GOBIERNO ANCESTRAL TERRITORIAL DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS DEL CHOCO
AUTORIDAD TRADICIONAL
NIT: 901500678-7
LEY DE ORIGEN, DERECHO MAYOR, Y PLAN DE VIDA

DOCUMENTO DE SINTESIS VERSION PRELIMINAR

CONSULTA PREVIA
REFORMA NACIONAL DE SALUD DE COLOMBIA
PUEBLOS INDIGENAS DEL DEPARTAMENTO DEL CHOCO

CONVENIO DE ASOCIACIÓN No. 1421 DE 2023

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

ORGANIZACIÓN GOBIERNO ANCESTRAL TERRITORIAL DE LOS PUEBLOS INDIGENAS DEL CHOCO – AUTORIDAD TRADICIONAL

Diciembre 2.023 – marzo 2.024
Departamento del Choco

Tabla de contenido

INTRODUCCION ***3***
OBJETIVOS ***11***
METODOLOGÍA ***13***
RESULTADOS ***19***
BIBLIOGRAFIA ***24***

INTRODUCCION

El Ministerio de Salud y Protección Social en conjunto con a Organización Gobierno Ancestral, Territorial de los Pueblos Indígenas del Choco, Autoridad Tradicional, firman el convenio No. 1421 de 2.023 con el fin de garantizar el derecho a la consulta previa, libre e informada sobre la reforma nacional de salud en Colombia, en lo que respecta a las medias relacionadas con el derecho a la salud del sistema indígena de salud propio e intercultural SISPI y el Sistema de Salud. El propósito general de dicho convenio tiene que ver con la unión de esfuerzos técnicos, administrativos y financieros que garanticen el derecho fundamental a la consulta previa libre e informada de los pueblos indígenas, a través de sus instituciones representativas, mediante el presente convenio.

Es así como las asociaciones de pueblos indígenas del Choco, que representan a todos los indígenas y etnias del departamento del Choco Coordinados por la Organización Gobierno Ancestral, con el apoyo de la Mesa Indígena del Choco, organizan y desarrollan la presente consulta dirigiéndose directamente a los territorios indígenas, en donde se encuentra la base de nuestras organizaciones, para establecer los diálogos pertinentes sobre el SISPI y la reforma a la salud propuesta por el gobierno nacional.

El Liderazgo de la Organización Gobierno Ancestral en todo el proceso de la construcción del SISPI ha logrado la articulación de las diferentes organizaciones regionales Indígenas del Choco, para tener avances efectivos y el desarrollo de acciones desde los ámbitos nacional, regional y municipal, en acciones reivindicatorias de derechos fundamentales, y políticas publicas orientadas al reconocimiento, la protección de los pueblos indígenas y de sus integrantes en el departamento, que actualmente se encuentran con el denominador común de un alto grado de vulnerabilidad, agravado por la marginalidad a la que han sido sometidos históricamente.

El énfasis principal que tienen los pueblos indígenas tiene que ver con la reivindicación de los derechos fundamentales ante el estado, quien tiene la obligación de garantizar el acceso pleno y efectivo de la salud, que para el caso específico de los pueblos indígenas reconoce su particularidad en saberes y prácticas, siendo transversal este reconocimiento a la legislación colombiana, evidenciado en la constitución de 1991, en la emisión de leyes como la 31 de 1967 (suscripción del convenio 107 de la OIT) , ley 22 de 1981 (Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial"), ley 21 de

1991 (convenio 169 OIT). que reconocen a las poblaciones indígenas como sujetos de derecho y de especial necesidad de protección debido a su alto grado de vulnerabilidad, en contexto encontramos la ley 691 de 2001 que reglamenta y garantiza el derecho de acceso y la participación de los Pueblos Indígenas en los Servicios de Salud, en condiciones dignas y apropiadas, observando el debido respeto y protección a la diversidad étnica y cultural de la nación.

Con la ley 100 de 1993, la salud deja de ser un derecho fundamental y pasa a ser un servicio que el estado colombiano tiene la obligación de prestar, abriendo la puerta a la creación de modelos de atención y prestación de servicios de salud, dejando abierta la puerta a las dinámicas de libre mercado, mediante la libre competencia, al dejar en libertad de elección a las personas que obligaría a operadores de servicios en salud a competir con precios y atención. De este contexto surge el Modelo de atención EPS – IPS que es el único existente y que se mantiene hasta la actualidad, asimilado a una estructura de aseguramiento, estandarizando la atención prestada por las IPS, colocando parámetros para la atención que obedecen a concepto de siniestralidad y cobertura sobre la misma, dejando los programas básicos de salud y prevención en manos de las IPS bajo un modelo matemático de asignación per cápita de recursos para tal fin.

En el escenario de la ley 100, y el modelo de atención en salud adoptado, el estado colombiano queda en deuda con los pueblos indígenas y con los compromisos previamente adquiridos en lo correspondiente al reconocimiento de la particularidad de estos, en sus saberes, practicas, la riqueza inmaterial que representan, y la protección que debe brindar, coincidiendo en tiempo con un movimiento social de alcance nacional integrado por los pueblos indígenas cuyo fin último es la reivindicación de los derechos fundamentales y particulares de los que son sujetos, consolidándose esta lucha en la creación de la Mesa Permanente de Concertación, reconocida mediante el decreto 1397 de 1996. entre los compromisos incumplidos podemos señalar la creación del consejo asesor para la conservación y el desarrollo de medicinas tradicionales y terapéuticas alternativas mediante resolución 005078 del 30 de junio de 1992.

