades, promocionar el cuidado desde ambas medicinas y aportar a la pervivencia de la sabiduría y el conocimiento ancestral.

Que por otro lado, respecto a la contratación de las acciones de la Gestión de la Salud Pública el Ministerio de Salud y Protección Social ha publicado el documento "Respuesta a preguntas frecuentes sobre la implementación de la Resolución 518 de 2015 – "*Respuesta a preguntas frecuentes sobre la implementación de la Resolución 518 de 2015 – "Por la cual se dictan disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PIC*"; allí se indica respecto a la pregunta: *¿Se pueden contratar los procesos de Gestión de la Salud Pública?*

ACTO ADMINISTRATIVO DE JUSTIFICACIÓN DE LA CONTRATACIÓN DIRECTA

"<…> A diferencia de lo que contempla el art. 46 la Ley 715 de 2001 con respecto del PIC, la Ley no menciona condiciones para contrataciones relacionadas con la Gestión de la Salud Pública - GSP. Como no lo contempla la Ley, la referida Resolución tampoco reglamenta este tipo de contrataciones. Por regla general ninguna entidad puede delegar sus funciones, salvo circunstancias específicamente reguladas en la Ley. Así, las Secretarías de Salud no pueden delegar la Gestión de la Salud Pública.

No obstante, la entidad territorial como toda entidad pública, puede contratar apoyo para el cumplimiento de las competencias que le han sido asignadas. Esta contratación de apoyo se regula por las normas generales que sobre contratación pública rigen al país. Así, pueden contratar servicios, insumos o personal que se requieran para facilitar el cumplimiento de las acciones de Gestión de la Salud Pública previstas en el art. 5 de la Resolución 518 de 2015.

Respecto del mecanismo de selección, deberá aplicarse el que corresponda de acuerdo con el objeto a contratar o su cuantía, según lo dispuesto en el art. 2 de la Ley 1150 de 2007 y demás normas aplicables en materia de contratación pública".

Que por lo anterior, dentro de las reuniones sostenidas con las comunidades indígenas, una de sus preocupaciones es que dichas intervenciones no fueran realizadas por médicos ancestrales y parteros que son de su comunidad o no tengan el conocimiento, la experiencia, experticia y la confianza de los 14 pueblos indígenas. Por lo tanto, estas comunidades consideraron de manera conjunta y en espacio autónomo proponer que las acciones a realizar se ejecutaran con el Cabildo Indígena Ambiká Pijao a partir del 2023, al considerar que se trata de un representante que cumple con las calidades para desarrollar el objeto del contrato al contar con el personal idóneo para su ejecución.

Que con lo anterior, con fundamento en lo dispuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social, y la Ley 2160 de 2021, es factible contratar de manera directa con dicho Cabildo Indígena Ambiká Pijao.

COMPONENTE: CONSTRUCCIÓN DE LA RUTA – PROCESO DE ARMONIZACIÓN ANCESTRAL, HACIA LAS GARANTÍAS PARA EL CUIDADO, SANACIÓN, SUPERACIÓN Y DISMINUCIÓN DE LAS DESARMONÍAS DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO, EN EL MARCO DE LA MEDIDA DE REHABILITACIÓN PAPSIVI

Que la Ley 1448 de 2011 - Ley de Víctimas y Restitución de Tierras, *"Por la cual se dictan medidas de Atención, Asistencia y Reparación Integral a las Víctimas del Conflicto Armado Interno y se dictan otras disposiciones*" y los Decretos con fuerza de ley 4633, 4634 y 4635 de 2011; crean las bases para la implementación de la Política Pública para la Atención, Asistencia y Reparación Integral a las Víctimas, bajo los principios de progresividad, gradualidad y sostenibilidad. Esta política está compuesta por cuatro (4) componentes, a saber:

- Prevención de las violaciones de Derechos Humanos (DDHH) e infracciones al Derecho Internacional Humanitario (DIH).
- Protección de los DDHH y el DIH.
- Medidas de asistencia y atención en salud, educación, ayuda humanitaria y asistencia funeraria.
- Medidas de reparación Integral: Indemnización, restitución, rehabilitación, satisfacción y garantías de no repetición.

