PRODUCTO NO 5. CONSOLIDADO DE MATERIAL ESTRATEGIA DE INFORMACIÓN Y DIVULGACIÓN DESARROLLADO.

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre de la Entidad u Organización Indígena	ORGANIZACIÓN GOBIERNO ANCESTRAL
Ubicación.	Departamento del Choco / 28 municipios
Etnia (pueblos)	Embera Dóbida, Embera Katio, Embera Chami, Wounaan y Dule
Población Indígena beneficiaria	Comunidades indígenas Embera del departamento del Chocó, afiliadas a las organizaciones representadas por las organizaciones regionales del Chocó: Fedeorewa, Asorewa, Pueblo Katio, Gobierno Ancestral, OICh y CRICH, Wondeko
Municipio (municipios)	Municipios de: 1.Quibdó, 2. Acandí, 3. Alto Baudó, 4. medio san juan, 5. Bagadó, 6. Bahía Solano, 7. Bajo Baudó, 8. Bojayá, 9. Cantón de San Pablo, 10. Carmen del Darién, 11.Cértegui, 12. Condoto, 13.Carmen de Atrato, 14. Istmina, 15. Juradó, 16. Lloró, 17. Medio Atrato, 18. Medio Baudó, 19.Nóvita, 20.Nuquí, 21.Río Iró, 22. Rio Quito, 23. Riosucio, 24. San José del Palmar, 25. Sipí, 26.Tadó, 27. Unguía, 28. Unión Panamericana, 29, medio san juan, 30 bajo san juan.
Departamento	Chocó.

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.

OBJETIVO ESPECIFICO

1. Desarrollar el despliegue territorial con material estratégico para la consulta previa libre e informada en el marco de la reforma nacional a la salud que se realizó con las comunidades indígenas en el Departamento del Chocó.

Estrategias informativas

Las estrategias que se utilizaron para este proceso de consulta, fue participativo y de acción, primero participaron activamente las autoridades locales y zonales, sabedores (as), parteras (os), jaibanas, yerbateros (as) tongueros (sabedores que solo diagnostican el estado de salud y el estado territorial), lo segundo, la acción implicó el cambio que se quizó alcanzar en beneficio individual o de la colectividad, desde esta perspectiva se describe las estrategias o métodos que se aplicaron para lograr los objetivos a través del desarrollo de líneas de acción y actividades en el marco de la fase fase de ejecución desarrollada durante el despliegue territorial;

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

Preguntas orientadoras:

1. Estructuras de gobierno propio en salud.

1. ¿Cuáles son las funciones del gobierno indígena en el desarrollo y aplicación del SISPI?
2. ¿Como generar continuidad en el proceso de construcción del SISPI?
3. ¿Como fortalecer los procesos organizativos con el SISPI? y no generar crisis en nuestros territorios.
4. ¿Como controlar la operatividad y funcionamiento de nuestras autoridades espirituales y medicas? (Mecanismos de vigilancia y control)
5. ¿Como vincular la defensa y protección territorial en el SISPI?

2. Estructuras de la sabiduría ancestral.

1. ¿Como ponemos en dialogo los saberes ancestrales con los saberes del mundo occidental para una buena atención de salud intercultural?
2. ¿Qué saberes ancestrales se debe valorar y apropiar para la atención en salud intercultural?
3. ¿Como atender la desarmonización espiritual (suicidio) en los territorios indígenas?

4. ¿Qué elementos de la medicina ancestral se debe fortalecer? ¿Cómo se valora esos elementos en la antención de la salud intercultural?

3. Estructuras para la formación, capacitación y uso del conocimiento.

1. ¿En qué se saberes se debe formar a nuestro pueblo para la implementación del SISPI?
2. ¿Qué tipo de investigación debería promover el SISPI para salva guardar la sabiduría ancestral?
3. ¿Cómo se protege la sabiduría ancestral de los sabios y las sabias indígenas en la implementación del SISPI ?
4. ¿Qué estrategias se deben construir para sostener las plantas medicinales en los territorios?

4. Estructuras para la administración y gestión.

1. ¿De acuerdo con nuestra cosmovisión, ¿Cómo cree que pude ser la estructura de la operatividad del sistema indígena de salud propio e intercultural SISPI? (construimos nuestro modelo de salud propi indígena por pueblo o como pueblo indígena del choco, su estructura)
2. ¿Quiénes pueden operar el SISPI en los territorios?
3. ¿Considera necesario construir la EPS indígena o que otro nombre le podíamos dar y como la construiríamos?
4. ¿Cómo consideran ustedes que puede ser las infraestructuras de salud propia en los territorios?
5. ¿Cómo se valora y se reconoce el trabajo de los sabios y sabias en la estructura del SISPI, de manera que permita mantener las prácticas culturales y espirituales de las sabidurías ancestrales?
6. ¿Cuáles son los criterios y cualidades para la selección de sabios y sabias para el fortalecimiento de la salud indígena?
7. ¿Hasta dónde es necesario generar base de datos de población censal para la atención de la salud y que estrategia utilizamos?
8. ¿Quiénes hacen el control, vigilancia, seguimiento y acompañamiento a la operatividad y financiación, desde el gobierno propio?

4. Estructuras del cuidado de la salud propia e intercultural.

1. ¿Cómo queremos la atención de la salud de los pueblos indígenas del Chocó, en lo preventivo, predictivo y resolutivo?
    a. ¿Desde nuestra cosmovisión, que otro modelo de salud a demás con enfoque preventivo, predictivo y resolutivo, se puede desarrollar o implementar en nuestro territorio?
2. ¿Qué elementos se debe tener presente en la sanación territorial y espiritual?
3. ¿Qué estrategias se debe construir para la transformar de materia prima para la conservación

y fortalecimiento de la medicina ancestral?

Presentaciones:



SUBCOMISIÓN DE SALUD
MESA PERAMANENTE DE CONCERTACIÓN MPC

Decreto 1973 de 2013



1. Ruta de consulta previa libre e informada reforma a la salud







PROPUESTA DE RUTA Y CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA EL DESPLIEGUE TERRITORIAL EN EL MARCO DE LA CONSULTA PREVIA LIBRE E INFORMADA DE LA REFORMA A LA SALUD

RUTA PROPUESTA CPLI

PRECONSULTA 13 - 19 DICIEMBRE 2023

REVISIÓN : CONTENIDOS METODOLÓGICOS

- **Mesa técnica 1:** (Espacio conjunto con Gobierno) – 14 y 15 de diciembre.
- **Mesa Técnica 2:** (Espacio Autónomo con equipos técnicos de las Organizaciones – 16 y 17 de diciembre.

PRECONSULTA 20 - 23 DE DICIEMBRE DE 2023

SESIÓN AMPLIADA

- Metodología, cierre de preconsulta, protocolización de la Consulta Previa, Libre e infrmada.
- 21 diciembre (Espacio Autónomo)
- 22 diciembre Sesión ampliada Subcomisión de Salud - MPC

CONSULTA ENERO- FEBRERO DE 2024

DESPLIEGUE TERRITORIAL 2 MESES

- **Unificación de técnica** - 1 al 15 de marzo de 2024
- **Unificación de organizaciones** - 17 al 23 de marzo de 2024
- **Congreso Nacional de Salud** - 26 al 30 de marzo de 2024
- **Protocolización:** 30 de marzo de 2024 – Cierre de consulta, protocolización e instalación de la pos-consulta

POSCONSULTA 30 DE MARZO DE 2024

INSTALACIÓN POSCONSULTA

- 30 de marzo de 2024 Instalación de la posconsulta. Seguimiento, monitoreo, expedición del decreto.

2. Documento base SISPI







2.1. Antecedentes proceso de construcción del documento SISPI 2010 -2023







Contenido del Documento

CAPÍTULO I: CONTEXTO GENERAL

1. Contexto de los pueblos y comunidades indígenas
2. Condiciones de salud e identificación de necesidades en los territorios
3. Antecedentes: camino recorrido en la construcción del SISPI:
    - 3.1. Desarrollos propios hasta la constitución política de 1991 y la ley 100 de 1993
    - 3.2. Sistema indígena de salud propio e intercultural “SISPI” y construcción conjunta
4. Referente normativo

Contenido del Documento

CAPÍTULO II: SISTEMA INDÍGENA DE SALUD PROPIO E INTERCULTURAL

5. Principios

6. Conceptos orientadores del SISPI

7. Enfoques

8. Desarrollo de los componentes del sistema indígena de salud propio e intercultural “SISPI”

Contenido del Documento

CAPÍTULO III: OPERATIVIDAD DEL SISTEMA INDÍGENA DE SALUD PROPIO E INTERCULTURAL SISPI

9. Modelos de cuidado de la salud

10. Estructuras propias para garantizar la operatividad del modelo

11. Sistemas de información

12. Financiamiento y sostenibilidad del modelo de cuidado

13. Certificación de los territorios para la implementación del modelo de cuidado.

14. Actores y sus responsabilidades en el sistema

Contenido del Documento

CAPÍTULO IV SEGUIMIENTO, EVALUACIÓN Y CONTROL

¿QUÉ SE PROPONE LLEVAR AL DESPLIEGUE TERRITORIAL DE LA CONSULTA PREVIA?

✓ Principios

✓Conceptos orientadores del SISPI

✓Enfoques

✓Desarrollo de los componentes del sistema indígena de salud propio e intercultural “SISPI”

✓Actores y sus responsabilidades en el sistema (Instancia Nacional de direccionamiento del SISPI)

✓Seguimiento, evaluación y control (Mecanismos propios para la implementación, seguimiento, evaluación y control del sistema)

3. Proyecto decreto Ley SISPI





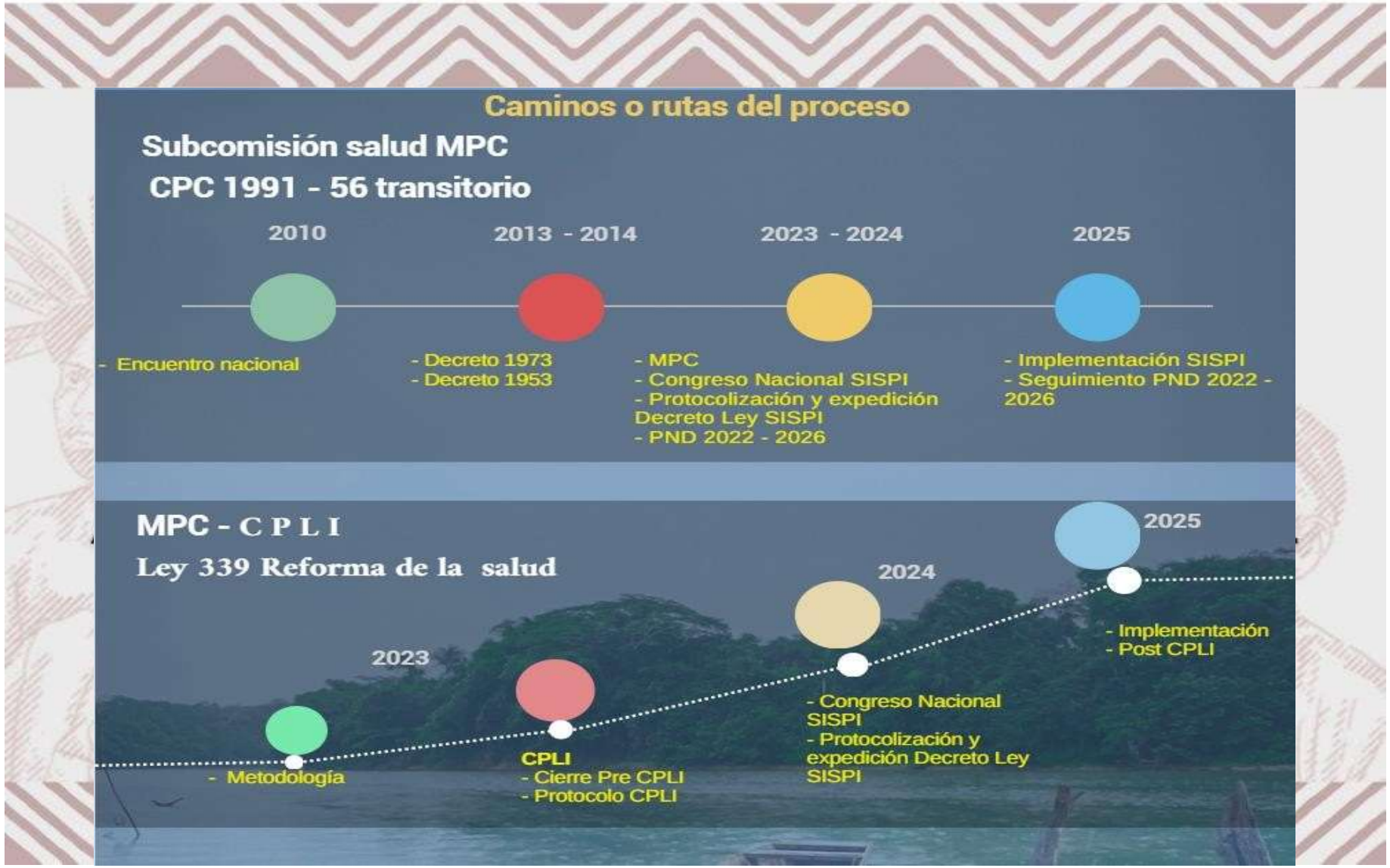


4. Proyecto de reforma Ley 339








Caminos o rutas del proceso
Subcomisión salud MPC
CPC 1991 - 56 transitorio
2010
2013 - 2014
2023 - 2024
2025
- Encuentro nacional
- Decreto 1973
- Decreto 1953
- MPC
- Congreso Nacional SISPI
- Protocolización y expedición Decreto Ley SISPI
- PND 2022 - 2026
- Implementación SISPI
- Seguimiento PND 2022 - 2026
MPC - C P L I
Ley 339 Reforma de la salud
2023
2024
2025
- Metodología
CPLI
- Cierre Pre CPLI
- Protocolo CPLI
- Congreso Nacional SISPI
- Protocolización y expedición Decreto Ley SISPI
- Implementación
- Post CPLI

CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA SOCIAL

Artículo 10. Estructura y funciones de los Centros de Atención Primaria en Salud - CAPS.

Literal c: Realizar la prestación de los servicios de salud individuales y colectivos en el marco de la atención primaria en salud, la cual podrá incluir las medicinas alternativas, complementarias, saberes ancestrales y aquellos **asociados a la salud mental** autorizados por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Literal h: Asegurar la **pertinencia sociocultural** de los servicios de salud a las necesidades, situaciones y condiciones diferenciales de las poblaciones y territorios.

Responsabilidades: a. Gestionar la información relacionada con las condiciones de salud de la población, teniendo en cuenta los enfoques diferenciales y de género.

Artículo 11. Equipos de salud territorial.

Artículo 11. Equipos de salud territorial. Los equipos de salud territorial son **grupos interdisciplinarios** conformados por personas con **perfiles comunitarios**, técnicos, profesionales y especializados para el cuidado integral de la salud de las personas, familias y comunidades de manera permanente,

Cada equipo tendrá a cargo un grupo de familias en un determinado territorio, donde el número de familias variará según condiciones de dispersión geográfica, ruralidad, aspectos socio culturales, ambientales, demográficas, entre otros. **La conformación y perfiles de los equipos responderá a las características y necesidades en salud identificadas en las comunidades y familias.**

Servicios y tecnologías de salud

Artículo 19. Servicios y tecnologías de salud en el Modelo Preventivo, Predictivo y Resolutivo. El Modelo de salud prevé los servicios y tecnologías de salud que responden a las necesidades de las personas, familias y comunidades desde la promoción de la salud hasta los cuidados paliativos, de manera integrada e interdependiente y que se adecuarán según género, etnia, curso de vida, discapacidad u otras condiciones poblacionales y territoriales.

Los servicios y tecnologías de salud comprenden los usados en la prestación de servicios de salud, y los sistemas organizativos y de soporte con los que se presta la atención en salud y las capacidades del talento humano requerido, para garantizar su disponibilidad y mejorar su acceso. **Incluye medicinas y terapias alternativas y complementarias, formas propias de cuidado y salud popular, campesinas, étnicas, interculturales, tradicionales, y ancestrales, de acuerdo con la normativa vigente**.

Consejo Nacional de Salud

Artículo 31. Consejo Nacional de Salud. Créase el Consejo Nacional de Salud como instancia de dirección del Sistema de Salud, adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social, que tendrá a cargo la concertación de iniciativas en materia de política pública de salud, presentar iniciativas normativas de carácter reglamentario, evaluar y generar informes periódicos sobre el funcionamiento del Sistema de Salud.