A partir del decreto 982 de 1999 que crea una comisión para el desarrollo integral de la política indígena…, se admite por parte del estado colombiano la necesidad de fortalecer entre otros, el sistema de salud propia de los pueblos indígenas y sus autoridades de acuerdo a sus características culturales, sociales y administrativas. esto permite poner en evidencia que el modelo de salud derivado de la ley 100 no responde, ni está en capacidad de hacerlo frente a las necesidades y particularidades de los pueblos indígenas, en la prestación de servicios de salud, evidenciando la necesidad de consolidar un proceso y mecanismos que permitan atender esta necesidad tanto de manera transitoria en el plazo

inmediato, y definitiva al largo plazo. ante esta necesidad surge el decreto 330 de 2001, que abre la puerta, a la creación de las EPS-I (entidades promotoras de salud Indígenas) conformadas por cabildos y/o autoridades tradicionales indígenas, que en principio se pensó, podrían dar solución a la necesidad, tanto en el corto como en el largo plazo, solucionando cerrándola brecha en la atención derivada de la interculturalidad en el marco del modelo existente de atención en salud.

Sin embargo, en el mediano plazo quedo en evidencia no se logró solucionar la problemática que se pretendía atender a través de la creación de estas EPS-I, y en respuesta a esta situación surge la necesidad de crear una instancia especifica de carácter consultivo para abordar el tema en busca de una solución a largo plazo, con el decreto 1973 de 2013 se crea la Subcomisión de Salud Indígena de La Mesa Permanente de Concertación con los Pueblos Y organizaciones Indígenas, y entre sus misiones esta la creación de un sistema intercultural de salud propio de los pueblos indígenas SISPI, cuya administración se realizara de manera transitoria como quedo plasmado posteriormente en el decreto 1953 de 2014, hasta la expedición de la ley de qué trata el artículo 329 de la Constitución política de Colombia.

Con la emisión de la ley estatutaria 1751 la salud vuelve a ser un derecho fundamental, el cual es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Comprende 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 y define que: El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas.

El gobierno de Colombia, en uso de sus facultades constitucionales y legales, a través del decreto ley No. 1953 del año 2.014 creó un régimen especial con el fin de poner en funcionamiento los Territorios Indígenas respecto de la administración de los sistemas propios de los pueblos indígenas. El SISPI, Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural, definido como el conjunto de normas, principios y procedimientos sustentados a partir de la concepción de vida comunitaria y sabiduría ancestral, que nos va a permitir a las comunidades mejorar la situación de salud. Los pueblos indígenas, a través de las organizaciones debemos construir un modelo propio de cuidado de salud, respetando el saber ancestral y articulándose con el Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia.

La construcción del SISPI a implicado una permanente lucha por encontrar herramientas y mecanismos que permitan la protección y el ejercicio de las practicas propias de salud, garantizando el acceso y el goce pleno del derecho fundamental a la salud a los pueblos indígenas en sus particularidades culturales, sociales y de legitimidad de sus saberes ancestrales, encontrando la mayor barrera en las estructuras de pensamiento occidental, que dificultan el avance en esa construcción que no obedece a principios jerárquicos, ni posee mecanismos de legitimación como los académicos y mucho menos la posibilidad de estandarización que exige occidente. Como parte de este proceso y en contexto con la ley 100 que se encuentra actualmente vigente, en respuesta a la diversidad cultural y de pensamiento de los pueblos indígenas que habitan el territorio colombiano y en el marco del respeto al derecho a la autodeterminación y el gobierno propio que poseen los pueblos indígenas, y que el estado colombiano reconoce y está obligado a garantizar en plenitud, se propone como una de las alternativas para garantizar el acceso y el goce pleno del derecho a la salud y en la particularidad, la construcción de un modelo propio de atención en salud para los pueblos indígenas.

Para la construcción de este modelo propio de salud se contempló una estructura de tres etapas: contextualización general del pueblo indígena, construcción de contenidos y plan de acción para la implementación, y concertación, coordinación y articulación. También se tuvo en cuenta la necesidad de adelantar un proceso de sensibilización, como mecanismo de fortalecimiento indispensable tanto para la determinación como para la construcción del modelo si es la decisión. para el caso particular del presente ejercicio se adelantará el proceso de caracterización e identificación de infraestructura en salud no propia adelantando de manera parcial la primera fase en la construcción del modelo para los pueblos Emberá Dóbida, Emberá Katio y Emberá Chami que se encuentran en el departamento del choco, representados a través de las organizaciones, FEDEOREWA, ASOREWA, PUEBLO KATIO, GOBIERNO ANCESTRAL, OICH Y CRICH.
Es importante señalar que el avance en la fase de construcción de modelos está directamente relacionada a la apropiación de recursos que se dan para tal fin, como el presente proyecto en el marco del Convenio 079 de 2.022 con el cual estamos haciendo el esfuerzo de construir el modelo de atención que garantice el acceso y el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, que actualmente se encuentra en un alto grado de vulneración en la región.

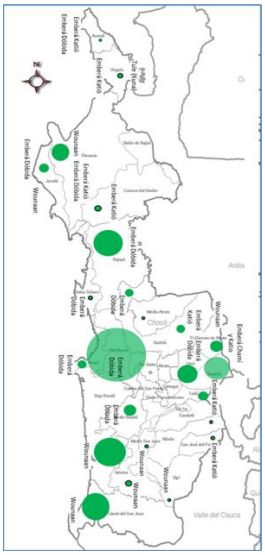
ANTECEDENTES

Los pueblos indigenas que habitan en el departamento del Choco, están ubicadas en 28 de los 30 municipios que tiene el departamento; Los municipios con mayor población indígena según el Censo del DANE (2.018) son el Baudó (Alto, Medio y Bajo) , Bojayá, Bagadó, Lloró, Quibdó, y Riosucio

La presencia de pueblos indígenas en el Choco se ubican a lo largo y ancho del todo el departamento del Choco, siendo la subregión del Baudó, el lugar en donde se encuentra el asentamiento indígena más grande del departamento conocido como Catrú, de la etnia Emberá Dóbida. (Ver figura 1)

El 95,1% de la población indígena vive en área rural dispersa, mientras que el 4,9% restante vive en centros poblados o cabeceras municipales. La característica de la gran mayoría de viviendas de los indígenas en el departamento es que son casas de madera, con piso de palma, sin acceso al servicio de energía eléctrica, agua potable o alcantarillados. Se estima que tan solo el 1,3% de las casas rurales tienen algún tipo de energía por parte de plantas eléctricas, y solo el 0,7% tendrían algún tipo de conexión a internet, lo que demuestra las dificultades en el acceso a la información y servicios por parte de las instituciones de salud.