ACTO ADMINISTRATIVO DE JUSTIFICACIÓN DE LA CONTRATACIÓN DIRECTA

Que en el marco de las competencias del sector salud, la Ley 1448 de 2011 define una serie de acciones que el Ministerio de Salud y Protección Social [En adelante MSPS, Minsalud o el Ministerio] debe desarrollar y coordinar en articulación con actores del Sistema Nacional de Atención y Reparación a las Víctimas [En adelante SNARIV] y con los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud [En adelante SGSSS], acorde a las competencias definidas en las Leyes 100 de 1993, 715 de 2001, 1122 de 2007, 1438 de 2011, 1751 de 2015 en el marco de los principios de subsidiariedad, complementariedad y concurrencia.

Que, en ese orden de ideas, la Ley 1448 de 2011 le confiere al Ministerio, la competencia de diseñar e implementar la medida de rehabilitación, definida como *"(...) conjunto de estrategias, planes, programas y acciones de carácter jurídico, médico, psicológico y social, dirigidos al restablecimiento de las condiciones físicas y psicosociales de las víctimas..."* (Capítulo VIII, artículo 135). Dichas medidas de rehabilitación deberán garantizarse mediante el *"Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas"* (Artículo 137).

Que el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas creado por el Ministerio [En adelante PAPSIVI o el Programa], forma parte de las medidas de asistencia en salud y rehabilitación física, mental y psicosocial emanadas en la Ley 1448 de 2011, las cuales buscan el restablecimiento de las condiciones físicas, mentales y psicosociales de la población víctima y la garantía del derecho a la salud, dentro de unos marcos éticos que permitan la dignificación y la recuperación de los efectos ocasionados como consecuencia de las Graves Violaciones a los Derechos Humanos (DDHH) e Infracciones al Derecho Internacional Humanitario (IDIH) en consecuencia del conflicto armado en Colombia.

Que en el marco de las responsabilidades señaladas anteriormente, el Ministerio diseñó y lidera el proceso de implementación del PAPSIVI, a través de las entidades territoriales; el cual responde a las medidas de asistencia en salud y rehabilitación física, mental y psicosocial. Este programa tiene como objetivo principal garantizar la atención psicosocial y la atención integral en salud física y mental con enfoque psicosocial a las víctimas de graves violaciones a los Derechos Humanos e infracciones al Derecho Internacional Humanitario, a través de dos (2) grandes componentes, tal y como se establece en el *"documento marco"* del PAPSIVI - https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Victimas/Paginas/papsivi.aspx:

1. **La Atención Psicosocial**: se centra en el daño y las afectaciones psicosociales (Temas sobre el cual se va a definir la ruta de atención diferencial indígena)
2. **La Atención Integral en Salud**: se centra en la salud física, y opera en cumplimiento del "Protocolo de Atención Integral en Salud con enfoque psicosocial", emitido por el MSPS. (este componente no será objeto del presente contrato)

Que si bien el Ministerio no ha expedido un decreto que desarrolle dicho programa, si emitió el Documento Marco del Programa Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado, y múltiples documentos que establecen lineamientos en la materia el cual se encuentra en la página del Ministerio y sirve como base para el desarrollo por parte de las entidades territoriales, sin embargo dichos documentos no desarrollan las particularidades del proceso para las personas con pertenencia étnica indígena.

Que al respecto del primer componente, la Subsecretaría de Salud Pública implementa la estrategia de atención psicosocial con enfoque diferencial a población víctima del conflicto armado, de acuerdo con lo definido por el Ministerio

ACTO ADMINISTRATIVO DE JUSTIFICACIÓN DE LA CONTRATACIÓN DIRECTA

de Salud y Protección Social en el *"Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas PAPSIVI"*, dando así cumplimiento a una de las 5 medidas de Reparación Integral: La Rehabilitación (Ley 1448 de 2011).

Que la atención psicosocial, como medida de rehabilitación que contribuye a la reparación integral de las víctimas del conflicto armado, se entiende como el conjunto de procesos articulados de servicios cuyo objetivo es favorecer la recuperación o mitigación de los daños psicosociales y el sufrimiento emocional generado a las víctimas, sus familias, comunidades y colectivos étnicos, como consecuencia de las graves violaciones a los Derechos Humanos y las infracciones al Derecho Internacional Humanitario.