El Consejo Nacional de Salud estará conformado por seis (6) representantes del Gobierno Nacional: el Ministro de Salud y Protección Social, quien lo presidirá; el Ministro de Hacienda y Crédito Público; el Ministro del Trabajo; el Ministro de Ambiente y Desarrollo Sostenible; el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación, el Director de Planeación Nacional y un {1} representante de los gobiernos territoriales.

Igualmente **se dará representación** en la conformación del Consejo a los siguientes estamentos: 1. Trabajadores 2. Organizaciones representativas de los profesionales de la salud. 3. Pacientes 4. Academia, facultades y escuelas de salud 5. Empresarios **6. Grupos étnicos, campesinos y víctimas del conflicto armado**

Comisiones Intersectoriales Departamentales, Distritales y Municipales de Determinantes Sociales de Salud y Salud Publica

Artículo 30. Comisiones Intersectoriales Departamentales, Distritales y Municipales de Determinantes Sociales de Salud y Salud Publica. Los **Gobernadores y Alcaldes** conformarán la Comisión Intersectorial de Determinantes Sociales de Salud y Salud Pública en el ámbito de su jurisdicción, dentro de los seis meses siguientes a la vigencia

Consejos Territoriales de Salud

Artículo 33. Consejos Territoriales de Salud. Los Consejos Territoriales de Salud tendrán una composición similar en sus funciones e integrantes al Consejo Nacional de Salud, teniendo en cuenta las particularidades del territorio correspondiente y los enfoques diferencial y género, y contará con un (l) representante de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) de naturaleza pública, mixta o privada. Se procurará la paridad de género en su conformación.

El Consejo Departamental, Distrito! y municipal de Salud **participará en la construcción del Plan Territorial de Salud con enfoque intersectorial, diferencial y participativo**, así como el monitoreo y seguimiento trimestral de las actividades y recursos ejecutados, objetivos y metas alcanzadas.

Artículo 41. Órganos de dirección y administración de las ISE.

La dirección y administración de las Instituciones de Salud del Estado - ISE, estará a cargo de un Consejo Directivo y de un director.

El Consejo Directivo de las Instituciones de Salud del Estado- ISE del orden territorial estará integrado de la siguiente manera:

1. El jefe de la administración departamental, distrital o municipal, o su delegado, quien la presidirá.
2. El director territorial de salud de la entidad territorial departamental, distrito! o municipal o su delegado.
3. **Un {1) representante de las comunidades,** designado por las alianzas o asociaciones legalmente establecidas, mediante convocatoria realizada por parte de la Dirección Departamental, Distrital o Municipal de Salud.
4. Dos (2) representantes de los trabajadores de la salud de la institución, uno administrativo y uno asistencial, elegidos por voto secreto.

Plan Nacional de Equipamiento en Salud

Artículo 47. **Plan Nacional de Equipamiento en Salud**. El Ministerio de Salud y Protección Social estructurará un Plan decena! de Equipamiento y dotación en Salud con criterios de equidad regional, con la participación de las Direcciones Territoriales de Salud, quienes deberán presentar los **planes de inversión en infraestructura y dotación**, en concordancia con los planes de desarrollo y ordenamiento territorial

Artículo 105. Becas de matrícula para formación pregradual y posgradual de profesionales de salud, en áreas médico quirúrgicas y de salud pública. Con el fin de aumentar la oferta de profesionales de salud y especialistas médico-quirúrgicas, posgrados en salud pública y el gobierno creará un programa de becas para cubrir los costos académicos que se distribuirá en el caso de pregrado en las instituciones de educación superior pública que aumentan los cupos en programas de salud y en el caso de posgrado entre los profesionales de medicina, enfermería y otras profesiones del sector salud.

Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá la forma de **asignación de los cupos para becas**, teniendo en cuenta instrumentos que consideren la distribución regional, la participación por instituciones de educación superior y los cupos por especialidades médico quirúrgicas y oferta de programas pregraduales, posgraduales de salud pública para el país. **Se priorizará a estudiantes y profesionales de la salud provenientes de municipios PDET y ZOMAC, y los municipios de las categorías 4, 5 y 6, como también a las víctimas del conflicto armado**, garantizando equidad regional para que haya mayor acceso a profesionales de regiones apartadas.

-No nombra los grupos étnicos o indígenas

Artículo 63. Manejo y Destinaciones de los demás recursos del **Fondo Único Público de Salud.** Los demás recursos que financian el sistema de salud y que están integrados en el Fondo único Público de Salud, harán unidad de caja y deberán presupuestarse por conceptos, entre otros, para los siguientes usos: 1. El pago de los servicios de mediana y alta complejidad, prestados por las instituciones prestadoras de servicios de salud hospitalarios y ambulatorios de naturaleza pública, privada y mixta, que harán parte de la red de servicios en cada región.

2. El pago de las incapacidades y licencias de maternidad y paternidad.

3. El financiamiento de los servicios de salud para enfermedades raras o huérfanas y su prevención, diagnóstico y manejo.

4. El financiamiento de los programas de formación e investigación en salud.

5. La constitución de un fondo para la atención de catástrofes y epidemias.
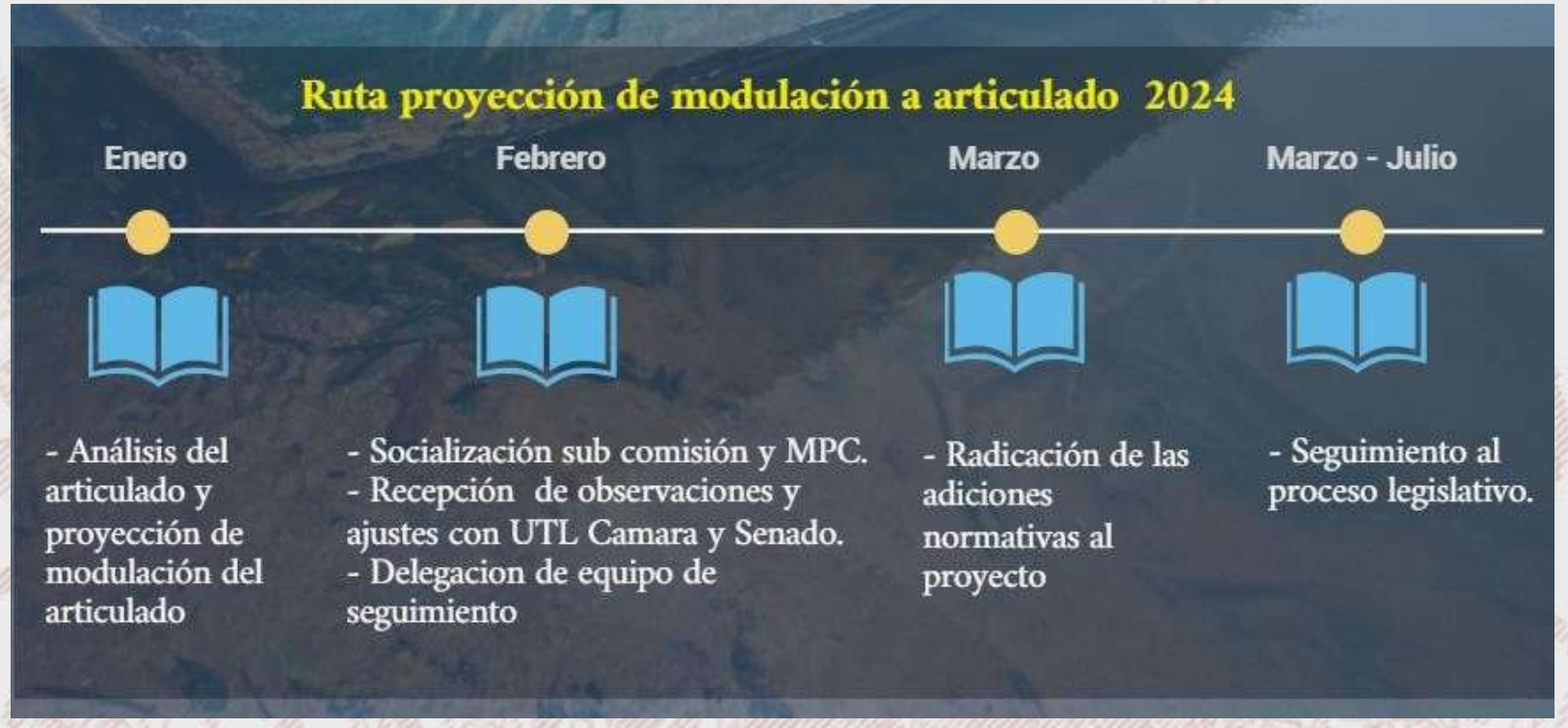
6. El pago de la atención en salud e indemnizaciones que, a la entrada en vigencia de la presente ley, se deban reconocer por el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito, sin perjuicio de las obligaciones que les competen en dichos reconocimientos a las empresas aseguradoras.

7. Las demás obligaciones que correspondan a destinaciones específicas, definidas en las leyes que las establecieron.


Ejes estructurales
- Estructuras operativas propias
- Aseguramiento
- Financiación
- Coordinación
- Sistemas de Información
- Seguimiento, evaluación y control
- Modelo predictivo, preventivo y resolutivo
- CAPS
- SISPI - Modelos
-IVC
Artículos y propuestas aditivas al texto de PYL
- 9 (...) CAPS ... o especial indígena
- 31 (...) Grupos étnicos
- 36 (...) o por las autoridades indígenas en los términos de los artículos 329 y 56 transitorio de la Constitución…
-49 (...) o especial indígena…
- 60 (...) considerando el sistema especial indígena.
- 61 (...) y especial indígena
- 62 (...) y especial indígena
- 122 (...) CPLI

ADITIVA. ART. 9. INCISO PRIMERO

Artículo 9. Centro de Atención Primaria en Salud. El Centro de Atención Primaria en Salud (CAPS) es la unidad polifuncional, de carácter público, privado, mixto ***o especial indígena***, de base territorial de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud; junto con los equipos de salud territoriales se constituyen en la puerta de entrada de la población al sistema de salud. Todos los CAPS de naturaleza pública, privada, mixta ***o especial indígena***, serán financiados por oferta.


Ruta proyección de modulación a articulado 2024
Enero
Febrero
Marzo
Marzo - Julio
- Análisis del articulado y proyección de modulación del articulado
- Socialización sub comisión y MPC.
- Recepción de observaciones y ajustes con UTL Camara y Senado.
- Delegacion de equipo de seguimiento
- Radicación de las adiciones normativas al proyecto
- Seguimiento al proceso legislativo.

5. Aseguramiento







PRINCIPIOS (Según ley 339)

1 PROTECCIÓN PÚBLICA

2 UNIVERSAL

3 EFICIENTE

4 SOLIDARIA

5 ÚNICA

ASEGURAMIENTO EN LA LEY 339 DE 2023

Artículo 2. Aseguramiento social en salud. El aseguramiento social en salud es entendido como la protección pública, única, universal, eficiente y solidaria para la garantía del derecho fundamental a la salud de toda la población. Para tal efecto, desarrolla los medios, fuentes de financiamiento, la mancomunación de los recursos financieros del sistema de salud, con criterios de equidad, así como un sistema de gestión de riesgos de salud y financieros con una operación en la que confluyen de manera permanente, una gestión pública, privada y mixta, a través la institucionalidad del Estado y de las Gestoras de salud y vida.

PARA ANALIZAR DESDE LOS PUEBLOS INDÍGENAS

1
SE PASA DE UN ASEGURAMIENTO ECONÓMICO A UN ASEGURAMIENTO SOCIAL

2
SE REQUIERE UN ASEGURAMIENTO MÁS ALLÁ DE LOS REGISTROS

Implican las estadísticas vitales, el perfil epidemiológico, las características del territorio. Va más allá de algunos elementos como el RNV.

3
RELACIÓN CON EL SISTEMA DE INFORMACIÓN INTEROPERABLE UNIFICADO

¿Cómo va a conjugarse con el sistema de información de los pueblos indígenas?

Se debe incluir el enfoque propio, y no dejar toda la responsabilidad a las gestoras de vida (en una eventual a la reforma a la salud).

4
DETERMINANTES SOCIALES EN SALUD

Para los pueblos indígenas no existe un determinado número de DSS, ya que estos inciden de manera trasversal en el territorio.

5
ART 10. ADSCRIPCIÓN POBLACIONAL

Criterios propios y de acuerdo a las realidades territoriales de los pueblos indígenas

Artículo 10. Estructura y funciones de los Centros de Atención Primaria en Salud - CAPS.

Artículo 10. Estructura y funciones de los Centros de Atención Primaria en Salud - CAPS. Los Centros de Atención Primaria en Salud independiente de su naturaleza jurídica, sean gestionados por el sector público o por las Gestoras de Salud y Vida, desarrollarán los siguientes procesos y funciones:

1. Adscripción poblacional:
Todas las personas, sus familias y hogares deberán estar adscritos a un CAPS de su preferencia en función del municipio o distrito de residencia. Para la adscripción se deberán cumplir criterios de contigüidad, cercanía y accesibilidad geográfica, garantizando la selección dentro de la oferta disponible de CAPS en la localidad, comuna o unidad administrativa equivalente, según reglamentación expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Las personas podrán solicitar temporalmente la atención en salud en un sitio diferente al lugar permanente de residencia o de trabajo, de acuerdo con la reglamentación que para el efecto defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

Las personas podrán solicitar temporalmente la atención en salud en un sitio diferente al lugar permanente de residencia o de trabajo, de acuerdo con la reglamentación que para el efecto defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

Cuando una persona, familia o grupo cambie de residencia o de trabajo, debe adscribirse en el CAPS del respectivo municipio, localidad, comuna o unidad administrativa equivalente donde tenga su nueva residencia; de igual forma los equipos de salud territoriales informarán al CAPS cambios en la población del territorio asignado para la respectiva actualización de la población adscrita.

2. Prestación de servicios de salud:
   a. Recolectará la información de la caracterización de su territorio de salud a través de los equipos de salud territoriales, apoyado en el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud, incluyendo enfoques diferencial y de género.

ASEGURAMIENTO DOCUMENTO BASE SISPI

Estructuras de salud del aseguramiento adoptadas y adaptadas por los pueblos y comunidades indígenas. En el proceso de salud indígena, se crearon y existen estructuras de salud que administran y operan el SGSSS para los pueblos y comunidades indígenas, las cuales vienen cumpliendo funciones importantes de articulación, no obstante, para la operatividad del Sistema de Salud Propio e Intercultural SISPI es necesario la transición de dichas estructuras y proceso a los requerimientos del cuidado integral de la vida y los propósitos del sistema a la luz de las disposiciones del decreto 1953 del 2014. Reconociendo que no todos los pueblos indígenas han creado estructuras propias en salud se establece que en el marco de la construcción de sus modelos de salud propios e interculturales definirán las estructuras que darán operatividad a su Modelo.

CAPÍTULO II
CERTIFICACIÓN DE TERRITORIOS INDÍGENAS PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INDÍGENA DE SALUD PROPIA E INTERCULTURAL.

Articulo # 5: En desarrollo de lo previsto en el Artículo 16 del Decreto-Ley 1953 de 2014, el Ministerio de Salud y Protección Social certificará a los Territorios indígenas para la Administración del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural. Una vez expedida, el respectivo Territorio Indígena como organización político-administrativa de carácter especial, podrá ejercer las competencias y responsabilidades en salud atribuidas en el presente Decreto, así como la administración de los respectivos recursos presupuestales a través de sus respectivas estructuras y autoridades propias.

En la vigencia fiscal siguiente a la expedición de la certificación, el Territorio Indígena iniciará con el ejercicio de las competencias y será responsable de la implementación, administración y ejecución del SISPI, así como de la garantía del derecho a la salud de los pueblos indígenas al interior del respectivo territorio bajo los principios de articulación, coordinación y complementariedad con el Sistema General de Seguridad Social en Salud. En dicho caso, la Nación estará obligada a transferir directamente al Territorio Indígena los recursos correspondientes con el fin de que pueda cumplir las competencias asignadas en este Decreto.

Articulo # 6 Requisitos para la certificación.

El Ministerio de Salud y Protección Social expedirá el acto administrativo con la certificación de que trata el artículo anterior a solicitud de la autoridad propia que represente legalmente al Territorio Indígena. La solicitud deberá anexar lo siguiente:

a-. Certificado como Territorio Indígena emitido por la entidad competente.

b-. Acta de la asamblea general, mandato o resolución propia aprobada por las comunidades que habitan el Territorio Indígena, en el que aprueben la solicitud para la operatividad del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural.

c-. Listados censales expedidos por las autoridades indígenas en los que certifiquen y relacionen el número de personas que conforman el Territorio Indígena.

***d*-. Documento que consigne el modelo de salud propia** que haya sido construido o actualizado conforme a las directrices y orientaciones a que hace referencia el Artículo 23 del presente Decreto-Ley.