Figura 1: Distribución de la Población Indígena en el Departamento del Choco



Fuente: Instituto Geográfico Agustín Codazzi

Durante el año 2.021 la Asociación de Cabildos Indígenas de Caldas ACICAL ejecutó el Convenio de Asociación No. 303 de 2.021 con el Ministerio de Salud y Protección Social, en el cual se invitaron a los pueblos indígenas del Choco para que desde las bases territoriales, y de acuerdo a sus prácticas y conocimientos propios, recogieran los insumos necesarios para la construcción de los componentes de administración y gestión para el SISPI; dando así cumplimiento al mandato de la Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2.015.

El Equipo de trabajo del Choco estuvo en la línea 1 del proyecto que estuvo encargada de definir los lineamientos y contenidos técnicos para el diseño, conformación y transición de las estructuras propias en salud en el marco del SISPI.
Como principales conclusiones de este trabajo territorial sobre los lineamientos para las estructuras tenemos:

- El espacio de las estructuras debe permitir que la medicina ancestral sea considerada como principal en la atención
- El espacio debe permitir un servicio de calidad para la comunidad
- Las estructuras deben ser de carácter público
- El espacio debe mediar una comunicación fluida y traductores de ser necesario
- La estructura no debe cumplir normas de habilitación vigentes del Ministerio de Salud
- El espacio debería permitir la capacitación en medicina ancestral/ permitir la conciliación de transferencia de los conocimientos ancestrales.
- El espacio debe estar adecuado para prácticas de medicina ancestral y medicina alopática.
- El espacio debe permitir diferentes líneas de atención: Hierbateros, Jaibaná, Tonguero, Partera, Pega huesos, El que ve orines.
- El espacio deberá poder adaptarse a diferentes funciones y necesidades
- El proyecto debe revisar que insumos son necesarios para las prácticas que allá se llevaran a cabo y si requiere de almacenamiento.
- La estructura deberá tener un ritual de iniciación para poder ser usada.
- El espacio debe ser resultado de la co-creación con la comunidad: La construcción de la estructura debe ser por miembros de las respectivas comunidades con conocimientos en tambos.
- Las estructuras deben conservar elementos culturales, pero tener cosas en común para homogeneizar.
- Las estructuras deben tener un número mínimo y máximo de personas a albergar.
- La estructura o adecuaciones deben estar hechas de materiales disponibles para la comunidad: La estructura puede considerar Hojas de Palma, Madera proveniente de

guayacanes o Laureles, fibras como guasca y Zinc. Además, el diseño debe contemplar las cantidades de materiales a recolectar.

- La estructura o adecuaciones deben poder ser replicables por la comunidad
- Deben tener poco mantenimiento y ser durables en el tiempo, ser de calidad y bajo costo
- La estructura debería tener un acceso tipo rampa que permita el fácil ingreso de personas con problemas de movilidad o movilidad reducida.
- La estructura o adecuaciones deberá tener materiales resistentes a la intemperie o tener recubrimientos.

Posteriormente en el Año 2.022 se desarrollo el Convenio de Asociación No. 079 de 2.022 entre el Ministerio de Salud y la Organización Gobierno Ancestral en la cual se llegaron a las siguientes conclusiones sobre la construcción del SISPI:

- Es muy importante que todas nuestras comunidades trabajen en la construcción y actualización de los censos de población. Ha quedado claro que los datos del DANE no son reales y si nosotros no sabemos cuántos somos y que necesidades tenemos, nunca lograremos obtener los recursos necesarios para nuestros pueblos.
- También es muy importante que las comunidades, asociaciones y resguardos que tienen inconvenientes con el territorio los puedan solucionar. Estos inconvenientes generan inestabilidad a las comunidades, no permite que se pueda invertir en cultivos e infraestructura y siempre nos hará muy vulnerables.
- Debemos hacer entender al estado que muchas familias indígenas en el Choco han sido desplazadas por la violencia y por este motivo ha sido necesario la creación de nuevas comunidades.
- El conflicto armado no solo ha generado violencia, también ha lesionado y fracturado los territorios, ocasionando un daño en nuestra salud.
- Los indígenas del Choco estamos muy dispuestos a apoyar el diálogo entre los sabedores de la medicina ancestral y los representantes de la medicina occidental para llegar a acuerdos y complementar ambos saberes. El problema principal ha estado en el hecho de que la medicina occidental no ha querido aceptar nuestro saber ancestral.
- Actualmente los servicios de salud son mínimos o inexistentes. Las comunidades en la costa pacifica se han aumentado por la llegada de indígenas expulsados de otros territorios. Los servicios de medicina occidental se han empeorado, ya no vienen a las comunidades, y cuando los indígenas van al municipio, no hay una atención oportuna.

- En muchas ocasiones no hay médicos en el hospital, o solo hay uno y la atención se hace muy demorada.
- En las comunidades se ejerce nuestra medicina propia ancestral, pero no hay recursos para apoyarla. Es muy importante que el nuevo sistema de salud del SISPI destine recursos para apoyar a los sabedores ancestrales para que ejercen su medicina tradicional.
- Hay una propuesta para crear casas de cultura en donde los viejos se reúnan con los jóvenes y haya una transmisión oral de la cultura.
- Algunos resguardos solicitan, además de las estructuras de salud, que se construyan estructuras para cultura y arte. Se debe recuperar el concepto del TEARATE y construirlos en las comunidades.
- Es importantísimo conservar el conocimiento sobre las plantas medicinales. Casi todos los resguardos las tienen, pero en algunos están muy distantes y es necesario recuperarlas y que estén disponibles cerca a las comunidades.
- Con el correr de los años han llegado nuevas enfermedades. Es importante que también la medicina tradicional haga estudios y avance con los tratamientos para estas nuevas enfermedades.
- Sería muy bueno tener un laboratorio que permita preparar algunos medicamentos basados en hierbas.
- También existe un interés particular para crear una organización indígena, llámese universidad o escuela, en donde se imparta formación sobre medicina tradicional y que además sirva para certificar a las personas que se dedican a esta práctica como son los jaibana, hierbateros, tongueros, parteras, pega huesos.
- ¿Hay algunos aspectos que no fueron tocados en el taller y son muy importantes para el SISPI, como son el reconocimiento que debería hacerse a los sabedores de salud ancestral, en qué términos hacerlo? y como debe mantenerse la relación y diálogo con la medicina occidental, la cual en algunos momentos será necesaria para preservar nuestra salud.
- La ley del gobierno sobre la salud es muy buena y clara, pero en los territorios no se esta cumpliendo. Necesitamos que los organismos de control ejerzan su labor para controlar el cumplimiento de los servicios.
- El tema del territorio es muy importante cuando se habla de salud. En la costa pacifica hemos tenido muchos problemas con el territorio, porque nos lo han quitado, invadido, y despojado y todas estas actuaciones nos afectan la salud.