Que comprende las modalidades de atención individual, familiar, comunitaria y colectiva étnica, en consonancia con la configuración del daño psicosocial que el conflicto armado ha generado en las víctimas y que tiene no solamente expresiones individuales, sino también familiares, comunitarias, colectivas y diferenciales. Los fundamentos conceptuales y profundizaciones metodológicas para la atención psicosocial se encuentran en la Estrategia de Atención Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado diseñada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Que específicamente, el Decreto con fuerza de Ley 4633 de 2011 *"dicta medidas de asistencia, atención, reparación integral y de restitución de derechos territoriales a las víctimas pertenecientes a los pueblos y comunidades indígenas"*, y se constituye en la herramienta fundamental de la Política Pública del Estado, para saldar la deuda social con las víctimas indígenas directas del conflicto.

Que adicionalmente, para la construcción de la ruta de atención psicosocial diferencial el mencionado Decreto Ley prevé unas garantías específicas que se encuentran previstas en el *"Título V de los derechos a la reparación integral, a la verdad, a la justicia y a las garantías de no repetición"*, específicamente. en el *"Capítulo I De las medidas de reparación"*, el artículo 115 reza: *"Rehabilitación. El Estado establecerá mecanismos permanentes para cada caso concreto de rehabilitación física, psicológica, social y de acompañamiento jurídico con el fin de restablecer la autonomía individual y colectiva de las víctimas pertenecientes a los pueblos indígenas afectadas para desempeñarse en el entorno familiar, cultural, productivo y social y ejercer sus derechos constitucionales."*, lo expuesto se complementa con el parágrafo segundo que establece:

"Parágrafo segundo. En este contexto deberán establecerse medidas de acción afirmativa para que los pueblos indígenas puedan acceder real y efectivamente a la prestación de servicios de rehabilitación, especialmente cuando se encuentren en situación de desplazamiento forzado.

Que también los artículos 116, 117, y 118 de Decreto Ley 4633 de 2011 que contemplan la Rehabilitación Física, Psicológica, Social y Cultural respectivamente, consagra la viabilidad de adoptar medidas adecuadas e interculturales para que las víctimas colectivas e individuales recuperen la salud en sentido integral, a través, entre otros, del apoyo a la medicina y prácticas tradicionales, el apoyo de ceremonias y ritos colectivos e individuales, y de recuperación de tradiciones y prácticas culturales; la garantía de reuniones internas y de reflexión entre otras medidas que tienen como finalidad reparar a las víctimas indígenas del conflicto armado a través de su reparación integral.

Que así, la rehabilitación se debe dar en términos psicológicos como mecanismos interculturales para que las víctimas recuperen su integridad psicológica y espiritual a través de medidas interculturales para la recuperación y el fortalecimiento de prácticas rituales, culturales, organizativas y políticas.

ACTO ADMINISTRATIVO DE JUSTIFICACIÓN DE LA CONTRATACIÓN DIRECTA

Que adicionalmente, y en cumplimiento del Decreto 2460 de 2015, que adopta la estrategia de corresponsabilidad entre la Nación y las entidades territoriales, con el fin de posibilitar la aplicación de los principios de coordinación, subsidiariedad y concurrencia establecidos en el artículo 27 de Ley 1454 2011, así como el ejercicio de las competencias de las entidades públicas en los distintos niveles de gobierno, en relación con la política pública dirigida a las víctimas del conflicto armado interno, para el goce efectivo de los derechos de la población objeto de esta política. La estrategia de corresponsabilidad incluye los procesos para garantizar la coordinación de las acciones y los recursos de las entidades públicas nacionales y territoriales, a través de la aplicación de los principios de concurrencia y subsidiaridad.

Que, en este sentido, este Decreto también estableció que las acciones de política pública para las víctimas del conflicto armado interno deben incorporarse en los Planes territoriales de Desarrollo y en la Formulación del Plan Acción Territorial para la Atención, Asistencia y Reparación Integral a las Víctimas (PAT), como se señala a continuación:

- *Artículo 2.2.8.3.1.4. Incorporación de la política pública para las víctimas del conflicto armado interno en los planes territoriales de desarrollo. En cumplimiento del artículo 174 de la Ley 1448 de 2011, en la formulación y aprobación de sus planes de desarrollo, las entidades territoriales incluirán como componentes fundamentales la prevención, protección, atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado. Para ello, de acuerdo con sus competencias, en la parte estratégica del Plan, especificarán el diagnóstico la población víctima y definirán los programas y metas de la política pública para las víctimas. Además, en el plan plurianual de inversiones, establecerán los recursos con los cuales se financiarán y ejecutarán dichos programas y se alcanzarán esas metas.*

  Parágrafo. Para garantizar la ejecución de política territorial de víctimas, el cumplimiento de las metas establecidas y asegurar la suficiencia y sostenibilidad de las fuentes de financiación, las disposiciones del plan territorial de desarrollo en materia de prevención, protección, atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado serán incorporadas cada año en el Plan Operativo Anual de Inversiones (POAI), en el presupuesto y en los de acción de la entidad territorial. Así mismo, será objeto monitoreo y el seguimiento que la entidad territorial debe realizar sobre el avance de su Plan Desarrollo.