***e*-. Documento que refleje el cálculo de los costos de implementación** del respectivo modelo de salud propia e intercultural que apliquen, de acuerdo con las orientaciones a que se hace referencia en el Artículo 22 del presente Decreto, así como de su proyección y sostenibilidad financiera conforme a los Planes de Vida de los pueblos y comunidades indígenas que conforman el Territorio Indígena.

***g*-. Identificación de las autoridades propias** que serán responsables de la implementación y ejecución del SISPI al interior del Territorio Indígena.

h-. **Documento que certifique el registro de los proyectos de inversión** por parte del Territorio Indígena ante el Departamento Nacional de Planeación -DNP-, de acuerdo con lo dispuesto en el Decreto 1082 de 2015.

6. Financiación







ASEGURAMIENTO: PROPUESTA

El aseguramiento como parte del derecho fundamental a la salud, se realizará a partir de los listados censales indígenas, bajo un sistema único de información integrado por las estructuras propias.

CONSIDERACIONES FINALES

1.- Tenemos territorios indígenas que están esperando ser designados entidades territoriales indígenas.

2.- En el marco del proyecto normativo adelantado en el marco de la ley 100 se contemplaba la certificación en salud de los territorios indígenas, pero que implicaba unos requisitos complejos a la realidad del día de hoy.

3.- En el marco de la transformación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) al Sistema de Salud, se transita del aseguramiento individual al aseguramiento social, sin embargo, se deben de considerar varias situaciones:

3.1.- Se requiere de la articulación con el Ministerio del Interior por el tema de las actualizaciones en tiempo real de los listados censales y de la regularización de comunidades no reconocidos (no inscritas) aun ante el Ministerio del Interior.

1.- Tenemos territorios indígenas que están esperando ser designados entidades territoriales indígenas.

2.- En el marco del proyecto normativo adelantado en el marco de la ley 100 se contemplaba la certificación en salud de los territorios indígenas, pero que implicaba unos requisitos complejos a la realidad del día de hoy.

3.- En el marco de la transformación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) al Sistema de Salud, se transita del aseguramiento individual al aseguramiento social, sin embargo, se deben de considerar varias situaciones:

3.1.- Se requiere de la articulación con el Ministerio del Interior por el tema de las actualizaciones en tiempo real de los listados censales y de la regularización de comunidades no reconocidos (no inscritas) aun ante el Ministerio del Interior.

3.2.- Se requiere la articulación con la Registraduría Civil para la no vulneración del derecho a la identidad al interior de las comunidades indígenas, a través de diversos mecanismos adaptados desde lo propio, como el reconocimiento de la certificación de parte del registro de nacido vivo expedido por parte de las parteras indígenas.

3.3.- Se requiere de la conformación de un Sistema de Información Único Indígena (Interoperable), que permita articular toda la información relacionada con los pueblos y comunidades indígenas.

3.4.- Asuntos como la movilidad y portabilidad deben de adecuarse de acuerdo al enfoque indígena.

4.- Se consideran los listados censales como instrumentos territoriales propias para acceder al aseguramiento social de los pueblos indígenas.

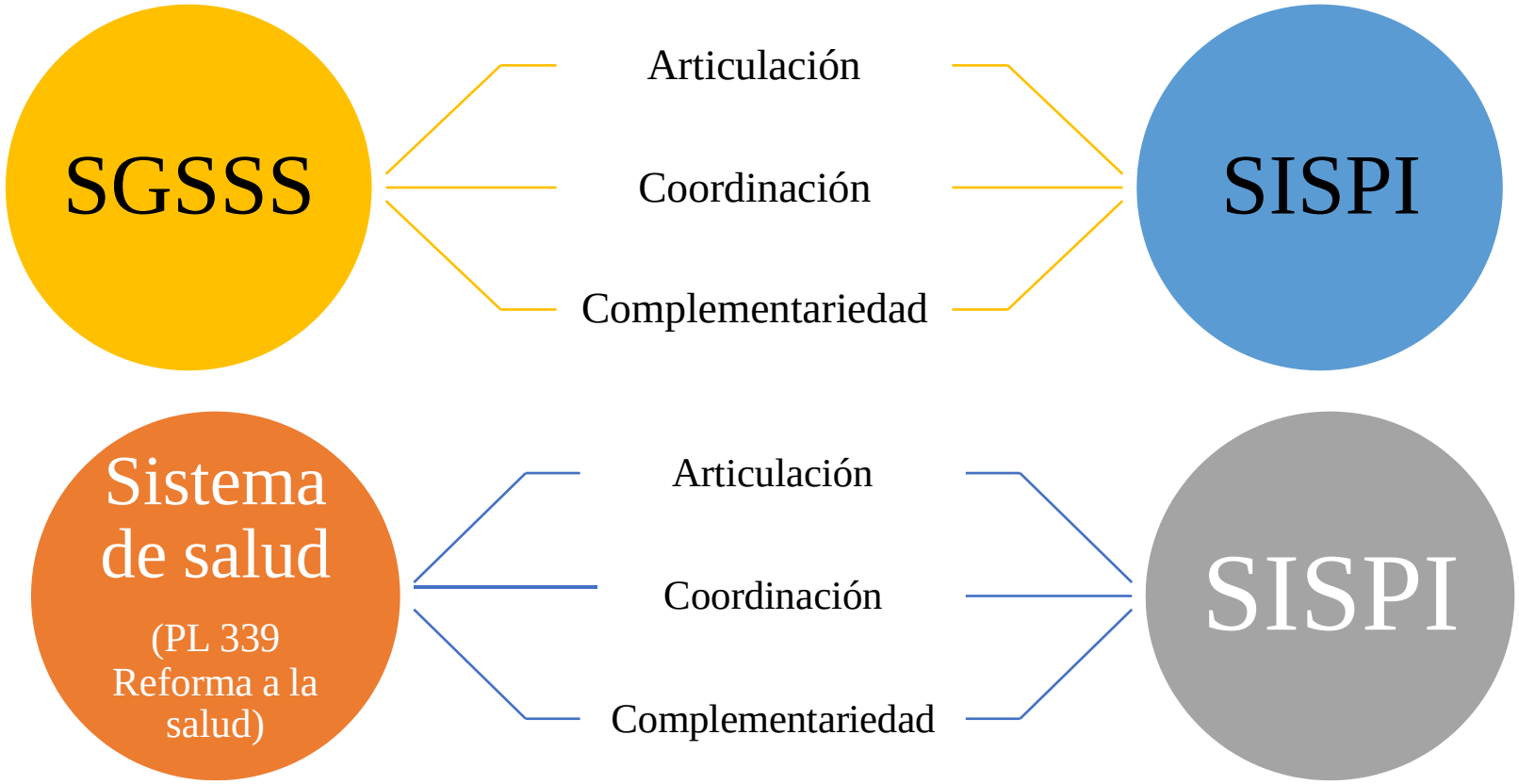
7. Financiación







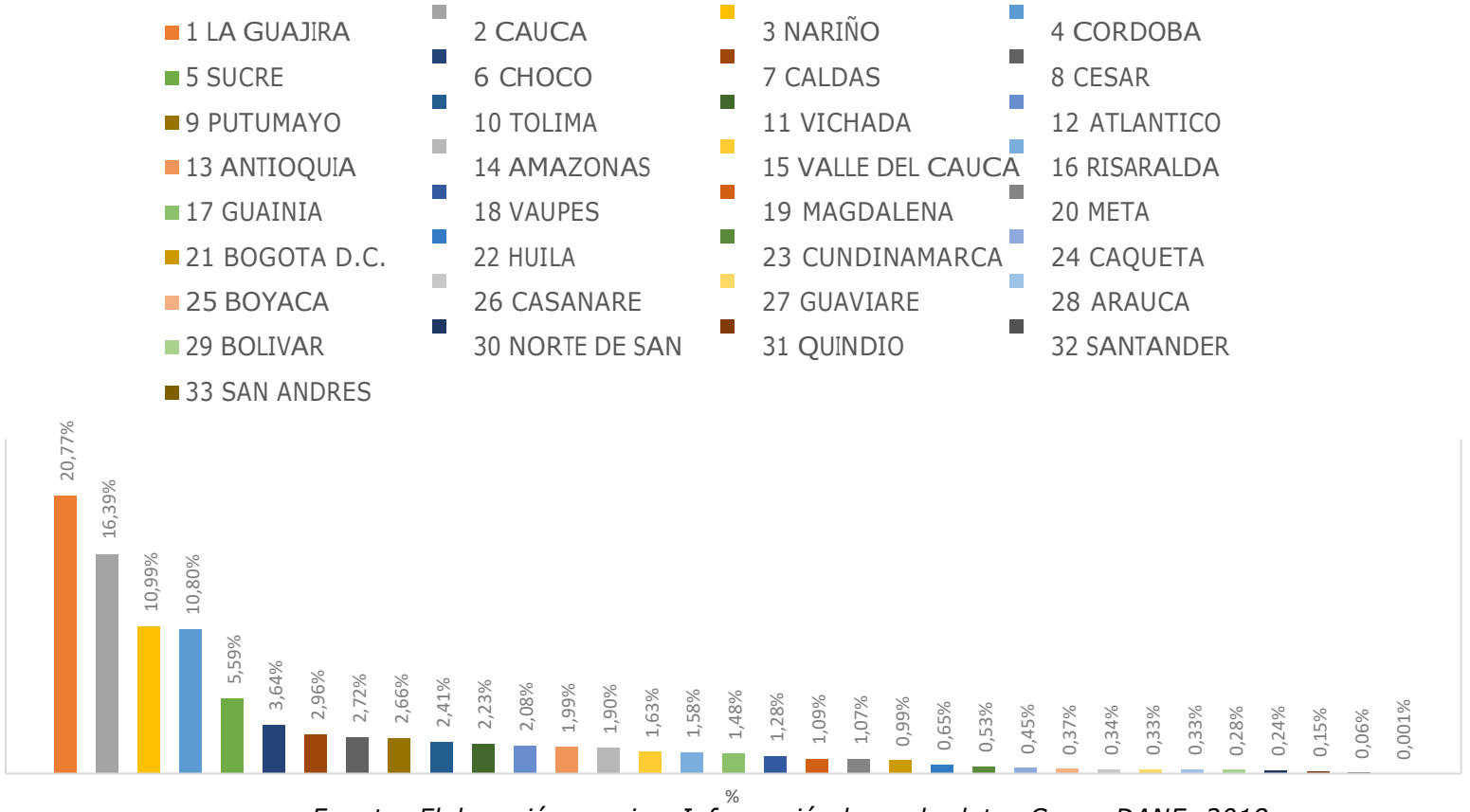
SISTEMAS DE SALUD



Decreto 1953 de 2014: Art. 74

POBLACIÓN INDÍGENA EN COLOMBIA

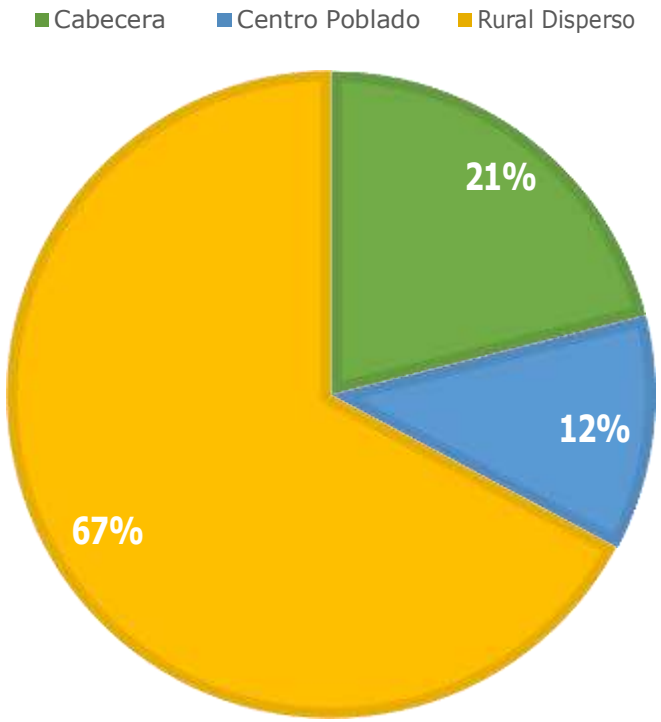
No.	DEPARTAMENTOS COLOMBIA	POBLACIÓN TOTAL	POBLACIÓN INDÍGENA
1	LA GUAJIRA	818.380	389.8
2	CAUCA	1.235.534	307.
3	NARIÑO	1.326.587	20
4	CORDOBA	1.552.073	2
5	SUCRE	860.125	
6	CHOCO	454.359	
7	CALDAS	914.784	
8	CESAR	1.093.583	
9	PUTUMAYO	277.477	
10	TOLIMA	1.217.500	
11	VICHADA	71.405	
12	ATLANTICO	2.336.4	
13	ANTIOQUIA	5.931	
14	AMAZONAS	62	
15	VALLE DEL CAUCA	3.	
16	RISARALDA		
17	GUAINIA		
18	VAUPES		
19	MAGDALENA		
20	META		
21	BOGOTA D.C.		
22	HUILA		
23	CUNDINAMA		
24	CAQUETA		
25	BOYACA		
26	CASANA		
27	GUAVI		
28	ARAU		
29	BOL		
30	NO		
31	Q		
32			
3			



Fuente: Elaboración propia - Información base de datos Censo DANE, 2018

UBICACIÓN POR ÁREAS GEOGRÁFICAS POBLACIÓN INDÍGENA EN COLOMBIA

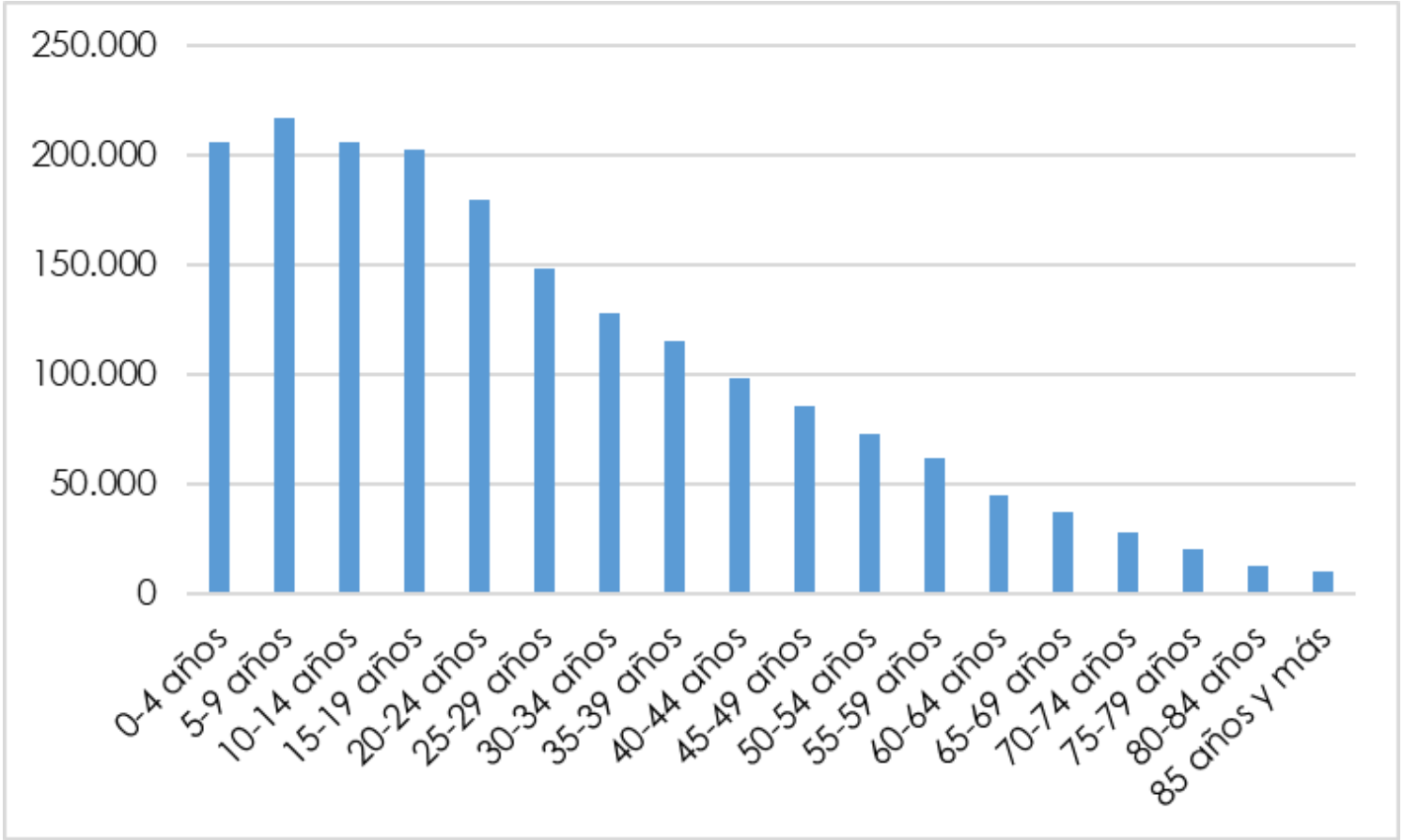
ÁREAS GEOGRÁFICA
Cabecera
Centro Pobla
Rural Di