- Los servicios de salud en la cosa pacifica no tienen equipos para remitir pacientes por via fluvial, marítima ni aérea. Cuando tenemos un paciente grave nos toca llevarlo en nuestros botes, incluso por el mar, sometiéndonos a diferentes riesgos. Tampoco hay ambulancias aéreas, hay que esperar a que uno de los vuelos que llegan a nuqui pueda remitir a los pacientes.
- Los jóvenes han mostrado poco interés en recuperar la salud ancestral. Es importante que en este proyecto del SISPI se realicen talleres y trabajo con ellos para que recuperen este interés. Ahora solo quieren estar en el celular y con el internet.
- En ocasiones los religiosos han dicho que nuestro sistema de salud ancestral es cosa de brujería y de maldad, hay que explicar que no es así.
- La guerra nos ha traído muchas desarmonías, enfermedades y miedos. Es importante que el nuevo sistema de salud nos ayude a solucionar todos estos problemas.
- Una conclusión importante es que el nuevo sistema de salud debe estar directamente en los territorios indígenas, apoyando a las comunidades para que tengan un mejor vivir, que no estén fuera y lejos como el sistema occidental.
- El sistema de medicina tradicional también requiere recursos y dotaciones, no solo el sistema occidental.
- Los pueblos indígenas de la costa pacífica del choco estamos atentos a seguir en la dinámica de la construcción del modelo de salud.
- Es importante que el nuevo sistema de salud se convierta en una herramienta que permita que las organizaciones indígenas en el Choco se vuelvan a unir y no sigan fragmentándose. Eso es indispensable.

Hoy estamos participando en el nuevo convenio con el propósito de realizar la consulta previa sobre la reforma a la salud propuesta por el Gobierno Nacional y la incorporación del componente del SISPI

OBJETIVOS

Objetivo General

Realizar un proceso de consulta previa, libre e informada con los pueblos indígenas del Chocó y sus instituciones representativas, aunando esfuerzos técnicos, administrativos y financieros para garantizar el derecho fundamental a la consulta y consentimiento libre, previo e informado del proyecto de Ley de Reforma a la Salud, en lo que respecta a las medidas relacionadas con el derecho a la salud, el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI) y el sistema de salud, atendiendo lo dispuesto en los literales l, m y n del artículo 6 de la Ley 1751 de 2015.

Objetivos Específicos

1. Desarrollar proceso de planeación y preparación de la consulta previa, libre e informada de la MPC-CH en el marco de la reforma nacional a la salud (Elaborar el cronograma y plan operativo, la metodología e instrumentos, el plan de inversión, y la base de datos del talento humano del convenio).

2. Desarrollar jornadas de despliegue territorial en el Departamento del Chocó por parte del talento humano técnico y político de la MPC-CH

3. Desarrollar jornadas de sistematización, consolidación y síntesis de la información recolectada a nivel regional y nacional que conformarán la consulta previa libre e informada en el marco de la reforma nacional a la salud.

METODOLOGÍA

La metodología que se utilizará para este proceso de consulta, será participativo y de acción, lo primero participara activamente las autoridades locales y zonales, sabedores (as), parteras (os), jaibanas, yerbateros (as) tongueros (sabedores que solo diagnostican el esto de salud y el estado territorial), lo segundo, la acción implica el cambio que se quiere alcanzar en beneficio individual o de la colectividad, desde esta perspectiva se describe las estrategias o métodos que se aplicarán para lograr los objetivos a través del desarrollo de líneas de acción y actividades en el marco de tres fases así:

1. **La fase de alistamiento** (desarrolla proceso de planeación y preparación);
2. **La fase de ejecución** (desarrolla acciones y actividades en las líneas definidas en la planeación);
3. **La fase de consolidación y cierre** (sistematización, consolidación y síntesis de la información y productos).

A continuación, se describe cada una de ellas y a los objetivos que permitirán dar alcance.

1. *Fase de alistamiento*

Esta fase desarrollará todas las líneas de acción y actividad que permitirán dar alcance al objetivo específico 1: Desarrollar proceso de planeación y preparación de la consulta previa, libre e informada de la MPC-CH en el marco de la reforma nacional a la salud (Elaborar el cronograma y plan operativo, la metodología e instrumentos (cartilla informativa sobre la reforma a la salud nacional), el plan de inversión, y la base de datos del talento humano del convenio).

Descripción de la fase: La fase de alistamiento tendrá una duración de 3 semanas para planear y preparar la fase de ejecución. En primer lugar, se desarrollará la contratación del equipo de trabajo y talento humano necesario para la ejecución del convenio. Una vez contratado, corresponderá al equipo técnico construir el plan de operativo y cronograma, el documento metodológico y el plan de inversiones.

OBJETIVO 1.	ACTIVIDAD

Desarrollar proceso de planeación y preparación de la consulta previa, libre e informada de la MPC-CH en el marco de la reforma nacional a la salud (Elaborar el cronograma y plan operativo, la metodología e instrumentos (cartilla informativa sobre la reforma a la salud nacional), el plan de inversión, y la base de datos del talento humano del convenio).	Contratación del equipo de trabajo y el talento humano que se contratará para la ejecución del convenio.
	Construcción del plan operativo y cronograma de trabajo para el desarrollo del Convenio
	Construcción del documento metodológico y los instrumento técnico y operativos para la ejecución del convenio.
	Construcción del plan de inversión de los recursos del convenio durante el periodo de ejecución, conforme la estructura del presupuesto.