Que en cumplimiento de lo anterior, el presente componente del contrato se enmarca en el **Propósito de ciudad N.º 3**: *"Inspirar confianza y legitimidad para vivir sin miedo y ser epicentro de cultura ciudadana, paz y reconciliación"*, **Programa Sectorial Nº 39.** *"Bogotá territorio de paz y atención integral a las víctimas del conflicto armado"*; el **logro de ciudad Nº 21**. *"Posicionar a Bogotá – Región como el epicentro de paz y reconciliación del país, incluyendo un Programa de Desarrollo con Enfoque Territorial -PDET rural en Sumapaz y un PDET urbano en el borde suroccidental en límites con el municipio de Soacha "y* el **programa estratégico Nº 12**. *"Paz y Víctimas."*

Que así mismo, este componente responde al Plan Territorial de Salud Bogotá en el programa "Bogotá territorio de paz y atención integral a las víctimas del conflicto armado", **Proyecto de Inversión 7832:** *"Asistencia. Bogotá: Abriendo caminos para la paz y la reconciliación de las víctimas del conflicto armado a través de la atención psicosocial"*, el cual tiene como **Objetivo:** *"Realizar la atención psicosocial con enfoque diferencial para población víctima del conflicto armado en las diferentes modalidades de atención"*. **Meta 1** *"A 2024 realizar atención psicosocial a 14.400 personas víctimas del conflicto armado"* específicamente en la **actividad 1.3.** *"Formular e implementar un plan de acción para el desarrollo de estrategias*

diferenciales de atención psicosocial para población víctima de conflicto armado y como apuesta para la reconciliación y la paz", desde la cual se enmarca el segundo componente del presente contrato.

- Artículo 2.2.8.3.1.5. Formulación del Plan Acción Territorial para la Atención, Asistencia y Reparación Integral a las víctimas (PAT). Las entidades territoriales diseñarán el Plan Acción Territorial (PAT) a partir de los programas, metas y recursos incluidos en respectivo Plan Desarrollo territorial y en armonía con los demás instrumentos de planeación y presupuesto. Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso 1 del artículo 2.2.8.3. 1 del presente decreto, el PAT será adoptado por el Comité Territorial de Justicia Transicional en el mes siguiente a la aprobación del Plan de Desarrollo territorial.

  El Plan de Acción Territorial (PAT) deberá especificar, además de lo dispuesto en el inciso 1 del artículo 2.2.8.3.1. del presente Decreto, los programas y proyectos de la entidad territorial para la prevención, protección, atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado, e incluir las metas y recursos anualizados para garantizar el goce efectivo de derechos. Dichas metas y recursos serán indicativos para los cuatro (4) años siguientes a la adopción del PAT, según lo definido en Plan Territorial de Desarrollo.

Que así, el 5 de agosto de 2020, fue aprobado por la Alcaldesa y los secretarios (as) en el Comité Distrital de Justicia Transicional el Plan de Acción Distrital para la Asistencia, Atención y Reparación Integral a Población Víctima del Conflicto Armado que reside en la ciudad de Bogotá; en donde para el sector salud quedó establecida, entre otras, la siguiente meta:

Realizar a 14.400 personas víctimas del conflicto armado la atención psicosocial y/o procesos de armonización con enfoque diferencial a través de la atención en las modalidades (individual, familiar, comunitario, colectivo y/o individual grupal).

Que lo anterior, habilita jurídicamente a que el Estado y el Distrito garanticen la implementación de los "Procesos de Armonización Ancestral" así, en aras del cumplimiento de la normatividad que se describió en los párrafos anteriores, especialmente el Decreto Ley 4633 de 2011, así como lo establecido en el Plan de Acción Distrital.

Que, según el boletín trimestral realizado por el Observatorio Distrital de Víctimas del Conflicto Armado, Bogotá D.C es la segunda ciudad del país con mayor número de población víctima del conflicto. En el Distrito Capital se encuentran ubicadas 348.884 víctimas del conflicto armado, que corresponden al 3,71% de los 9.405.522 de víctimas del país y al 4.43% de la población total de la ciudad. Al respecto, 16.409 personas se identifican como pertenecientes a algún pueblo indígena, lo que corresponde al 4.7% del total de víctimas que se encuentran ubicadas en la ciudad.