Fuente: Elaboración propia – Información base de datos Censo DANE, 2018

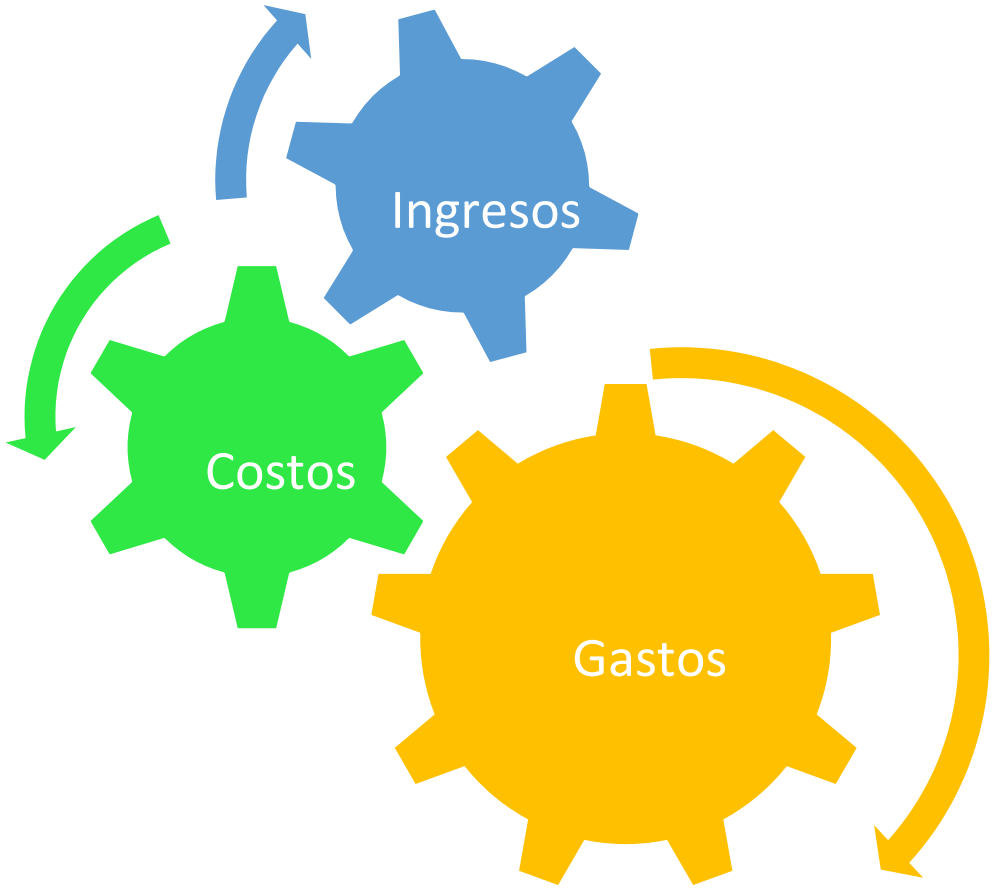
POBLACIÓN INDÍGENA POR GRUPO ETARIO

GRUPO ETARIO	POBLACIÓN INDÍGENA NACIONAL
0-4 años	205.766
5-9 años	216.780
10-14 años	205.700
15-19 años	202.350
20-24 años	179.909
25-29 años	147.931
30-34 años	128.316
35-39 años	114.998
40-44 años	98.527
45-49 años	85.744
50-54 años	73.327
55-59 años	61.863
60-64 años	45.373
65-69 años	37.698
70-74 años	28.150
75-79 años	20.792
80-84 años	12.984
85 años y	10.544

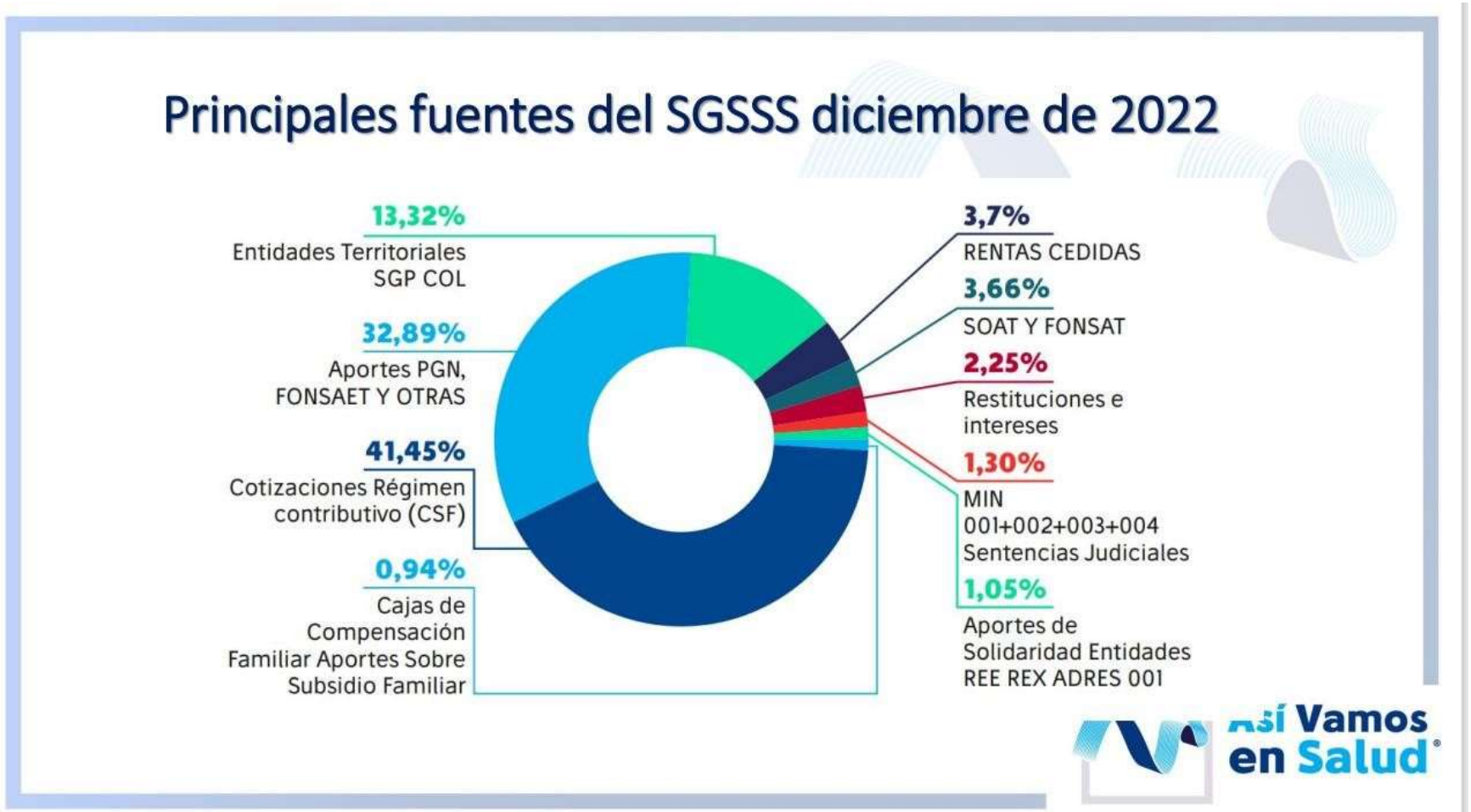


Fuente: Elaboración propia - Información Censo DANE, 2018

ESTRUCTURA DE FINANCIACIÓN

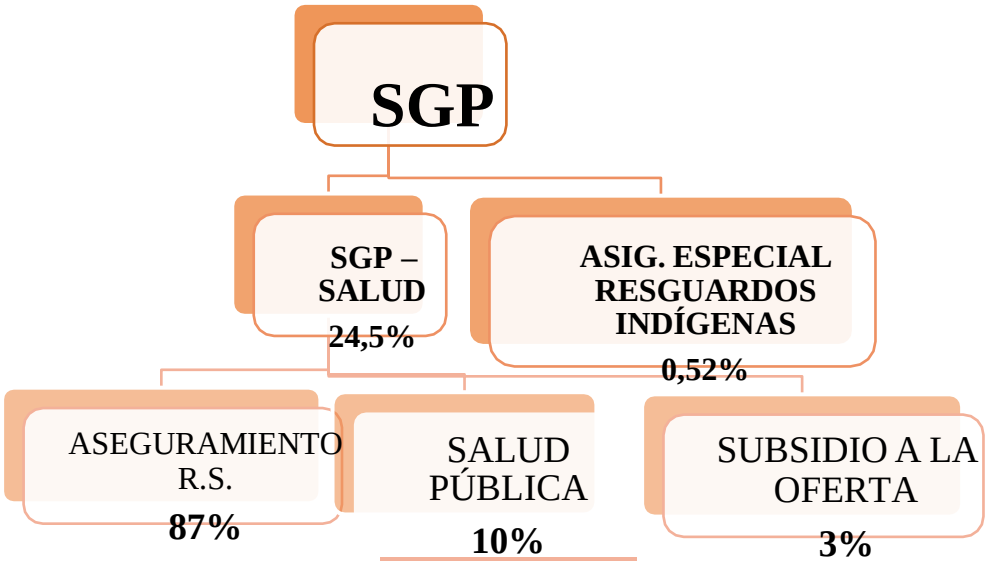


FUENTES DE FINANCIACIÓN - SGSSS



FUENTES DE FINANCIACIÓN - SGSSS

FUENTE / INGRESO



Proyecto de Inversión MSPS
Recursos de ET

GASTO



5 EPS - I

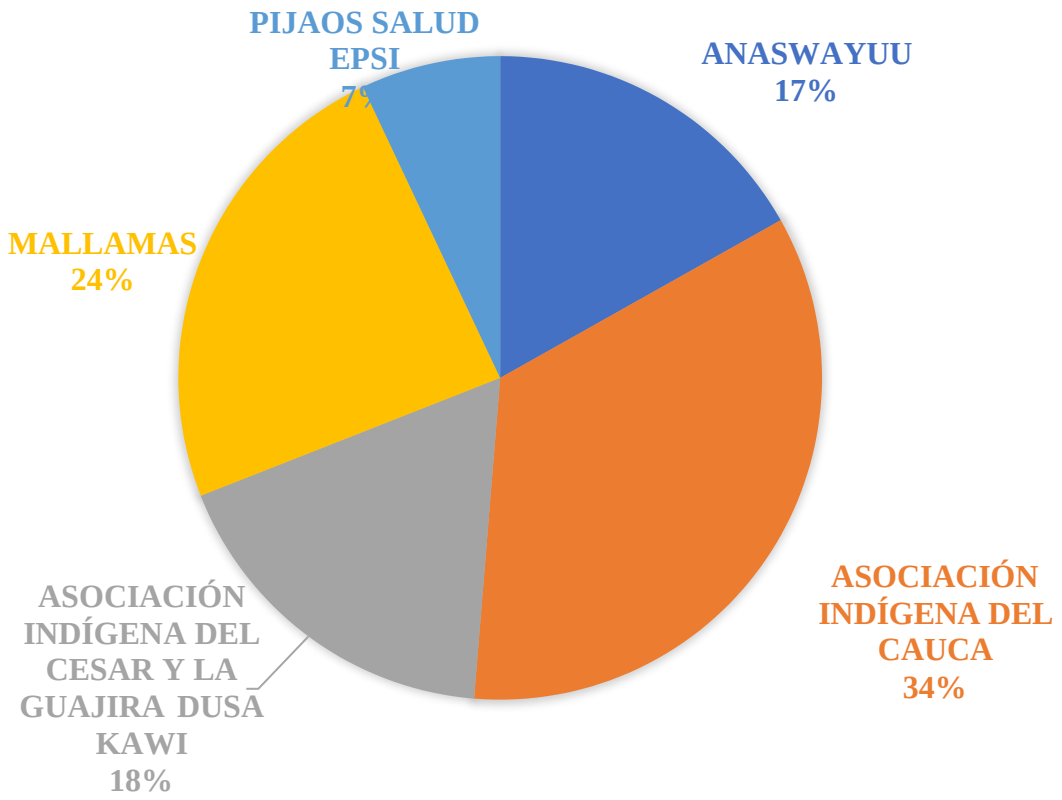
1´563.097
Personas Aseguradas

AFILIACIÓN POBLACIÓN INDÍGENA

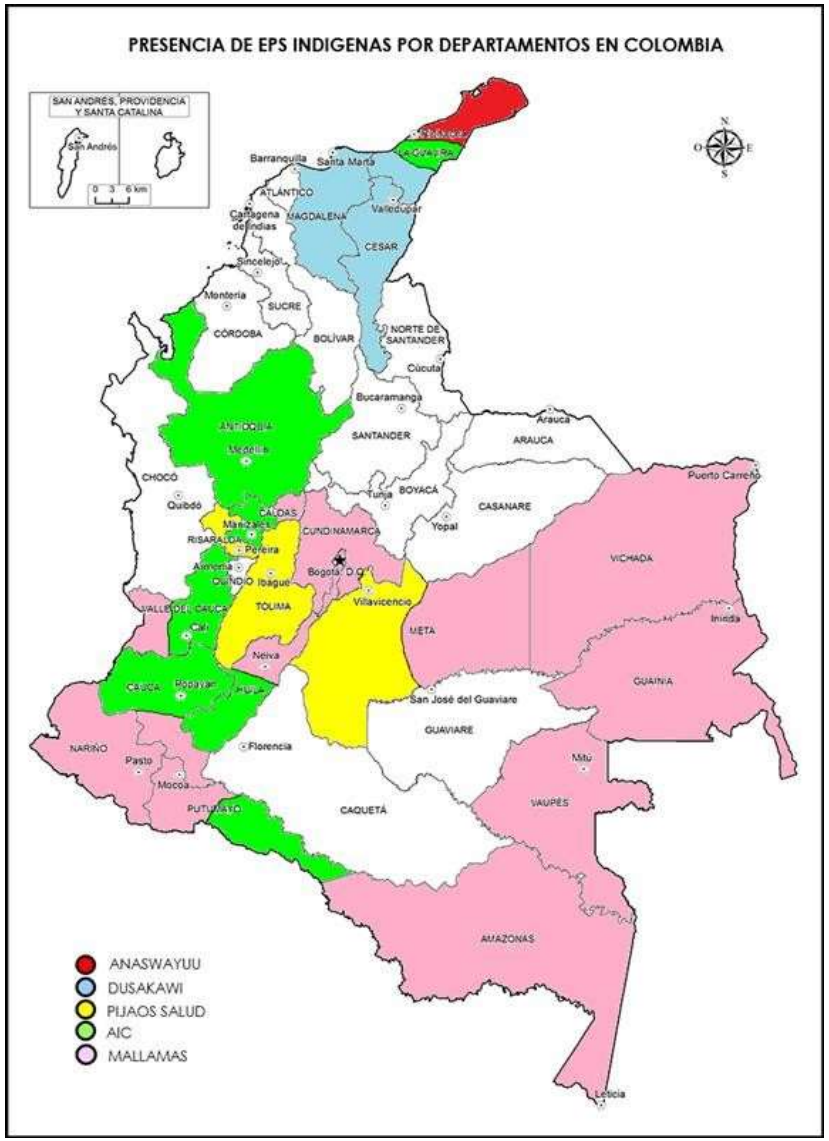
EPS INDÍGENAS

NOMBRE ENTIDAD	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO
ANASWAYUU	10.040	252.877
ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA	19.864	516.941
ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CESAR Y LA GUAJIRA DUSAKAWI	5.834	266.194
MALLAMAS	21.080	359.556
PIJAOS SALUD EPSI	5.423	105.288
TOTAL	**62.241**	**1.500.856**

FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Afiliados a Salud, Enero de 2023



UBICACIÓN GEOGRÁFICA POBLACIÓN AFILIADA

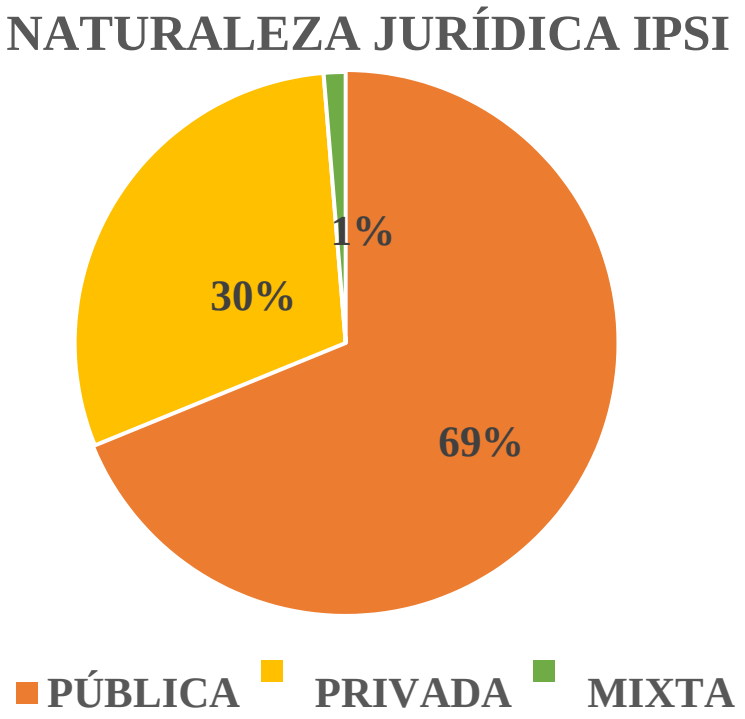


Ley 691 de 2001:
Artículo 22: Principio de concertación.
El Gobierno reglamentará la prestación de servicios de salud en las regiones de la Amazonia, Orinoquia y Costa Pacífica, para lo cual implementará y financiará un modelo operativo de atención.