2. *Fase de ejecución*

Esta fase desarrollará todas las líneas de acción y actividad que permitirán dar alcance al objetivo específico 2: Desarrollar jornadas de despliegue territorial en el Departamento del Chocó por parte del talento humano técnico y político de la MPC-CH

La fase de ejecución tendrá una duración de siete (7) semanas de despliegue territorial. Donde participaran todas las comunidades indígenas inmersas en la MPC-CH. En concordancia con el despliegue territorial, se decidió organizar una (1) asamblea general de autoridades indígenas y seis (6) encuentros subregionales que tendrán una duración de tres (3) días, los cuales se han desarrollado como se muestra a continuación:

No.	Subregión	Municipios	Participantes	Fecha y Lugar Evento
1	Realizar una asamblea general en Quibdó con las autoridades indígena del departamento del Chocó para	Participación de todos los municipios del Departamento del Chocó	FEDEROREWA DAUBANA EYAPIDARA ASOKATIO ACIOKENDO ACIEKAB	16, 17 y 18 de Febrero de 2.024 Sede FEDEOREWA

	socializar, concertar y aprobar el documento metodológico, el plan de trabajo, y socializar la ruta de la consulta previa, libre e informada con los pueblos indígenas referente a la reforma a la salud que hará el gobierno nacional.		DROWANDRA ACIRQUQ ACIQ GOBIERNO ANCESTRAL ASOCATRÚ ASOCATRÚ ACIRPA CAMIMEBA Cabildo Mayor Purricha CAMIUPA CAMISCOP CAMATICOPN CAMADRID ASOREWA ASOREWA- Res. Indígena del 20. CABILDO MAYOR - ZONA 6 CAMIZOBAS CAMAEZON CAMIZOSBA CAMAIZA CAMAIRTAS CAMIZOKA WOUNDEKO ASOWOUNJ ASAIBA Asociación CAMAWA ASOWOUDACH AISBA JOOIN KHIRJUG ASCICH ASOWAP ATWOBAS	Quibdó - Chocó

			PUEBLO KATIO PUEBLO KATIO ZONA # 1 ZONA # 1 ZONA # 3 ZONA # 4 ZONA # 5 ACIPUC CRICH ASIAPAC ASIEDB ACIRDA	
2	Subregión del Pacífico Chocoano.	Juradó, Nuquí y Bahía Solano	ASAIJ ACTIVA CAMIZOBA ACIOQUENDO CAMATICOPN CAMIZCOP Comunidad Wounaan Teresita Central	21, 22 y 23 de Febrero de 2.024 Comunidad Indígena Nuqui Arriba Municipio de Nuquí
3	Subregión del Baudó	Alto, Medio y Bajo Baudó	ACIAPAC ACIABAE ACIABNA ACIEBDB ACIMEBA ACIEB DOBIDA ACIAB ZHARRA OICH ACENAB ACIRDU CAMAEZONB CAMIZOSBA	26, 27 y 28 de Febrero de 2.024 Comunidad Catrú Central Municipio del Alto Baudó

			CAMIRA CAMARPUB - PILIZA ASOREWA CATICH AIRCHPA CABILDO MAYOR DE CATRU CAMAEBA ACIRDA ATIRDA ACIRCAT ACIRJA ACIEKAB	
4	Subregión del Bajo Atrato- Darién Chocoano	Acandí, Unguía, Rio Sucio, Belén de Bajirá, Carmen del Darién	PENDIENTE	
5	Subregión del Medio y Alto Atrato	Carmen de Atrato, Bojayá, Quibdó, Beté, Rio Quito, Cantón de San Pablo, Bagadó, Unión Panamericana, Cértegui, Lloró	PENDIENTE	
6	Subregión del Oriente Chocoano	Sipí, Tadó, Nóvita, San José del Palmar, Rio Iró, Condoto	PENDIENTE	
7	Subregión del Medio y Bajo San Juan	Medio San Juan e Istmina.	PENDIENTE	

A continuación, se listan las actividades que corresponden a esta fase y su objetivo:

OBJETIVO 2	**ACTIVIDADES**
Desarrollar jornadas de despliegue territorial en el	Realizar una (1) asamblea general en Quibdó con las autoridades indígenas del departamento del Chocó para

Departamento del Chocó por parte del talento humano técnico y político de la MPC-CH	socializar, concertar y aprobar el documento metodológico, el plan de trabajo, y socializar la ruta de la consulta previa, libre e informada con los pueblos indígenas referente a la reforma a la salud que hará el gobierno nacional.
	Realizar un encuentro de consulta previa, libre e informada en el marco de la reforma nacional a la salud, en la Subregión del Pacífico (Comunidad Indígena Boca de Jagua- Nuquí)
	Realizar un encuentro de consulta previa, libre e informada en el marco de la reforma nacional de la salud, en la Subregión del Baudó (Catrú)
	Realizar un encuentro de consulta previa, libre e informada en el marco de la reforma nacional de la salud, en la Subregión del Bajo Atrato- Darién Chocoano (Isleta)
	Realizar un encuentro de consulta previa, libre e informada en el marco de la reforma nacional de la salud, en la Subregión del Medio y Alto Atrato (El 18)
	Realizar un encuentro de consulta previa, libre e informada en el marco de la reforma nacional de la salud, en la Subregión del Oriente Chocoano (Mondo)
	Realizar un encuentro de consulta previa, libre e informada en el marco de la reforma nacional de la salud, en la Subregión del Medio y Bajo San Juan (La Lerma)

3. *Fase de consolidación y cierre*

Esta fase desarrollará todas las líneas de acción y actividad que permitirán dar alcance al objetivo específico 3: Desarrollar jornadas de sistematización, consolidación y síntesis de la información recolectada a nivel regional y nacional que conformarán la consulta previa libre e informada en el marco de la reforma nacional a la salud.