Que la violencia sociopolítica y el conflicto armado interno en Colombia han producido en la población indígena una serie de daños materiales e inmateriales, entre ellos la pérdida de los referentes organizativos de la sociedad, impactos de la violencia sobre la salud mental, espiritual, física y psicosocial.

Que pese a los avances en materia de atención psicosocial, los lineamientos existentes expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social no incorporan las dinámicas territoriales para la atención en la materia de las comunidades indígenas, dada su particularidad Intercultural, las barreras de acceso para esta población, el lenguaje, su singularidad,

la comprensión de la salud mental (no como una afectación individual, sino como un daño colectivo en el espíritu de la comunidad), entre otros.

Que desde esta perspectiva, es necesario iniciar la construcción de una ruta que derive en acciones que se materialicen y promuevan el restablecimiento de las condiciones psicosociales de la población víctima indígena, que permitan la dignificación y la recuperación de los efectos ocasionados como consecuencia de las graves violaciones a los Derechos Humanos e infracciones al Derecho Internacional Humanitario. Aunado a ello y como apuesta para la Reconciliación y la Paz es necesario generar estrategias de atención psicosocial que incorporen el enfoque diferencial indígena y reconozcan la interseccionalidad de esta población promoviendo el reconocimiento de sus características particulares interculturales.

Que, como consecuencia de lo anterior, el proceso de atención psicosocial para esta población debe ser construido con los 16 pueblos indígenas víctimas del conflicto armado que residen en la Ciudad, dado que sus daños e impactos psicosociales son diferenciales según los hechos victimizantes vividos, las cosmovisiones, las experiencias, las narrativas y la comprensión del desplazamiento y demás características propias. Así, el documento producto de este contrato, deberá ser el insumo constitutivo para que la Secretaría Distrital de Salud pueda aportar en saldar la deuda histórica que el Estado tiene para esta población, a través de una ruta de armonización ancestral de atención psicosocial como medida de rehabilitación en Bogotá.

Que para ello se ha venido avanzando en la concertación de acciones afirmativas que garanticen mecanismos en el marco de la medida de rehabilitación diferencial indígena en el distrito capital con participación de los 16 pueblos indígenas víctimas que residen en Bogotá: Misak – Misak, Yanakuna, Kankuamo, Nasa, Kamëntsá, Uitoto, Los Pastos, Kubeo, Koreguaju, Eperara Siapidara, Wounaan Nonan, Tubú, Wayúu, Pijao, Embera Dóbida e Inga; desde la Mesa Diferencial de Participación de Población Indígena Víctima del Conflicto Armado, como el espacio de concertación definido por la Ley y reglamentado por el Protocolo Distrital de Participación Efectiva de Víctimas (Decreto 512 de 2019, Resolución 018 de 2021 y Decreto 596 de 2022) y el Mandato Interno de la Mesa de Pueblos indígenas Víctimas de noviembre de 2022. (Se anexan actas que dan cuenta de lo expuesto).

Que, por lo anterior, dentro de las reuniones sostenidas con las comunidades indígenas, una de sus preocupaciones es que dichas intervenciones no fueran realizadas por personas de su comunidad o que no tengan el conocimiento, la experiencia, experticia y la confianza de los 16 pueblos indígenas. Por lo tanto, estas comunidades consideraron de manera conjunta y en espacio autónomo proponer que las acciones a realizar se ejecutaran con el Cabildo Indígena Ambiká Pijao a partir del 2023, al considerar que se trata de un representante que cumple con las calidades para desarrollar el objeto del contrato al contar con el personal idóneo para su ejecución.

Que es fundamental establecer que la construcción de la ruta de armonización arrojará un documento consolidado que será integrado por diversos capítulos, se pretende que cada capítulo corresponda a cada uno de los 16 pueblos indígenas, esto debido a que, si bien todos son indígenas, cada uno de los 16 pueblos tienen características y particularidades que hacen que cada proceso de construcción de la ruta de armonización sea diferente. Cada capítulo reflejará las particularidades, propuesta metodológica e interculturalidad de cada pueblo indígena víctima del conflicto armado. Conforme a lo que se ha adelantado en el ejercicio diálogo y concertación con la Mesa de Pueblos Indígenas se pretende avanzar por fases, al respecto se han identificado 4 fases centrales, sin embargo, es posible que, en el marco de la

ejecución del contrato, éstas puedan ser sujeto de modificación, dado el carácter de construcción y concertación del proceso.