Fuente: Documento línea 1.1. convenio ACICAL 2021

IPS INDÍGENAS EN COLOMBIA

IPS INDÍGENAS		
1	LA GUAJIRA	27
2	NARIÑO	13
3	CAUCA	8
4	CESAR	5
5	CALDAS	4
6	CHOCO	4
7	CASANARE	2
8	CÓRDOBA	2
9	MAGDALENA	2
10	TOLIMA	2
11	VICHADA	2
12	AMAZONAS	1
13	ARAUCA	1
14	HUILA	1
15	META	1
16	PUTUMAYO	1
17	SUCRE	1
TOTAL		**77**



Fuente: *Elaboración propia, a partir de información RIPS, Noviembre 2022*

FUENTES DE FINANCIACIÓN - SISPI

Art. 8

Las competencias y funciones asignadas a los territorios indígenas se financian a cargo del SGP.

AESGRI: Financia proyectos de inversión

Documento CONPES determinará los montos de los gastos: Dirección, administración y gestión. Recursos del SGP

Art. 85 Financiación del SISPI

Sabiduría Ancestral y cuidado de la salud

- ✓ SGP
- ✓ SGSSS

Político Organizativo y Administración y gestión

Formación, capacitación, generación y uso del conocimiento

- ✓ SGR
- ✓ Fondo de Ciencia y Tecnología

Art. 86 Financiación en la prestación de servicios

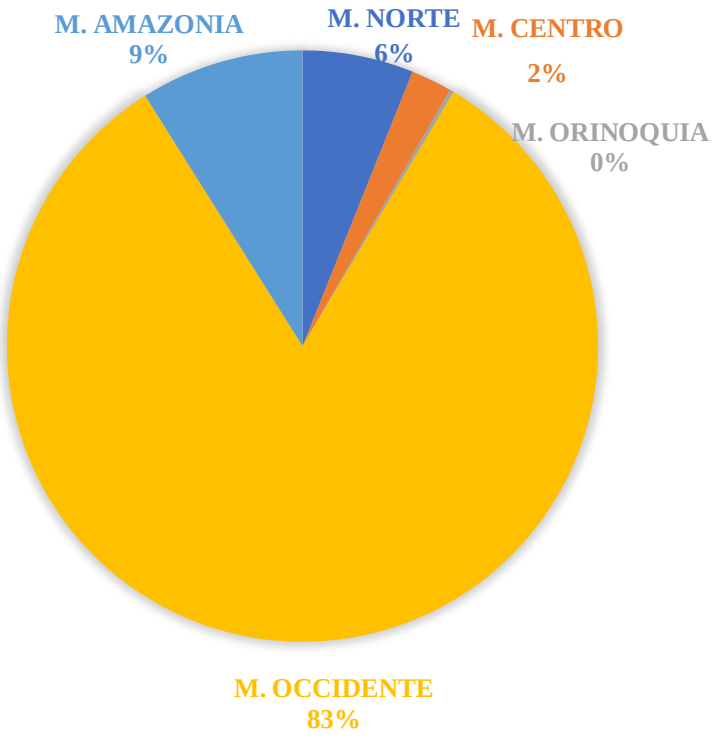
Las IPSI habilitadas en territorio se financian con recursos de la UPC para lo cual las EPS Indígenas o estructuras propias deberán contratar un mínimo % del gasto en salud con el respectivo ente territorial.

Fuente: *Elaboración propia, a partir del artículo 85 del Decreto 1953 de 2014.*

INVERSIÓN PÚBLICA POR MACRO REGIÓN
FORMAS DEL CUIDADO A LA SALUD

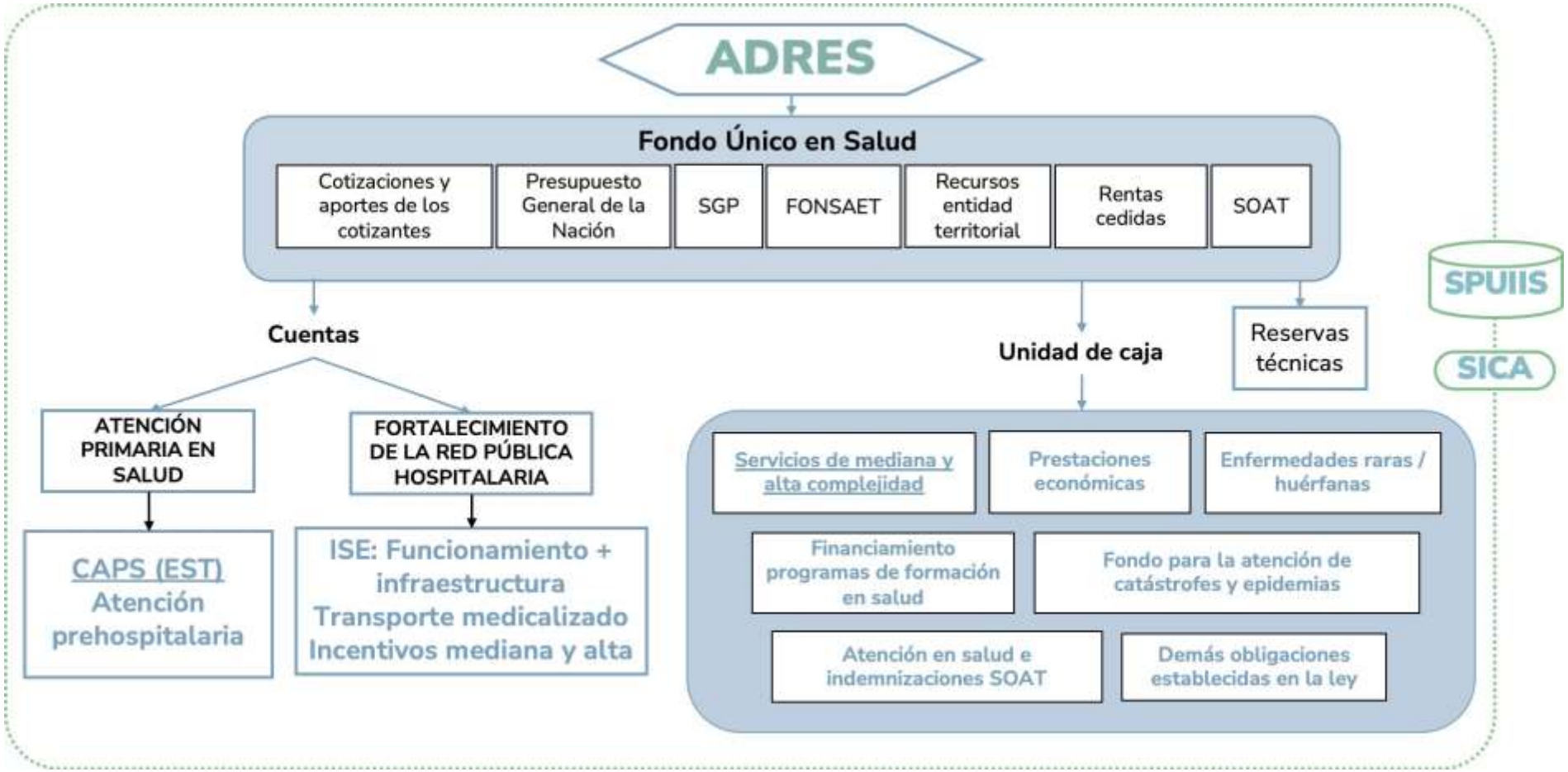
MACRO REGIÓN	INVERSIÓN
MACRO NORTE	$ 2.561.250.400
MACRO CENTRO	$ 946.700.000
MACRO ORINOQUIA	$ 93.640.000
MACRO OCCIDENTE	$ 34.815.780.000
MACRO AMAZONIA	$ 3.769.380.000
TOTAL	**$ 42.186.750.400**

Nota: Se excluyen los recursos de los cabildos en contexto de ciudad



Fuente: *Información compilada de la base de datos del Minsalud sobre convenios suscritos entre el 2012 y 2022.*

FUENTES DE FINANCIACIÓN – PL REFORMA A LA SALUD



Fuente: *Información presentada por el Ministerio de salud, con base al PL Reforma a la salud*

8. Inspección, vigilancia y control







Proyecto ley 339

Titulo VII
INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL

Art. 84 SNS

Art. 85 conforme ley 1122 del 2007

Art 86. Sistema de inspección, vigilancia y control

Art. 87 Ejes del sistema

Decreto 1953 del 2014

Capitulo IV
Monitoreo, seguimiento y control

Art. 36 monitoreo, seguimiento y control

Art. 37. medida correctiva

Art. 38 reglas particulares

Título VII

INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL

Servicio de Salud Habilitado



IPS-I CRIHU

HILANDO CAMINOS DE SABIDURÍA PARA EL BUEN VIVIR



- **Mecanismos de seguimiento, evaluación y control**
- **Estándares de habilitación**
- **Infraestructura de prestación de servicios**
- **Insumos dentro de la práctica de medicina propia**
- **Información para monitoreo y mejora continua**

Componentes SISPI

Consulta previa

Decreto con fuerza de ley

Art. 48 Mecanismo mediante el cual se hace el acompañamiento, orientación, control y monitoreo a la funcionalidad del SISPI desde lo cultural, político, social y financiero

Artículo 49. Responsabilidades del gobierno propio en salud

Artículo 50. Coordinación del seguimiento, evaluación y control con el SGSSS

Superintendencia delegada para ejercer papel inspección vigilancia y control

Prestación de servicios

AUTONOMIA DE LOS PUEBLOS INDIGENAS: político organizativo – administración y gestión

Decreto con fuerza de ley

Institucionalidad ajustada al monitoreo de resultados del SISPI – modelos de monitoreo ajustados

Fiscalización de recursos

9.Transición





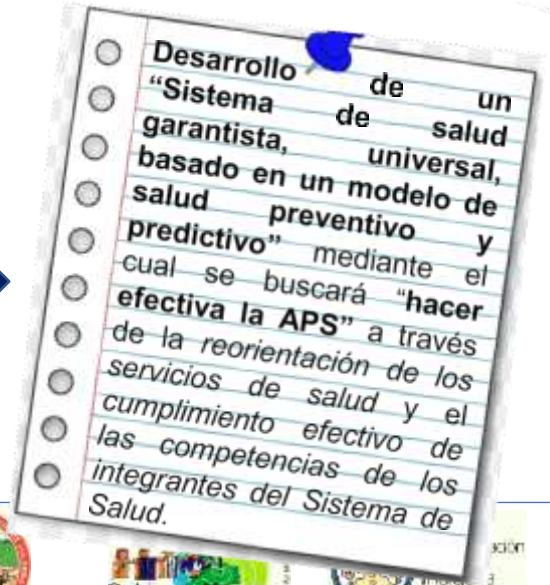


Modelo de salud necesario para la transformación

Garantía del derecho fundamental a la salud



Plan Nacional de Desarrollo
2020 – 2026
"Colombia potencia mundial de la vida"



PILARES Y COMPONENTES

Integridad del sector salud

- Sistema único público de información en salud.
- Soberanía sanitaria.
- Ciencia, tecnología e innovación.
- Calidad e inspección, vigilancia y control.
- Financiamiento.

Gobernanza, Gobernabilidad y Territorialización

- Fortalecimiento de la autoridad sanitaria y transectorialidad.
- Participación social en salud.
- Vigilancia en Salud Pública

Trabajo digno, decente y condiciones de equidad para los trabajadores de la salud

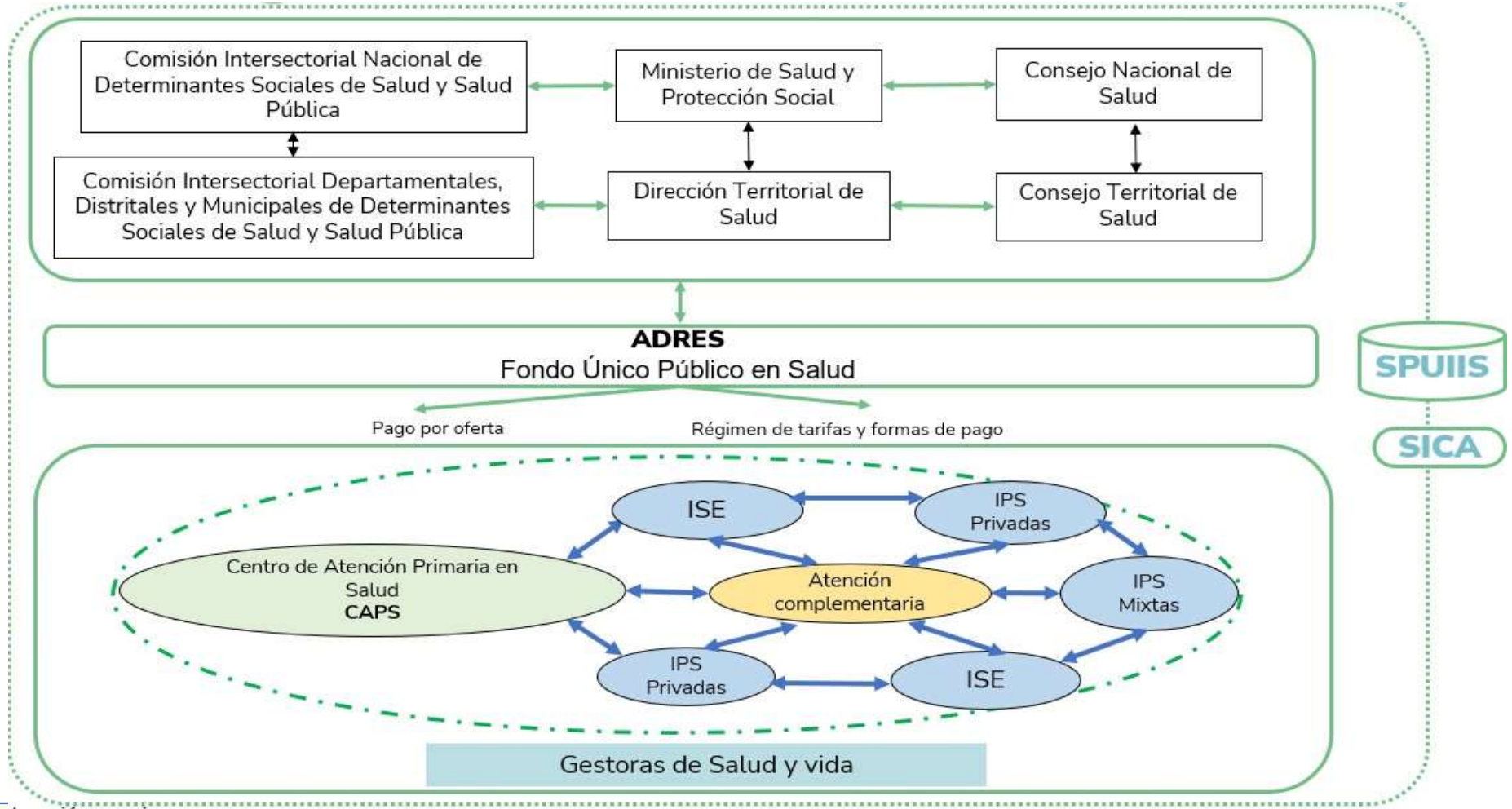
- Distribución del talento humano en salud redistribución de competencias y trabajo decente.

Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud

- Redes integrales e integradas de servicios de salud
- Equipos de Salud Territorial.

Organización del Sistema de Salud

1. Rectoría
2. Financiación
3. Provisión de servicios



Transición según la reforma:

Centro de atención primaria en salud

PROYECTO DE LEY

LAS IPSI y/o estructuras propias se transformarán y serian CAPS.

ART. 9 PARÁGRAFO 3.

"Los CAPS, que sean determinados en el marco del derecho fundamental a la consulta previa con los grupos étnicos, tendrán naturaleza publica, según reglamentación expedida por el MPS para tal fin".

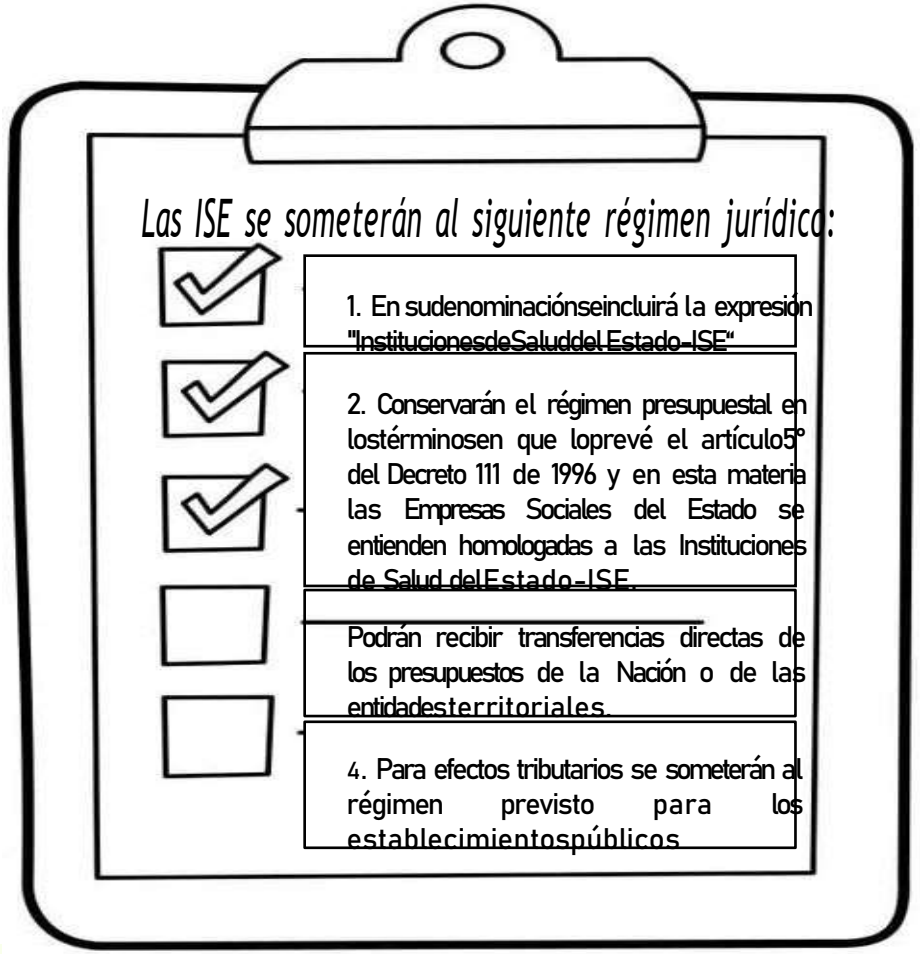
ART 9. PARÁGRAFO 2

"Los CAPS de naturaleza publica se organizarán como- ISE del nivel primario, podrán tener y operar sedes en el ámbito de su territorio y población adscrita para garantizar el acceso a servicios de salud y podrán ser una unidad funcional de otra ISE, de acuerdo con la reglamentación que expida el MPS, dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente ley"

Artículo 36. Objeto, Naturaleza y Régimen Jurídico de las Instituciones de Salud del Estado - ISE.

Art. 36

"El objeto de las ISE, será la prestación de servicios de salud, con carácter social, como un servicio público esencial a cargo del Estado. Las ISE constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la Ley o por las asambleas departamentales o por los concejos distritales o municipales, según el caso, sometidas al régimen jurídico previsto en esta Ley. "



Transformación de las Entidades Promotoras de Salud A GESTORAS DE SALUD Y VIDA

ART. 48.

"Las EPS que actualmente se encuentran operando en el SGSSS continuarán haciéndolo hasta por dos (2) años siempre que cumplan las condiciones de permanencia que se les aplica (...) Aquellas EPS que cumplan los requisitos de habilitación y decidan transformarse en Gestoras de Salud y Vida durante los dos años (...) deberán observar progresivamente, en las fechas que defina el reglamento."

- Colaborar en la organización de los CAPS conforme a la organización de las RIIS por parte del MPS que serán financiados por la ADRES.
- las EPS deberán efectuar las reformas estatutarias, estructurales, administrativas según losrequisitosdehabilitacióndefinidos porMPS
- el MPS determinará, de acuerdo con las capacidades de las ADRES, la implementacióndel girodirecto.

Propuesta de Transición

ELEMENTOS ESTRUCTURALES

1

ART. 122: Autonomía de los pueblos indígenas

2

Propuesta de aditivo al texto del proyecto PL 339-C

1 ADITIVA. ART. 9. INCISO PRIMERO

CAPS es la unidad polifuncional, de carácter público, privado, mixto o especial indígena, de base territorial....
Todos los CAPS de naturaleza pública, privada, mixta o especial indígena serán financiados por oferta.



2 DECISIÓN POLÍTICA E INTERPRETACIÓN

Art. 31. Consejo Nacional de Salud.
POLÍTICO
¿Especiales indígenas?
¿Especiales étnicos?

3 PROPUESTA ADITIVA. CREACIÓN DE ISE.

ART. 36. ISE. Instituciones de Salud del Estado. Creación.
O por los concejos municipales o por las autoridades indígenas en los términos de los artículos 329 y 56 transitorio de la Constitución...

4

Art. 62. Fondo único de Salud Pública. CUENTA DE FORTALECIMIENTO DE LA RED PÚBLICA HOSPITALARIA.

...entidades de naturaleza privada, pública, mixta o especial indígena...
4. ART. 56. Gastos Administrativos de las Gestoras de Salud y vida. %5 y el 3%.



6

Art. 62. Fondo único de Salud Pública. CUENTA DE FORTALECIMIENTO DE LA RED PÚBLICA HOSPITALARIA.

Estos recursos se destinarán a los siguientes usos: al funcionamiento y sostenibilidad de las instituciones de Salud del Estado y especial indígena, según la evaluación

5

Art. 61. Fondo único de Salud Pública. CUENTA DE ATENCIÓN PRIMARIA INTEGRAL Y RESOLUTIVA EN SALUD

....urgencias médicas en municipios, distritos y especial indígena.....

10. Observaciones técnicas

- Propuesta metodológica fase de consolidación







ALINEACIÓN ESTRATÉGICA

COMPONENTES SISPI	SISPI	SGSSS	REFORMA A LA SALUD	ART. 122	ARTICULOS
Político organizativo	Gobierno propio y Gobernanza en salud	Rectoría, gobernanza y gobernabilidad en salud	Rectoría, gobernanza y gobernabilidad en salud	Organización, administración, consolidación, financiación y gestión.	Art. 1,2 y 3
	Seguimiento, monitoreo y control	Inspección, vigilancia y control	Inspección, vigilancia y control		
Administración y gestión	Sistema de información	Sistema de información (SISPRO - SIVIGILA)	Sistema de información (SICA - SPUIIS)	Mecanismos de implementación, seguimiento, evaluación y control.	
	Administración de los recursos	Administración de los recursos (EPS)	Administración de los recursos		
	UFI	UPC	Financiación		
Cuidado de la salud propio e intercultural	Modelos de salud propio e intercultural	Modelo de salud	Modelo salud preventivo	Coordinación de la prestación de servicios, acciones en Salud Pública y los procesos propios.	
	Estructuras propias	Instituciones de salud (EPS, IPS, ESE)	CAPS, ISE, Gestoras de salud y vida, IPS y la RIIS	Mecanismos de transición necesarios para la implementación del proceso de reorganización en los territorios en el marco de las estructuras propias.	Art. 9 y 34
Sabiduría ancestral y formación, capacitación, uso y generación del conocimiento	Talento Humano	Talento humano	Talento Humano		

CONTENIDOS METODOLOGICOS PRELIMINARES

CAPÍTULOS DE LA REFORMA	EJES ORIENTADORES SISPI	ELEMENTOS ESTRUCTURALES PRELIMINARES	PREGUNTAS ORIENTADORAS
Título X. Regimen laboral de los trabajadores de la Salud. Título XI. Autonomía profesional y autorregulación.	Sabiduría Ancestral	Talento Humano propio	
Título I. Objeto y campo de aplicación. Título III. Organización del Sistema de Salud. Título VI. Participación Ciudadana y Social. Título VII. Inspección, Vigilancia y Control Título XII. Disposiciones generales (Art 122 y 123 Consulta previa).	Político Organizativo	Generalidades de la reforma a la salud y SISPI Transición EPSI e IPSI Seguimiento, evaluación y control	
Título II. Modelo de Salud basado en APS – Concertación y organización de la respuesta a las necesidades de la Salud Propia e Intercultural.	Cuidado de la salud propio e intercultural	Aseguramiento social Modelo de salud preventivo, predictivo y resolutivo	
Título VIII. Política farmaceutica y de innovación tecnológica en salud. Título IX. Política de formación y educación superior en salud.	Formación, capacitación, uso y generación del conocimiento	Talento Humano	
Título IV. Fuentes, usos y gestión de los recursos financieros del Sistema. Título V. Sistema Público, Unificado e Interoperable de Información en Salud.	Administración y gestión	Aseguramiento Financiación	

MATRIZ DE UNIFICACIÓN

Ejes estructurales para los pueblos indígenas	Elementos orientadores Preliminares	Propuesta de Articulado	Fundamento jurídico y político	Salvaguardas	Línea Base	Identificación del mandato de los pueblos indigenas en articulación con sus estructuras organizativas	Entidades Responsables	Observaciones

Pay, Pachi, Duni Yupaychani, gracias







Cartilla:

CARTILLA INFORMATIVA SOBRE LA REFORMA A LA SALUD NACIONAL



CARTILLA INFORMATIVA SOBRE LA REFORMA A LA SALUD NACIONAL

ORGANIZACIÓN GOBIERNO ANCESTRAL—MPC CHOCO

IRMA CABRERA MECHA—REPRESENTANTE LEGAL GOBIERNO ANCESTRAL

EQUIPO TECNICO

PLACIDO BAILRIN PIPICAY—CORDINADOR GENERAL
MAYERLEN PINO MOSQUERA —COORDINADOR TECNICO
LINO MEMBORA CARPIO—COORDINADOR FINANCIERO
WALTER MECHA FORASTERO—PROFESIONAL JURIDICO
SIRLEY JACANAMIJOY MUCHAVISOY—PROFESIONAL SOCIAL
BASILIA CABRERA MECHA — SISTEMATIZADOR
BALTAZAR MECHA FORASTERO—LIDER POLITICO
KAREN CABRERA BANUVI—APOYO LOGISTICO

HITORIA DEL DEL PROCESO DE CONSTRUCCION DEL SISTEMA INDIGENA DE SALUD PROPIO E INTERCULTURAL "SISPI"

El Sistema indígena de Salud Propio e Intercultural, tiene un proceso de construcción mayor a una década, por lo tanto, es de resaltar el progreso de construcción efectuado a partir del mandato en salud de los pueblos indígenas hasta la definición del documento del SISPI, así.

En el año 2010, la Organización Nacional Indígena de Colombia-ONIC, la Organización Nacional de Pueblos Indígenas de la Amazonia Colombiana-OPIAC, la Confederación Indígena Tayrona-CIT, las Autoridades Indígenas de Colombia-AICO y las Autoridades Tradicionales Indígenas de Colombia Gobierno Mayor, convocaron de manera conjunta en el mes de mayo de 2010, a la Asamblea Nacional de Salud de los pueblos indígenas: "Construyendo alternativas para el buen vivir de los pueblos", realizada en Villeta – Cundinamarca. Resultado de esta asamblea se acordó la creación de un sistema de salud especial para los pueblos indígenas y conformación de la Mesa Coordinadora Nacional de Salud para pueblos indígenas. Esta Mesa Coordinadora se encargó de presentar la primera propuesta del sistema indígena de salud propia.

En cumplimiento de lo anterior, se dispuso como parte de los acuerdos del Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014, que el Ministerio de Protección Social concertará con las autoridades y organizaciones indígenas la estructuración, desarrollo e implementación del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural – SISPI, y se reafirmó la necesidad de continuar trabajando para culminar la construcción e implementación del SISPI en documentos bases de los Planes Nacionales de Desarrollo 2014-2018 y 2018 – 2022.

De la misma forma se conformó la Subcomisión de Salud mediante el Decreto 1973 de 2013, la cual como antecedente comenzó a sesionar en abril de 2011, como una instancia de carácter técnico y consultivo para la articulación, concertación y construcción conjunta de planes, programas y políticas tendientes a la garantía del derecho fundamental a la salud de los pueblos indígenas. A la fecha se llevan desarrolladas 65 sesiones de subcomisión de salud tanto a nivel presencial como virtual. Es de señalar que en el marco de la Subcomisión de Salud y la Mesa Permanente de Concertación de pueblos y organizaciones indígenas se definieron tres (3) fases para la estructuración del SISPI:

Fase uno: socialización y retroalimentación de la propuesta SISPI presentada por los representantes indígenas de la Subcomisión de Salud.

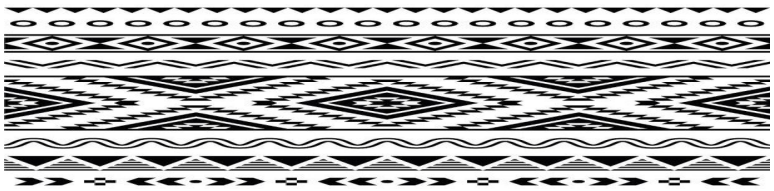
Fase dos: elaboración documento base con estructura y contenidos del SISPI para validación en un Congreso Nacional de Salud.
Fase tres: protocolización en la Mesa Permanente de Concertación.

Es de señalar que la estrategia metodológica realizada para la elaboración del documento base del SISPI, surge de la construcción permanente y conjunta mediante diálogos entre el Ministerio de Salud y Protección Social "MSPS", la Subcomisión de Salud de la Mesa Permanente de Concertación con los Pueblos y Organizaciones Indígenas y las comunidades de base, en los espacios de las sesiones de las subcomisiones de salud a partir del 2011 y en el marco de los convenios desarrollados entre el Ministerio de Salud y Protección Social con las organizaciones nacionales, regionales y locales indígenas, especialmente, el análisis efectuado a los procesos de diseño de modelos de salud propia e intercultural desarrollados a partir del año 2009 al 2021.

La primera fase, se adelantó durante los meses de octubre a diciembre de 2013, con la realización de ocho reuniones regionales para la socialización, retroalimentación y recomendaciones de los pueblos indígenas para la estructuración del SISPI, en el marco del Convenio 547 de 2013 suscrito entre el MSPS y la ONIC.

Posteriormente en la segunda fase del año 2014 al 2022, se adelantaron las siguientes acciones en el marco de las sesiones de la Subcomisión de Salud, las cuales contribuyeron con el proceso de construcción del documento base del SISPI:

Se realizó un inventario de los documentos básicos conceptuales, normativos, metodológicos y analíticos obtenidos a partir de convenios celebrados entre el MSPS y las Organizaciones Indígenas (adecuaciones de programas de salud efectuados por diferentes área del MSPS, construcción de modelos de salud propia e intercultural, socialización y retroalimentación del SISPI, apoyo en la estructuración del documento base del SISPI, encuentros para la recolección de insumos del PDSP – capitulo indígena, entre otros convenios efectuados) y la información obtenida a partir de las bases de datos y fuentes de información en salud integradas al Sistema de Información de la Protección Social – SISPRO, e información interna del MSPS y externa por parte de otros sectores mediante diálogos permanentes con las áreas de Epidemiología y Demografía, Promoción y Prevención, Desarrollo del Talento Humano en Salud, Prestación de Servicios y Atención Primaria, Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones y Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento de Salud del MSPS.