La fase de consolidación y cierre tendrá una duración de dos (2) semanas en la que corresponderá al equipo técnico sistematizar, consolidar y sintetizar la información recogida en los seis (6) encuentros subregionales de la consulta previa libre e informada, y construir un documento de síntesis. Luego de construido, este documento será presentado y socializado a las organizaciones regionales, quienes constatarán la veracidad de la información allí plasmada y aprobarán el documento. Una vez concertado y aprobado el documento de síntesis, los delegados de la MPC-CH se encargarán de la protocolización del mismo ante el Ministerio de Salud.

OBJETIVO 3	ACTIVIDADES
Desarrollar jornadas de sistematización, consolidación y síntesis de la información recolectada a nivel regional y nacional que conformarán la consulta previa libre e informada en el marco de la reforma nacional a la salud.	Construir un documento de síntesis que consolide los insumos recolectados en los seis (6) encuentros subregionales de la consulta previa libre e informada.
	Socializar el documento de síntesis de la consulta previa libre e informada, con las organizaciones regionales para su aprobación.
	Protocolización ante el ministerio de salud por parte de los delegados de la MPC-CH del documento de síntesis de la consulta previa libre e informada.

RESULTADOS

Fase de Alistamiento

- La ejecución del proyecto se socializa con todas las organizaciones indígenas del departamento para así conformar un equipo de trabajo con la participación de todos. Se busca también la participación de algunos profesionales que apoyaran las actividades técnicas.
- Se construye y ejecuta un plan te visitas e intervenciones con una metodología que incluye una revisión documental del tema, un trabajo etnográfico en los territorios, la realización de plenarias con las comunidades que representen todos los sectores del departamento, y la conformación de grupos de discusión.

- Se construye un cronograma de actividades de ejecución con siete plenarias en los diferentes territorios las cuales ya fueron realizadas.
- Se estructura un plan de ejecución de recursos financiero del proyecto, el cual se socializa con las demás organizaciones y el Ministerio.
- Se diseña un material educativo sobre los aspectos mas relevantes de la reforma a la salud para entregar en los territorios.
- Esta fase de Alistamiento queda concluida en un 100%

<u>Fase de Ejecución</u>

- Se realizan tres de las siete plenarias en los diferentes territorios como se expresa en la metodología del proyecto:
    1. Municipio de Quibdó, la plenaria mas importante porque asisten tanto las comunidades de base que viven en la zona rural del municipio, como los representantes de todas las organizaciones indígenas del Departamento
    2. Municipio de Nuqui, asisten a la plenaria las comunidades de la costa pacífica.
    3. Municipio del Alto Baudó, asisten a la plenaria las comunidades del alto, medio y bajo Baudó
- Esta fase del proyecto se ha ejecutado en un 45 %

Fase de Consolidación y Cierre

- Esta fase se encuentra en desarrollo actualmente con una ejecución alrededor del 45 %
- Se están analizando las relatorías de cada una de las plenarias a través de las actas y relatorías
- Se esta construyendo el informe final, del cual podemos adelantar las siguientes conclusiones:

1. En realidad el SISPI siempre ha existido pero a través de ciertas preocupaciones de la organizaciones del nivel nacional y el movimiento indígena, mandataron una asamblea para construir un procesos alternativo para el buen vivir de los pueblos indígenas. La mesa coordinadora de salud para los pueblos indígenas y así nace la subcomisión de salud en el 2013 que es una rama de la MPC a nivel nacional que se ha encargado de hacer seguimiento y revisar cuidadosamente el tema de salud. En

ese proceso el departamento del Chocó ha venido participando y no ha sido ajeno al proceso. Entonces el SISPI es un tema que ya existe en el mundo indígena y acá se quiere documentar o materializar para lograr la exigencia al gobierno y mejorar la atención de los indígenas en el sistema de salud.

2. La subcomisión de salud trabaja el tema de la política pública de salud de los pueblos indígenas y como esos debe quedar inmerso en la reforma a la ley que está haciendo por parte del gobierno y también eso implica indagar por el SISPI. El modelo es una cosa y la política pública es otro cuento. En el modelo se estructura como es la atención de salud dentro de nuestras comunidades. Mientras que la política pública tiene que ver con la forma de atención a la salud desde el sistema a nivel nacional. Finalmente, dentro del alcance se menciona la importancia de llegar hasta los territorios, en el acuerdo se habla de despliegue territorial, los líderes a nivel regionales hablan de las comisiones. También habla del peligro de la pérdida del sistema propio de salud, y la paulatina desaparición de los sabedores ancestrales, por eso la importante y urgente tarea de este despliegue territorial.
3. Los problemas que se identifican en el sistema actual se concentran en una mala atención en salud, deficiente e inequitativa, oferta precaria y segmentada de servicios, baja disponibilidad y calidad de recurso humano y centralidad financiera que dificulta la resolución de problemas y el flujo de recursos.
4. Se resalta la importancia de nuestros médicos tradicionales. No se trata solo de un problema de salud, sino un problema espiritual. Por eso debemos darle espacio. Cualquier enfermedad va con lo occidental y lo tradicional. Eso es lo que tenemos que fortalecer. ¿Por qué se habla de reforma? Para el movimiento indígena no es reforma, es transformar el sistema occidental a lo propio, a lo de los nuestros. El médico occidental no sabe cómo cura un médico de nosotros. Se trata de cómo valorar lo propio, a nuestros sabios, reconocer el trabajo del Jaibaná, que se les pague dignamente al igual que a un médico occidental.
5. El SISPI debe estar conformado tanto por médicos tradicionales como médicos occidentales., debe esta las dos disciplinas de la sabiduría y el conocimiento. En algunos casos el Jaibaná y Yerbatero superan a los médicos occidentales. Algunas veces la partera sabe más que las enfermeras y los médicos. Se debe hablar de especialización de sabias y mujeres indígenas en niños. En los territorios de las comunidades indígenas deben crearse los Centros de Sanación Territorial y Espiritual. Algo que sea más amplio para que confluya la atención integral. Donde tengan su infraestructura, sus plantas medicinales, sus farmacias. Donde se pueda trabajar con los conocimientos propios de manera colegiadas. Así como se hacen los

programas de prevención a través de la medicina tradicional con plantas y medicina tradicionales. Sanación territorial y espiritual.