Que con lo anterior, con fundamento en lo dispuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social, y la Ley 2160 de 2021, es factible contratar de manera directa con dicho Cabildo Indígena Ambiká Pijao.

Que el artículo 113 de la Constitución Política de Colombia, dispone: *"(...) Los diferentes órganos del Estado tienen funciones separadas, pero colaboran armónicamente para la realización de sus fines".*

Que así mismo, el artículo 209 de la Carta Política, estipula: *"La función administrativa está al servicio de los intereses generales y se desarrolla con fundamento en los principios de igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad, mediante la descentralización, la delegación y la desconcentración de funciones. Las autoridades administrativas deben coordinar sus actuaciones para el adecuado cumplimiento de los fines del Estado. La administración pública, en todos sus órdenes, tendrá un control interno que se ejercerá en los términos que señale la ley."*

Por su parte, en el Título XI - artículo 286 ibidem – referente a la organización territorial se estableció que: "Son entidades territoriales los departamentos, los distritos, los municipios y los territorios indígenas", (Subrayado fuera de texto)

Que igualmente, artículo 287 de la carta política dispuso que: *"Las entidades territoriales gozan de autonomía para la gestión de sus intereses, y dentro de los límites de la Constitución y la ley".*

Que en este orden de ideas, el artículo 2 del Decreto Nacional No. 2164 de 1995 estableció que son **Territorios Indígenas,** *"las áreas poseídas en forma regular y permanente por una comunidad, parcialidad o grupos indígenas y aquellas que, aunque no se encuentren poseídas en esa forma, constituyen el ámbito tradicional de sus actividades sociales, económicas y culturales"* y estipuló en sus definiciones que se entiende por "***comunidad o parcialidad indígena"***, al *"grupo o conjunto de familias de ascendencia amerindia, que tienen conciencia de identidad y comparten valores, rasgos, usos o costumbres de su cultura, así como formas de gobierno, gestión, control social o sistemas normativos propios que la distinguen de otras comunidades, tengan o no títulos de propiedad, o que no puedan acreditarlos legalmente, o que sus resguardos fueron disueltos, divididos o declarados vacantes".*

Que, así las cosas, las entidades territoriales tendrán los siguientes derechos: 1. Gobernarse por autoridades propias. 2. Ejercer las competencias que les correspondan. 3. Administrar los recursos y establecer los tributos necesarios para el cumplimiento de sus funciones. 4. Participar en las rentas nacionales".

Que por su parte, la Ley 691 de 2001, mediante la cual se reglamenta la participación de los Grupos Étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia estableció en su artículo 4 que, *"además de las autoridades competentes, del Sistema General de Seguridad Social en Salud, serán para la presente ley, instancias, organismos e instituciones, las autoridades tradicionales de los diversos Pueblos Indígenas en sus territorios, para lo cual siempre se tendrá en cuenta su especial naturaleza jurídica y organizativa".*

Que así mismo, en el numeral 39 - De los Departamentos y Distritos del capítulo 7 Responsabilidades de los Actores del Sector Salud en el PDSP 2022-2031, del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 referente a las responsabilidades de

los actores del sector salud estableció que: *"(...) además de las autoridades competentes del sistema general de seguridad social en salud, se debe garantizar una relación de autoridad a autoridad en el marco de la coordinación y articulación para la gestión territorial integral en salud, con las autoridades tradicionales de los pueblos y comunidades indígenas en sus territorios conforme a lo establecido en el artículo 4 de la Ley 691 de 2001(...)"*

Que ahora bien, para la contratación de las actividades que se requieren desarrollar no existe norma contractual que especifique el camino a seguir, es así como para el desarrollo de las actividades de Gestión de la Salud Pública, conforme a lo establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social en el documento *"Respuesta a preguntas frecuentes sobre la implementación de la Resolución 518 de 2015"*, podrá realizarse conforme a lo dispuesto en el art. 2 de la Ley 1150 de 2007 y demás normas aplicables en materia de contratación pública.