- Como resultado del “Estudio técnico de servicios diferenciales para los pueblos indígenas de Colombia” sobre la información reportada de las EPSI al MSPS , proceso continuo de asistencia técnica por parte del MSPS que inició en el 2012, dio como resultado la expedición de las Resoluciones 5729 de 2014 donde quedó definido el porcentaje adicional diferencial para financiar las actividades propias de los pueblos indígenas sobre la Unidad de Pago por Capitación – UPC por 3.04% vigente hasta el año 2015 con las resoluciones 5925 de 2014 y 5593 de 2015. Posteriormente con la resolución 6411 de 2016 con la cual se incrementa el porcentaje al 4.81% vigente hasta la fecha con las resoluciones 6408 de 2017, 5268 de 2017, 5858 de 2018, 3513 de 2019, 2503 de 2020, 2381 de 2021 para el cubrimiento de las acciones en salud desarrolladas por las EPSI y concertadas con las mismas instituciones.

Construcción de manera conjunta del documento “Guía metodológica para la construcción de contenidos de los componentes e implementación del SISPI”, que contiene las fases para el diseño de los contenidos del SISPI. Este documento fue aprobado en la sesión de la subcomisión realizada los días 12 al 14 de diciembre de 2016.

- Ejecución de dos convenios 528 de 2017 y 126 de 2018 con la Asociación de Cabildos Indígenas de Caldas – ACICAL, para la consolidación de avances efectuados en el ámbito territorial, respecto a modelos de salud propia e intercultural y desarrollos propios en salud; así como el apoyo en el proceso de estructuración del documento base del SISPI y sus componentes, mediante la recolección de información en encuentros territoriales en asambleas de diálogo y construcción conjunta con la participación de las autoridades tradicionales y sus organizaciones indígenas, las entidades territoriales de salud, las comunidades indígenas, líderes, personas mayores, estructuras organizativas propias tales como las EPSI e IPSI que han conformado y programas de salud de pueblos indígenas. Posteriormente en el marco del convenio 126 de 2018, se consolidaron estos insumos para estructurar la propuesta de contenidos del documento base del SISPI, propuesta que fue construida, ajustada y complementada en espacios de diálogo con el equipo técnico del MSPS, subcomisión de salud y cinco encuentros territoriales. Esta fase se desarrolló mediante cinco encuentros territoriales: Riosucio – Caldas (Cuidado de la Salud Propia e Intercultural), Puerto Leguizamo – Putumayo (Sabiduría Ancestral), Ricaurte – Nariño (Formación, capacitación, generación y uso del conocimiento), Medellín – Antioquia (Político organizativo) y Santa Marta – Magdalena (Administración y Gestión), realizados de acuerdo al reconocimiento y experiencia en cada componente en los territorios y mediante mesas de trabajo con el equipo técnico del convenio No.126/2018, del MSPS, de ACICAL, delegados indígenas de la Subcomisión, entidades territoriales y actores del SGSSS. En este proceso de diálogo se efectuó la socialización, revisión, análisis, verificación y se completaron los contenidos de las líneas temáticas por componente.

- Elaboración conjunta entre el MSPS y la Subcomisión, de los "Lineamientos para la incorporación del enfoque intercultural en la formación del talento humano que participa del cuidado de la salud de los pueblos indígenas", el cual hace parte del componente de Formación, capacitación, generación y uso del conocimiento, liderado por la Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud, aprobado en la sesión de la subcomisión de salud del mes de abril de 2018.

- Consolidación y aprobación del documento "Lineamiento para el cuidado de la salud mental y las armonías espirituales de los pueblos indígenas en el marco del SISPI"" liderado por la Dirección de Promoción y Prevención del MSPS, documento que fue validado y aprobado por la Subcomisión de Salud Indígena en sesión extraordinaria el 27 y 28 de noviembre de 2019.

- Elaboración y expedición de la Circular 011 de 2018, cuyo asunto es: "Directrices para avanzar en la construcción e implementación del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural – SISPI a nivel territorial, en diálogo con el Sistema General de Seguridad Social en Salud". Esta circular, en el proceso de construcción del documento base del SISPI, forma parte de la abogacía necesaria para la implementación de los contenidos del SISPI en el ámbito territorial, en el marco de las competencias de las Entidades Territoriales en Salud y los actores del SGSSS, de acuerdo con lo establecido en la Ley 715 de 2001.

- Proceso de construcción, validación y concertación del documento "Capitulo indígena del plan decenal de salud pública", basado en la recolección de insumos desde las bases comunitarias a través de cinco encuentros territoriales: ONIC Macro Occidente – Resguardo San Lorenzo Riosucio Caldas, Autoridades Tradicionales Indígenas de Colombia Gobierno Mayor La Mesa Cundinamarca, OPIAC en Bogotá D.C, AICO en Pasto – Nariño, desarrolladas en el marco de la Resolución 6434 de 2016. Este documento fue adoptado mediante la resolución 050 de 2021. Frente al nuevo Plan Decenal 2022 – 2031 se surte un proceso de armonización conforme al Capítulo 8 de la Resolución 1035 de 2022.

- Proceso de validación y concertación en sesión 58 de agosto de 2021 del proyecto de acto administrativo y documento técnico del "Plan del cuidado para la vida y la salud de los Pueblos Indígenas – PCVC PI", en el marco del componente Cuidado de Salud propia e intercultural, proceso liderado por la Dirección de Promoción y Prevención; en el documento, se incluyen aspectos como la definición de los conceptos de Plan de Intervenciones Colectivas – PIC, Promoción y Prevención, y se propusieron acciones del PIC propias para pueblos indígenas, entre otros aspectos.
-

- Elaboración del documento “Ruta de atención integral en salud para pueblos y comunidades indígenas víctimas del conflicto armado”. En el año 2017, en el marco de la Subcomisión de Salud, se realizaron dos mesas técnicas del tema los días 3 de octubre y 2 de noviembre, donde se trabajó técnicamente la ruta. Se ajustaron sus objetivos, y algunos elementos respecto al contenido para hacer mayor claridad en el proceso de implementación y se definió el contenido de la propuesta de Ruta para su posterior validación.

- Documento de Lineamientos para la “Formulación e implementación del programa concertado para la garantía integral de los derechos de las personas indígenas con discapacidad, según las competencias del MSPS en el marco de la Política Pública Nacional de discapacidad e inclusión social”, resultado de los encuentros territoriales a través de mesas técnicas paralelas del convenio 528 de 2017, en los departamentos de Caquetá, Vichada, Chocó, Tolima y Huila, y de los procesos técnicos del convenio 303 de 2021 con ACICAL; documento que está para el procesos de aprobación en la Subcomisión de Salud.

- Documento de Lineamientos para los pueblos indígenas en contacto inicial y pueblos indígenas en aislamiento, el cual está en proceso de ajuste para su validación y aprobación ante la Subcomisión de Salud.

- Documento de Lineamientos con los “contenidos técnicos y normativos para el diseño, conformación y transición de las estructuras propias en salud (territorio y en contexto de ciudad) en el marco del SISPI hacia su consolidación del convenio 303 de 2021 con ACICAL; documento que está para el proceso de aprobación en la Subcomisión de Salud.

- Documento metodológico que contenga las orientaciones para la construcción y estructuración del instrumento de la construcción del análisis situacional de salud propia e intercultural (ASISI) de los pueblos y comunidades indígenas; documento que está para el proceso de aprobación en la Subcomisión de Salud.

- Documento de avance de la formulación de la metodología que permita recoger y construir los criterios para la coordinación, articulación, armonización y complementación, a partir de un ejercicio integral para la estrategia de la vigilancia comunitaria propia en el marco de los avances del SISPI, con el sistema nacional de vigilancia en salud pública; documento que está para el proceso de aprobación en la Subcomisión de Salud.

- A partir del año 2009 a la fecha el Ministerio ha venido apoyando técnica y financieramente la construcción de modelos de salud propios e interculturales a los pueblos indígenas de organizaciones regionales como CRIC, CRIHU, CRIDEC; Nasa, Yanacona, Totoroez y Pueblos Misak del Cauca; Kogui, Wiwa, Kankuamos y Arhuacos de la Sierra Nevada de Santa Marta; Embera Chamí del municipio de Riosucio (Caldas); Awá de Nariño y Putumayo; Pijaos del Tolima; Sáliba, Cuiba–Wamonae, Sikuani, Maibén-Masiware, Amorúa, Yamalero-Yaruro, Tsiripu y Wipiwi y U'wa de los resguardos indígenas de Caño Mochuelo, Chaparral Barro Negro y Hato Corozal de Casanare; Wayuu del municipio de Maicao, Guajira; Uitoto, Ticuna, Cocoma, Yagua Bora, Ocaina y Muinane, del corregimiento de la Chorrera, departamento del Amazonas; Kofan de Nariño y Putumayo; Nukak del Guaviare; Jiw (Guayabero) de Meta y Guaviare; Pastos y Quillacingas, del departamento de Nariño, y los pueblos indígenas del Guainía, . Pueblo Wayuu en la Guajira, Pueblo Zenú y Pueblo Embera Katío en Córdoba, Pueblo Yukpa, Pueblo Barí, Nación U´wa, Pueblo Sáliba, Pueblo Embera de Risaralda, Pueblo Embera y Pueblo Wounnan del Chocó, Pueblos indígenas de Vichada, Pueblos indígenas de Vaupés, Pueblos indígenas de Amazonas, Pueblo Kamentsá de Putumayo, Pueblos indígenas del Valle y Pueblos indígenas del Caquetá.

- 11 mesas de trabajo conjunto durante el primer semestre de 2022, para la revisión y reorganización técnica y operativa del documento base SISPI, así como del desarrollo de encuentros con los programas y estructuras de salud propia, las EPSI y las IPSI, frente a procesos de reflexión en torno a la transición al SISPI.

Así mismo, como parte de las funciones de la Subcomisión de salud, se efectuaron los aportes en los actos reglamentarios para la inclusión del enfoque diferencial en el marco de las políticas públicas en salud para pueblos indígenas, como se presenta a continuación:

Artículo 6° literal m de la Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015, Decreto 1848 de 2017. Habilitación de las EPSI en la transición al SISPI, Concertación de 22 acuerdos del PND 2014-2018 en el eje de movilidad social en materia de salud.

Adicionalmente, se ha venido apoyando técnica y financieramente la construcción de los modelos de salud propios e interculturales. Los pueblos indígenas del país, si bien comparten elementos comunes en el manejo de su salud, como son entre otros, la medicina tradicional y la comprensión de ésta en el marco de una relación de equilibrio entre ellos y la naturaleza, en especial con la madre tierra, cada uno de estos pueblos e incluso entre las mismas comunidades que los conforman, presentan particularidades y formas propias de manejo de su medicina tradicional y el cuidado de su salud.

Por ello, y atendiendo a lo establecido en el Acuerdo 326 de 2005 que posibilitaba al Ministerio el apoyo para el diseño de modelos de salud para los pueblos indígenas y a los acuerdos establecidos en la mesa técnica de salud, que funcionó desde el año 2003 hasta el año 2010 (compuesta por el Ministerio de Protección Social y delegados indígenas de organizaciones designadas mediante comunicación por el Ministerio del Interior), de trabajar inicialmente con aquellos pueblos que llevaran un proceso avanzado internamente de construcción de su modelo de salud y que además contaran entre otras con EPS e IPS indígenas, a partir del año 2009 a la fecha el Ministerio ha venido apoyando técnica y financieramente la construcción de modelos de salud propios e interculturales a los pueblos indígenas Nasa, Yanacona, Totoroez y Misak del Cauca; Kogui, Wiwa, Kankuamos y Arhuacos de la Sierra Nevada de Santa Marta; Embera Chamí del municipio de Riosucio (Caldas); Awá de Nariño y Putumayo; Pijaos del Tolima; Sáliba, Cuiba–Wamonae, Sikuani, Maibén-Masiware, Amorúa, Yamalero-Yaruro, Tsiripu y Wipiwi y U'wa de los resguardos indígenas de Caño Mochuelo, Chaparral Barro Negro y Hato Corozal de Casanare; Wayuu del municipio de Maicao, Guajira; Uitoto, Ticuna, Cocoma, Yagua Bora, Ocaina y Muinane, del corregimiento de la Chorrera, departamento del Amazonas; Kofan de Nariño y Putumayo; Nukak del Guaviare; Jiw (Guayabero) de Meta y Guaviare; Pastos del departamento de Nariño y los pueblos indígenas del Guainía.

Es importante resaltar que en el marco del cumplimiento de acuerdos pactados en el PND 2018-2022 y por órdenes judiciales se ha perfeccionado una fase de construcción de modelos de salud en todo el País, el cual asciende a 42 iniciativas de propuestas que se están desarrollando en la vigencia 2022 con el apoyo de ejecución de la Organización Nacional indígena de Colombia ONIC, mediante un Convenio de Asociación No. 079 de 2022, suscrito entre MSPS Y ONIC.

AVANCE DE LA CONSTRUCCION DEL SISTEMA INDIGENA DE SALUD PROPIO E INTERCULTURAL "SISPI"

La construcción de estos modelos ha respondido a las problemáticas particulares en salud que tienen los pueblos indígenas y a la identificación de las alternativas de solución, así como a sus procesos sociales, políticos y económicos internos. Por ello, en la mayoría de los casos se ha iniciado con la caracterización en salud de los pueblos indígenas desde la medicina occidental, lo anterior con el propósito de identificar y priorizar las acciones en salud y sus determinantes, así como la adecuación de los programas identificados desde la caracterización de salud. No obstante, otros han iniciado con la caracterización desde la medicina tradicional con miras a reivindicar la práctica médica tradicional.

Algunos de estos pueblos, luego de la caracterización, han realizado acciones para lograr la adecuación de los servicios del Sistema General de Seguridad Social en Salud para brindar atención diferencial a las poblaciones indígenas y otros han iniciado procesos de fortalecimiento de la medicina tradicional a través de los encuentros generados alrededor de la formulación de los modelos.

No obstante, cada pueblo, de acuerdo con sus dinámicas políticas, organizativas, territoriales y cosmogónicas, ha venido avanzando de manera particular en la construcción de su propio modelo de salud y además porque en el marco del Decreto 1953 de 2014 se establece que cada pueblo indígena diseñará su modelos de salud propia e intercultural a partir de las formas del cuidado de salud propia e intercultural, enfocando su armonización en el marco del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural – SISPI; se acuerdo a lo establecido en la Guía Metodológica para la construcción de contenidos de los componentes e implementación del SISPI, que determina cuáles son las etapas a desarrollar en la construcción de los modelos de salud.

Finalmente, las anteriores acciones descritas son el resultado del diálogo y concertación efectuado, que han contribuido en la elaboración del presente documento, el cual requiere garantías para la continuidad en la construcción e implementación en el ámbito nacional.

En el año 2022, Consulta Plan nacional de desarrollo 2022-2026 “COLOMBIA, POTENCIA MUNDIAL DE LA VIDA”

Construcción del documento técnico con la fundamentación conceptual y normativa para el PDPS 2021-2031.

Expedición de la Resolución 1035, “Por el cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 con sus 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”

Tercera versión del Documento Base SISPI

Propuesta de Proyecto Normativo del SISPI

Recolección de insumos territoriales para el “Lineamientos diferenciales de atención en salud de los Pueblos Indígenas en contacto inicial o en contacto reciente y las acciones colectivas de promoción y prevención en zonas colindantes en donde existan pueblos en aislamiento o estado natural, en contacto inicial o contacto reciente”.

Documento que contiene “Propuesta de criterios para la identificación de necesidades, la formulación, evaluación e implementación de los proyectos de infraestructura y dotación en materia de salud de los pueblos indígenas”.

En año 2023, Ruta de Consulta Previa, Libre e informada del proyecto de Ley 339-2023 “POR MEDIO DE LA CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA”

CONSULTA PREVIA LIBRE E INFORMADA

¿Qué es la Consulta Previa?
La consulta previa es el derecho fundamental que tienen los pueblos indígenas y los demás grupos étnicos, de poder decidir sobre medidas (legislativas y administrativas) o proyectos, obras o actividades que se vayan a realizar dentro de sus territorios, buscando de esta manera proteger su integridad cultural, social y económica y garantizar el derecho a la participación.

Este mecanismo de participación es un derecho constitucional colectivo y un proceso de carácter público especial y obligatorio que debe realizarse previamente, siempre que se vaya a adoptar, decidir o ejecutar alguna medida administrativa o proyecto público o privado, susceptible de afectar directamente las formas de vida de los grupos étnicos nacionales en sus aspectos territorial, ambiental, cultural, espiritual, social, económico y de salud, y otros aspectos que incidan en su integridad étnica.

FUNDAMENTOS CONSTITUCIONALES Y LEGALES DE LA CONSULTA PREVIA

La figura de la consulta previa aparece legalmente en el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo - OIT, ratificado en Colombia por la Ley 21 de 1991, el cual tiene como finalidad asegurar los derechos de los pueblos indígenas y tribales a su territorio y la protección de sus valores culturales, sociales y económicos.