6. El modelo de los promotores de salud que existía anteriormente se desapareció, eso no debió ocurrir. Debemos volver a tener un sistema que incluya los promotores rurales de salud para que visiten las comunidades rurales y se incluya a esta población en la atención.
7. Los pueblos indígenas deben reclamar la participación en los diferentes estamentos del país, en los cuales nunca nos han tenido en cuenta como son las autoridades del medio ambiente, educación, salud, infraestructura y defensa.
8. Se realiza una reflexión sobre la atención diferencial del SISPI. . No es que nosotros nos enfermemos de patologías que no tienen las Afros, sino se trata de decidir cómo queremos que nos atienda, quienes deben ser partícipes, como debe ser la atención en salud pública, cuáles son las enfermedades de interés público como la diabetes, la tensión y los problemas renales. Dice que hay enfermedades que antes no teníamos pero ahora sí, nacen niños hasta con hemofilia y naciendo cáncer. Cosa que uno no veía ahora ya lo vemos y uno como persona de la salud se queda aterrada. Esto no debería ser para largo plazo, la salud debe ser a corto plazo y requiere compromiso con nosotros mismos, como autoridades. Por eso es fundamental la participación. El departamento tiene 565 comunidades y todas esas autoridades deben ser partícipes de este proceso.
9. Necesitamos que nuestro conocimiento medicinal se valore. Hoy no se permite el jaibaná en los centros de salud. Se rechaza porque no se respeta nuestra sabiduría ancestral. Hoy queremos que se articule el conocimiento occidental con el conocimiento ancestral que se apoyen y se complementen. Y se busca a través de la aprobación del decreto que el gobierno inyecte recursos para la atención de la salud de los indígenas en Colombia.
10. La interculturalidad se trata de fortalecer lo propio, integrar lo accidental a lo nuestro cuando nos fortalece, no para desaparecer lo nuestro. Entonces se trata de construir, ¿Cómo hacemos valer a nivel nacional lo nuestro? ¿Cómo queremos que nos atiendan y que eso tenga el mismo valor económico? ¿Cómo hacer valer lo nuestro? l documento busca precisamente eso: la protección, fortalecimiento y revitalización de esos conocimientos que se están quedando en el olvido.
11. Para que la construcción del SISPI en nuestro territorio concluya satisfactoriamente, debe haber una continuidad en los equipos que están trabajando en el. Si cada vez que hay un nuevo convenio aparecen personas diferentes, se hace un retroceso que afecta el desarrollo.

12. El dialogo o relacionamiento entre los saberes ancestrales y modernos debe tener un lineamiento claro que haga respetar por igual todos los conocimientos.
13. Se deben conformar escuelas de saber ancestral para retomar y empoderar a los pueblos indígenas de sus saberes. Estas escuelas también deben formarnos en asuntos administrativos porque algunos de nosotros tendremos que administrar los recursos del sistema.
14. Se debe fortalecer el uso de plantas medicinales, las cuales pueden complementarse con algunos medicamentos del mundo occidental. La idea no es que se peleen estos conocimientos, si no que se complementen y permitan la recuperación de la armonía.
15. Todas estas actividades del SISPI también nos debe ayudar a recuperar nuestra lengua. Hay mucho conocimiento en salud que solo esta disponible en nuestras lenguas maternas.
16. La mujer tiene que tener una representación importante como sabedora de nuestra cultura; no solo desde la partería como se ha reconocido hasta ahora, si no en la armonización del territorio y en la crianza de nuestros hijos.
17. Es definitivamente importante que se articule el conocimiento occidental con el conocimiento ancestral, que se apoyen y se complementen. El SISPI tiene el termino de interculturalidad, la interculturalidad se trata de fortalecer lo propio, integrar lo accidental a lo nuestro cuando nos fortalece, no para desaparecer lo nuestro. Entonces se trata de construir los criterios de interculturalidad para que haya una buena atención en salud, de manera que el conocimiento de la medicina occidental sea un aporte en la solución de la salud indígena y viceversa también con la medicina ancestral.
18. Lo que si esta muy claro es que el sistema SISPI debe respetar la cosmogonía y autonomía de cada etnia indígena que habita el departamento del Choco. Esta iniciativa debe ser muy respetuosa y además, convertirse en un punto de unión entre las diferentes etnias y no en un punto de discordia.
19. Hay muchos conocimientos nuestros que pueden interesar a las grandes empresas de la salud occidental. Como lo vamos a manejar. Debemos tener mucho cuidado en no dejar que se aprovechen de nuestros conocimientos ancestrales con fines económicos. Es necesario profundizar en los temas de propiedad intelectual.
20. Es necesario construir un sistema de información en salud indígena independiente del sistema del ministerio de salud. Tenemos que tener claridad sobre nuestros datos de censo, enfermedades, sabedores, etc.

BIBLIOGRAFIA

Ardón, N., Hernández, A., y Sáenz, J. (2011). *Sistema de salud de las comunidades indígenas y negras de Colombia 1992 – 1996*. Universidad Pontificia Javeriana. http://www.banrepcultural.org/blaavirtual/geografia/geofraf1/sistema1.htm

Baruzzi, R.G., Barros, V.L., Rodrigues, D., Souza, A.L., Pagliaro, H. (2001). Health and disease among Panará (Kreen-Akarôre) Indians in Central Brazil after twenty-five years of contact with our world, with an emphasis on tuberculosis. *Cad Saude Publica, 17*(2), 407-412.

Christopher, M. & López, A. (2002). *Informe sobre la salud en el mundo 2002: reducir los riesgos y promover una vida sana.* Organización Mundial de la Salud –OMS. http://www.who.int/entity/whr/2002/en/whr02_es.pdf

Departamento Nacional de Planeación-Dirección de Desarrollo Territorial Sostenible. (2004). *Información cobre acciones y procesos institucionales para los pueblos indígenas de Colombia*. DNP.