Que, por lo anterior, la entidad territorial como toda entidad pública, puede contratar apoyo para el cumplimiento de las competencias que le han sido asignadas. Esta contratación de apoyo se regula por las normas generales que sobre contratación pública rigen al país. Así, pueden contratar servicios, insumos o personal que se requieran para facilitar el cumplimiento de las acciones de Gestión de la Salud Pública previstas en el art. 5 de la Resolución 518 de 2015.[34]

Que en este orden de ideas, en el marco de la coordinación y la articulación para la gestión territorial integral en salud que poseen los pueblos indígenas, en el ejercicio de la garantía de articulación y relacionamiento con otras entidades territoriales, a través de sus autoridades tradicionales propias, se consideró que las intervenciones en el marco del presente contrato serían realizadas por médicos ancestrales y partero (a)s que fueran de su comunidad con el conocimiento, la experiencia, experticia y la confianza de los 14 pueblos indígenas, para el primer componente y por personal de los 16 pueblos indígenas con conocimiento, experiencia, experticia y de confianza para el desarrollo del segundo componente.

Que en virtud de ello, las autoridades del Consejo Consultivo y de Concertación para los Pueblos Indígenas y la Mesa Diferencial de Población Indígena Víctima del Conflicto Armado definieron de manera autónoma e independiente que las acciones a realizar se ejecutarían con el Cabildo Indígena Ambiká Pijao a partir del 2023, al considerar que se trata de un representante que cumple con las calidades para desarrollar el objeto del contrato al contar con el personal idóneo para su ejecución.

Que lo anterior consta en documento expedido el 30 de mayo de 2023 por el Consejo Consultivo y de Concertación Indígena donde se avala al cabildo AMBIKA PIJAO para operar la propuesta, y en acta de reunión del 14 de febrero 2023 sostenida entre la Secretaría Distrital de Salud y Consejo Consultivo y de Concertación Indígena, en la cual se informa a *"la secretaría que por unanimidad en espacio autónomo las autoridades tomaron la decisión que el cabildo más idóneo es el Cabildo AMBIKA PIJAO", y manifestaron "que también estaban en postulación el cabildo pasto, Muisca de Suba e Inga, pero por diferentes factores estos cabildos desistieron o no fueron elegidos".*

[34] https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=chrome-extension%3A%2F%2Fefaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj%2Fhttps%3A%2F%2Fwww.minsalud.gov.co%2Fsites%2Frid%2FLists%2FBibliotecaDigital%2FRIDE%2FVS%2FPP%2FENT%2Fpreguntas-frecuentes-sobre-la-implementacion-Resolucion-518-de-2015.pdf

ACTO ADMINISTRATIVO DE JUSTIFICACIÓN DE LA CONTRATACIÓN DIRECTA

		SISPI en Bogotá para avanzar en la garantía del derecho a la salud para los pueblos indígenas en Bogotá.	
Contrato interadministrativo 1692/2015 entre la FFD de Salud y la Asociación de Cabildos Indígenas del Distrito ASCAI.	Asociación de Cabildos Indígenas del Distrito	Realizar procesos de fortalecimiento de la medicina tradicional indígena permitiendo la consolidación de los componentes del Sistema Indígena de Salud propio e intercultural -SISPI- en Bogotá para avanzar en la garantía de derecho a la salud para los pueblos indígenas de Bogotá.	$400.000.000

Que así mismo, el CABILDO INDIGENA AMBIKA DE LA ETNIA PIJAO presenta más de 16 años de experiencia en ejecución de contrataciones con el Distrito, dentro de las cuales se señalan los contratos suscritos con la Secretaría de Integración Social para temas de canasta alimentaria, seguridad alimentaria y diagnóstico psicosocial del proceso de envejecimiento, todos ellos en población indígena.

Que, de igual manera, el CABILDO cuenta con la experiencia de trabajo comunitario articulado con los demás pueblos indígenas, y cuenta con el personal idóneo para el desarrollo de las actividades que se desarrollarán en el marco del presente contrato, ya que las respectivas autoridades indígenas han avalado los perfiles con pertenencia étnica que se requieren para la ejecución del contrato.

Que, por lo expuesto, la entidad considera pertinente en cumplimiento de las normas contractuales mencionadas y de la decisión de las autoridades de las comunidades indígenas celebrar contratación directa con el CABILDO INDIGENA AMBIKA DE LA ETNIA PIJAO para realizar las actividades objeto del presente contrato interadministrativo.

Que conforme a la anterior justificación de la modalidad se opta por la suscripción de un Contrato Interadministrativo entre las partes, a saber: **COMUNIDAD INDIGENA AMBIKA PIJAO**, y el Fondo Financiero Distrital de Salud.