Duque-Páramo, M.C. (2011). *Sistemas tradicionales de salud en comunidades indígenas colombianas*. Universidad Pontificia Javeriana http://javeriana.academia.edu/Mar%C3%ADaClaudiaDuqueP%C3%A1ramo/Talks/34233/Sistemas_tradicionales_de_salud_en_comunidades_indigenas_colombiana

Romero-Sandoval, N.C., Flores-Carrera, O.F., Sánchez-Pérez, H.J., Sánchez-Pérez, I., Mateo, M.M. (2007). Pulmonary tuberculosis in an indigenous community in the mountains of Ecuador. *Int J Tuberc Lung Dis., 11*(5), 550-555.

Gómez-Restrepo, C., Rincón, C. J., & Urrego-Mendoza, Z. (2016). Salud mental, sufrimiento emocional, problemas y trastornos mentales de indígenas colombianos. Datos de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. *Revista colombiana de psiquiatría, 45*, 119-126.

Hernández Sarmiento JM, Martínez Sánchez L, and Rubiano Varela M. Ancestral Medicine and Modern Medicine Care Center (CASAMA). Social Innovations Journal. Vol. 9 (2.021)

Hernández-Sarmiento, JM, Jaramillo-Jaramillo, L., Roldan-Tabares, M., Calle-Estrada, M., Ospina-Jiménez, M., & Martínez-Sánchez, L. (2021). Formación en hábitos saludables a líderes de la comuna nueve de Montería: Problemas de salud comunitaria y su percepción. Salutem Scientia Spiritus, 7(1), 14-20. https://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/salutemscientiaspiritus/article/view/2370

Hernandez Sarmiento JM, Calle Estrada M, Ospina Jimenez M, Herrera Almanza L, Roldan Tabares M, Martínez Sanchez L, Enfoque Intercultural de Salud en la Población Indígena que vive en territorio Colombiano. Revista Facultad Ciencias de la Salud Universidad del Cauca. Vol. 23 No. 1 /Enero 2021

Hernández-Sarmiento JM, Jaramillo-Jaramillo L, Villegas-Alzate J, Alvarez-Hernández L, Roldan-Tabares M, Ruiz-Mejía C, Calle-Estrada M, Ospina-Jiménez M, Martínez-Sánchez L. La Educación en Salud como una Importante Estrategia de Promoción y Prevención. Archivos de Medicina. Volumen 20 No. 2 Jul – Dic de 2.020

Hernández-Sarmiento JM. La educación como herramienta para disminuir la inseguridad alimentaria en comunidades emberá del Chocó. Revista Q/Volumen 11/ No. 22/ Enero – Diciembre 2020

Hernandez Sarmiento JM, Calle Estrada M, Ospina Jimenez M, Herrera Almanza L, Roldan Tabares, Álvarez-Hernández L M, Martínez Sánchez L. Piraguas Medicinales: Una propuesta de educación en salud para comunidades indígenas colombianas. Rev. Ciencias Sociales 169: 105-122 / 2020 (III)

Rubiano Varela. Ancestral Medicine and Modern Medicine Care Center (CASAMA). Social Innovations Journal. Vol. 9 (2.021)

Martínez Sanchez L, Hernández Sarmiento JM, Pérez Arias S, Ospina Jimenes MC, Calle Estrada MC. Percepción de los promotores de salud indígenas sobre el estado de salud de sus comunidades, Chocó – Colombia. Salutem Scientia Spiritus. Vol 9, Numero 3, 15 – 18, Julio – Septiembre 2.023

Marín, R. (2008). Cómo hacer radio sobre estilos de vida saludables. Proyecto Plan de Formación en Radio Comunitaria. Ministerio de Comunicaciones.

Ministerio del Interior de Colombia. (2014). *Decreto SISPI Número 1953 del 7 de Octubre del año 2014.*

Ministerio de Salud y Protección Social Colombia. (2007). *Decreto Número 1848 del 8 de Noviembre de 2017*

Ministerio de Salud y Protección Social Colombia. (2005). *Situación de salud en Colombia, indicadores básicos.* OPS

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Modelo Integral de Atención en Salud MIAS.* Bogotá

Montoya, E. M., López, J. M., Cristancho, S., Valencia, M. C., Montero, O. D., & Hernández, D. M. (2020). Aproximación a la concepción de la salud mental para los pueblos indígenas de Colombia. *Ciência & Saúde Coletiva, 25*, 1157-1166.

Osorio, A. (2021). *Sentidos subjetivos y sentido de comunidad: interrogación a las nociones de salud mental en el modelo tradicional indígena y el modelo occidental* (Doctoral dissertation, Universidad Católica de Pereira).

Rojas, W., Botero, S., y García, H. (2001). An integrated malaria control program with community participation on the Pacific coast of Colombia. *Cadernos Saude Publica, 17*(Suplemento), 103-113.

Salazar, E., Duque, M.C. (2011). *Características del cuidado a las personas en los procesos de salud y enfermedad. Comunidades indígenas y afroamericanas visitadas por la gran expedición humana.* Universidad Pontificia Javeriana http://www.banrepcultural.org/blaavirtual/geografia/geofraf1/caracte1.htm

Uribe, M. y Martha, E. (2010). *Promoción de la salud y prevención de la enfermedad: promoción de estilos de vida saludable y factores protectores de discapacidad*. Secretaría de Salud. Alcaldía de Santiago de Cali. http://www.cali.gov.co/publicaciones.php?id=3428

Vives, I., y Annia, E. (2007). Estilo de vida saludable: puntos de vista para una opción actual y necesaria. *Revista Electrónica PsicologíaCientífica.com.* http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-307-1-estilo-de-vida-saludable-puntosde-vista-para-una-opcion-actual-y-necesaria.html

WHO. (2004). *Comparative Quantification of Health Risks: Global and Regional Burden of Disease Attributable to Select Major Risk Factors.* World Health Organization -WHO. http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/cra/en/index.html