Que el objeto del Contrato Interadministrativo es: *"Contratar acciones de Medicina Ancestral Indígena a través de un programa diferencial en el marco de la Gestión de la Salud Pública; así como la construcción de la Ruta - Proceso de Armonización Ancestral de los Pueblos Indígenas Víctimas, en cumplimiento del Componente Psicosocial de la Medida de Rehabilitación PAPSIVI".*

Que el valor del contrato a celebrar será por la suma de **TRES MIL CIENTO CATORCE MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL QUINIENTOS OCHENTA Y SIETE PESOS M/CTE ($3.114.683.587)**, discriminados de la siguiente forma: **1. DOS MIL CIENTO NOVENTA Y SEIS MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y TRES MIL CUARENTA Y NUEVE PESOS M/CTE ($2.196.373.049)** para el componente de Medicina Ancestral Indígena, y **2. NOVECIENTOS DIECIOCHO MILLONES TRESCIENTOS DIEZ MIL QUINIENTOS TREINTA Y OCHO PESOS ($918.310.538)** para el componente Construcción de la ruta – proceso de armonización ancestral.

ACTO ADMINISTRATIVO DE JUSTIFICACIÓN DE LA CONTRATACIÓN DIRECTA

Que la Entidad cuenta con la disponibilidad presupuestal para amparar él Contrato.

Que el plazo de ejecución para el presente contrato es de **nueve (9) meses**, contados a partir de la suscripción del Acta de Inicio previo cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución del convenio.

Que, en mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

PRIMERO: SUSCRIBIR el Contrato Interadministrativo con **LA COMUNIDAD INDIGENA AMBIKA PIJAO,** con NIT No. No. 830.095.820 - 1; cuyo objeto consiste en la *"Contratar acciones de Medicina Ancestral Indígena a través de un programa diferencial en el marco de la Gestión de la Salud Pública; así como la construcción de la Ruta - Proceso de Armonización Ancestral de los Pueblos Indígenas Víctimas, en cumplimiento del Componente Psicosocial de la Medida de Rehabilitación PAPSIVI".*, por valor de **TRES MIL CIENTO CATORCE MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL QUINIENTOS OCHENTA Y SIETE PESOS M/CTE ($ 3.114.683.587)**, discriminados de la siguiente forma: **1. DOS MIL CIENTO NOVENTA Y SEIS MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y TRES MIL CUARENTA Y NUEVE PESOS M/CTE ($2.196.373.049)** para el componente de Medicina Ancestral Indígena, y **2. NOVECIENTOS DIECIOCHO MILLONES TRESCIENTOS DIEZ MIL QUINIENTOS TREINTA Y OCHO PESOS ($918.310.538)** para el componente Construcción de la ruta – proceso de armonización ancestral.

Con un plazo de ejecución para el presente convenio es de **nueve (9) meses**, contados a partir de la suscripción del Acta de Inicio previo cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución del convenio.

SEGUNDO: Publicar el presente Acto Administrativo de Justificación de la Contratación Directa y toda la información relativa al proceso de selección, para consulta del público en general en el Sistema Electrónico para la Contratación Pública (SECOP) I, a través del Portal Único de Contratación, de acuerdo al procedimiento establecido para tal efecto por la Agencia Nacional Colombia Compra Eficiente.

TERCERO: De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 75 de la Ley 1437 de 2011 Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, contra el presente acto no procede recurso alguno.

ACTO ADMINISTRATIVO DE JUSTIFICACIÓN DE LA CONTRATACIÓN DIRECTA

CUARTO: Emítase copia del presente Acto Administrativo a la Subdirección de Contratación para los fines pertinentes.

QUINTO: El presente acto administrativo rige a partir de la fecha de su expedición.

Dada en Bogotá, D.C., a los

26 JUN 2023

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

ALEJANDRO GOMEZ LÓPEZ
Director Ejecutivo Fondo Financiero Distrital de Salud
Secretario de Despacho

Elaboró : Nilson Mariño - Abogado – Subdirección de Contratación
Revisó : Diana Montes - Abogada – Subdirección de Contratación
Vo.Bo. : Cristhian Felipe Yarce Barragán - Subdirector de Contratación
Revisó : Gustavo Martínez P. - Subsecretaria Corporativa
Vo Bo. : Marcela Guevara Ospina - Subsecretaria Corporativa