Este convenio integra el bloque de constitucional de los derechos humanos de los pueblos indígenas como lo ha sostenido reiteradamente la Corte Constitucional. Este Convenio 169 en su artículo 6° dispone que los gobiernos deberán consultar a los pueblos interesados, mediante procedimientos apropiados y en particular a través de sus instituciones representativas, cada vez que se prevean medidas susceptibles de afectarles directamente. Además, deben establecer los medios a través de los cuales los pueblos pueden participar libremente, que las consultas deberán efectuarse de buena fe y de una manera apropiada a las circunstancias, con la finalidad de llegar a un acuerdo o lograr el consentimiento acerca de las medidas propuestas.

De igual forma, la Consulta previa tiene que ver con las garantías territoriales de los pueblos étnicos, ya lo establecía el Convenio 169 de la OIT en su artículo 7º al señalar que "los pueblos interesados deberán tener el derecho de decidir sus propias prioridades en lo que atañe al desarrollo, en la medida en que éste afecte a sus vidas, creencias, instituciones y bienestar espiritual y a las tierras que ocupan de alguna manera, y de controlar, en la medida de lo posible, su propio desarrollo económico, social y cultura".A nivel del ordenamiento jurídico interno y como complemento al Convenio 169, encontramos las normas Constitucionales colombianas que protegen a las comunidades y sus derechos, entre las cuales está el de participar en la toma de decisiones que puedan afectarles. La Carta Magna considera que entre los fines del Estado, está el de facilitar la participación de todos, en las decisiones que los afecten y en la vida económica, política, administrativa y cultural de la Nación. La Constitución consagra el deber del Estado de realizar la Consulta Previa cuando señala que la explotación de los recursos naturales en los territorios indígenas se hará sin desmedro de la integridad cultural, social y económica de las comunidades indígenas y que en las decisiones que se adopten respecto de dicha explotación, el Gobierno propiciará la participación de los representantes de las respectivas comunidades (Art. 330 parágrafo).

Por su parte, el Artículo 76 de la Ley 99 de 1993 mediante la cual se crea el hoy Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial y se organiza el Sistema Nacional Ambiental, señala que “la explotación de los recursos naturales deberá hacerse sin desmedro de la integridad cultural, social y económica de las comunidades indígenas y de las negras tradicionales, de acuerdo con la Ley 70 de 1993 y el artículo 330 de la Constitución Nacional, y las decisiones sobre la materia se tomarán, previa consulta a los representantes de tales comunidades”.

De otro lado, encontramos el Decreto 1320 de 1998 que reglamenta el procedimiento de la Consulta Previa a comunidades indígenas y negras para la explotación de recursos naturales dentro de su territorio. El gobierno colombiano en su momento consideró que se "hace necesario reglamentar de manera especial la consulta previa a las comunidades indígenas y negras tradicionales mediante un procedimiento específico que permita a las autoridades ambientales ejercer su competencia en esa materia y cumplir el mandato contenido en el artículo 76 de la Ley 99 de 1993".Con anterioridad a esta disposición se realizaron consultas sin que necesariamente fuera una dificultad la falta de reglamentación del procedimiento. Ésta norma ha sido muy controvertida por aspectos que tienen que ver especialmente con su legitimidad, legalidad, ámbito de aplicación y con el procedimiento allí establecido. Adicionalmente, la Corte Constitucional para algunos casos, ha ordenado su inaplicación por considerarla inconstitucional y contraria al Convenio 169 de la OIT. Es importante resaltar que en el desarrollo de la Consulta previa se debe tener en cuenta el Derecho Indígena, es decir, las normas y procedimientos propios que los pueblos indígenas desarrollan principios que orientan la vida comunitaria y que reflejan no solo aspectos sociales sino, su relación con la naturaleza que les ha posibilitado el que hoy, en nuestro país, las zonas de mejor conservación y donde se cuenta con la mayor cantidad de recursos naturales, sean sus territorios

MARCO JURÍDICO DE LA CONSULTA PREVIA

1. Constitución Política de Colombia (art. 2, 7, 40, 330 (parágrafo)

2. Convenio 169 de la OIT (Ley 21 de 1991), sobre pueblos indígenas y tribales

3. Ley 70 de 1993, que desarrolla el art. 55 transitorio de la Constitución, reconoce las comunidades negras y establece mecanismos para su protección

4. Artículo 76 de la Ley 99 de 1993, para la explotación de recursos naturales renovables

5. Decreto 1320 de 1998, que reglamenta la consulta previa con las comunidades indígenas y negras para la explotación de los recursos naturales

6. Decreto 200 de 2003 por el cual se determinan los objetivos y la estructura del Ministerio del Interior y de Justicia y se establece que le corresponde a la Dirección de Étnicas, coordinar interinstitucionalmente la realización de la consulta previa

7. Ley 165 de 1994. Convenio de Diversidad Biológica para el caso de Permisos de Investigación Científica (conocimientos asociados a la biodiversidad)

8. Ley 1751 2015. articulo 6. m. El estado reconoce y garantiza el derecho fundamental a la salud integral, entendida según sus propias cosmovisiones y conceptos, que se desarrolla en el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI). (…) n…. se aplicará de manera concertada con ellos, respetando sus costumbres.

REFORMA A LA SALUD

¿Porque la reforma a la salud?

Hay una crisis estructural del sistema a la Garantía del Derecho, porque

1. La salud es deficientes e inequitativos

1. La oferta es precaria, fragmentada y segmentada de servicios de salud

1. Hay baja disponibilidad de talento humano y precarización laboral

1. La centralidad en la rentabilidad financiera y crisis de confianza

Por estos se va transformar el Sistema General de Seguridad Social en Salud en un Sistema de Salud basado en el Aseguramiento Social en Salud, para garantizar el derecho fundamental a la salud.

¿Que contiene la reforma a la salud?

El Proyecto de reforma a la salud contiene aspectos fundamentales que contemplan la equidad y el control financiero por parte del Gobierno que buscan mejorar el servicio de salud a los colombianos.

1. Se trata de un modelo de salud enmarcado en la salud primaria y determinantes sociales en salud, como lo plantea la Organización Mundial de la Salud (OMS)

2. Busca un modelo de atención con enfoque preventivo, predictivo y resolutivo, cuidando las familias y las comunidades.

3. Cada persona, familia y comunidad contará con un equipo multidisciplinario que le ayudará a mantenerse saludable y, cuando se requiera, remitirá su atención, de manera rápida y eficaz, a los especialistas.

4. Se aprobará un modelo de atención basado en el cuidado integral de la población, que fomentará la participación.

5. Lleva los servicios que reciben satisfactoriamente los usuarios en grandes ciudades, como Bogotá, a los municipios más pobres de Colombia.

6. Respeta la interculturalidad, garantizando que indígenas, afros y pueblos Rrom tengan el reconocimiento de sus saberes ancestrales.

7. Tiene un pagador único para garantizar la liquidez de hospitales y clínicas.

8. Plantea inversión en infraestructura y equipamientos, así como en el saneamiento de las deudas de los hospitales públicos.

9. Las nuevas Gestoras de Salud y Vida, antes EPS, analizarán riesgos en salud para la población, realizarán auditorias de calidad y contribuirán al uso eficiente de los recursos financieros.

10.Este proceso ha contado con el diálogo permanente de todos los sectores, incluyendo trabajadores de la salud, pacientes y gerentes de las EPS.”

PROPUSTA DE NORMA DEL SISTEMA INDÍGENA DE SALUD PROPIO E INTER-CULTURAL - SISPI

TÍTULO I
DISPOSICIONES GENERALES

El presente Decreto-Ley tiene por objeto regular el funcionamiento de los Territorios Indígenas para la administración, ejecución de recursos y la operatividad del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural -SISPI- a través de los modelos de salud propia e intercultural. Así mismo establece los mecanismos, garantías técnicas y financieras que permitirán a los pueblos y comunidades indígenas, bajo su responsabilidad y control, contribuir al goce del derecho fundamental a la salud integral bajo el ejercicio, reconocimiento y protección de su autonomía, identidad y pervivencia cultural.

¿Donde se aplica?

Se aplicarán a los Territorios Indígenas que, además de ponerse en funcionamiento de acuerdo con las normas del Decreto-Ley 1953 de 2014, también se hayan certificado para el ejercicio de las competencias y funciones públicas en salud y la administración y ejecución de recursos para la operatividad del SISPI.

Principios. De manera complementaria con los principios establecidos en la Ley Estatutaria 1751 de 2015 y en el Artículo 75 del Decreto-Ley 1953 de 2014, la administración, ejecución de recursos y la operatividad del SISPI por parte de los Territorios Indígenas y de sus autoridades propias, se regirá bajo los siguientes principios:

Autonomía y libre autodeterminación: Hace referencia a la protección y garantía sobre el ejercicio de la ley de origen, derecho mayor o derecho propio de los pueblos y comunidades indígenas que, con fundamento en sus cosmovisiones, les permite determinar sus propias instituciones y autoridades, ejercer funciones culturales, políticas y administrativas dentro de su ámbito territorial

Consulta: Para la formulación de planes, programas y proyectos sectoriales de salud propia e intercultural que las afecten, el Estado garantizará la aplicación del derecho fundamental y colectivo de los pueblos indígenas a la consulta previa, libre e informada y la concertación a través de sus autoridades tradicionales y organizaciones, en relación con las medidas y decisiones administrativas y normativas susceptibles de afectarlos directamente.

Respeto: Es la afirmación de la identidad, el cumplimiento de los principios y normas de comportamiento individual, familiar y colectivo de los pueblos y comunidades indígenas, teniendo en cuenta el consejo de los mayores, los mandatos de las asambleas y de las autoridades, así como, el reconocimiento y comprensión que tienen los pueblos y/o culturas de ver el mundo.

Solidaridad: Es un valor con el cual se busca garantizar el acceso al cuidado de la salud, bajo condiciones de igualdad en oportunidad, integralidad, calidad, accesibilidad y gratuidad, que conllevan al buen vivir personal, familiar y colectivo de los pueblos y comunidades indígenas.

Universalidad: Los pueblos y comunidades indígenas gozarán del acceso a las acciones que se desplieguen en el marco del SISPI, por lo que el Estado garantizará la disponibilidad de los recursos en los Territorios Indígenas para la cobertura de toda la población indígena residente en el país progresiva y gradualmente.

Progresividad y gradualidad en la implementación: Refiere al compromiso del Estado de diseñar, ejecutar y realizar seguimiento a los procesos que conlleven a contribuir al ejercicio y goce del derecho fundamental a la salud integral para los pueblos y comunidades indígenas, así como de acrecentarlo paulatinamente, en desarrollo de la Ley Estatutaria.

Sostenibilidad fiscal. Los Territorios Indígenas deberán tener en cuenta la sostenibilidad fiscal como criterio orientador para la administración, ejecución de recursos y la operatividad del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural.

Definiciones. Para efectos de conducir la administración, ejecución de recursos y la operatividad del SISPI, se tendrán como definiciones en el presente Decreto, las siguientes:

Desarmonía. Es el proceso dado por la ruptura del equilibrio en el relacionamiento del ser humano con su entorno, los procesos de vida y las leyes ancestrales. Esta condición de desarmonía afecta al ser humano, así como a su entorno familiar y comunitario y las dinámicas del gobierno propio.

Sabiduría ancestral: Es el conjunto de saberes ancestrales de los pueblos indígenas basados en su cosmogonía y cosmovisión que les ha permitido pervivir y desarrollar sus procesos de vida en convivencia armónica con el territorio y que se transmite por generaciones desde la familia, la comunidad y la autoridad política y espiritual.

Medicina tradicional: Es el conjunto de sabedores, saberes y prácticas milenarias de los Pueblos Indígenas para la protección y cuidado de la salud y la vida de la persona, la familia, la comunidad y el territorio, todo lo cual constituye la base y la puerta de entrada al SISPI.

Saberes y prácticas ancestrales de cuidado de la salud propia: Son los conocimientos y prácticas transmitidas por generaciones, realizadas por la familia indígena y fortalecidas por los dinamizadores de salud comunitaria, para el fomento de la salud, protección de la vida y recuperación de la armonía, en los diferentes momentos del ciclo de vida.

Acciones complementarias: Son las acciones de cuidado complementarias a las formas de cuidado propias, basadas en saberes de otros sistemas alopáticos o alternativos aceptadas en los territorios indígenas, para garantizar la integralidad del cuidado de la salud.

Espiritualidad: Es parte esencial de la existencia e identidad de los pueblos y comunidades indígenas del país. Se entiende como la parte etérea e intangible que mediante el pensamiento y la práctica cultural permite complementar el buen vivir desde lo físico y material, del indígena como individuo, colectividad y territorio.

Sabedores y sabedoras ancestrales: Son quienes sostienen los principios organizadores de los pueblos indígenas y armonizadores de las relaciones con el entorno y territorio, por lo tanto, orientan sus destinos y fungen como mediadores entre la madre naturaleza y los individuos de la comunidad.

CAPÍTULO II
CERTIFICACIÓN DE TERRITORIOS INDÍGENAS

Certificación. En desarrollo del Artículo 16 del Decreto-Ley 1953 de 2014, el Ministerio de Salud y Protección Social certificará los Territorios indígenas para el ejercicio de las competencias y funciones públicas en salud y la administración y ejecución de recursos para la operatividad del SISPI. Una vez expedida la certificación, el Territorio Indígena como organización político-administrativa de carácter especial, podrá ejercer las competencias y responsabilidades en salud atribuidas en el presente Decreto, así como la administración de los respectivos recursos presupuestales a través de sus estructuras y autoridades propias.

Requisitos para la certificación. El Ministerio de Salud y Protección Social expedirá el acto administrativo con la certificación de que trata el artículo anterior a solicitud del representante legal del Territorio Indígena. La solicitud deberá anexar lo siguiente:

- Certificado como Territorio Indígena emitido por la entidad competente.

- Copia de las actas donde conste la designación del Consejo Indígena o la estructura de gobierno propio que haga sus veces, así como del representante legal, inscritos ante el Ministerio del Interior.

- Acta de la asamblea general, mandato o resolución propia aprobada por las comunidades que habitan el Territorio Indígena, en el que aprueben la solicitud para la asunción de las funciones, la administración y la ejecución de recursos públicos que permitan la operatividad del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural.

- Listados censales actualizado y expedido por las autoridades indígenas en los que certifiquen y relacionen el número de personas que conforman el Territorio Indígena.

- Documento técnico que consigne el modelo de salud propia o el que haga sus veces que haya sido construido o actualizado conforme a las directrices y orientaciones a que hace referencia el Artículo 25 del presente Decreto-Ley.

- Documento que enmarque el Plan de Vida o su equivalente de cada pueblo, territorio o resguardo, en el cual se relacionen las necesidades de inversión de la comunidad, los objetivos y metas de las necesidades en salud.

- Documento que refleje el cálculo de los costos de implementación del respectivo modelo de salud propia e intercultural que apliquen, así como de su proyección y sostenibilidad financiera conforme a los Planes de Vida, de acuerdo con las orientaciones a que se hace referencia en el Artículo 36 del presente Decreto.

- Identificación y datos de contacto y notificación de las autoridades propias que serán responsables de la implementación y ejecución del SISPI al interior del Territorio Indígena, así como de las autoridades propias o tradicionales y demás personas que integran las estructuras propias en salud encargadas de la administración de los recursos que se destinarán ello.

- Una copia del reglamento, estatuto o mandato vigente de los pueblos o resguardos que integran el Territorio Indígena, donde estén consignadas las reglas o procedimientos propios para la designación del Consejo Indígena, del Representante Legal y de las autoridades propias o tradicionales y demás personas que integran las estructuras propias en salud.

TÍTULO II
GOBERNABILIDAD DEL SISTEMA INDÍGENA DE SALUD PROPIA E INTERCULTURAL

Gobernabilidad, dirección y rectoría. El SISPI se desarrollará bajo la indelegable función de gobernabilidad y autonomía del Congreso Nacional de los Pueblos y las autoridades indígenas y organizaciones de Mesa Permanente de Concertación -MPC-. El ejercicio de dirección estará sobre la responsabilidad del viceministerio SISPI adscrito al Ministerio de Salud y la rectoría del SISPI se desarrollará bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado. El Ministerio de Salud y Protección Social, ejercerá la rectoría de dicho Sistema y, previa concertación con la Mesa Permanente de Concertación -MPC- a que hace referencia el Decreto 1397 de 1996, expedirá las disposiciones reglamentarias y técnicas relativas a la estructuración, implementación, seguimiento y evaluación de la política pública nacional en salud propia e intercultural

Subcomisión Indígena de Salud. De acuerdo con lo previsto en el Decreto 1973 de 2013, la Subcomisión Indígena de Salud mantendrá su carácter consultivo y técnico para la construcción colectiva de la política pública en salud propia e intercultural para los pueblos y comunidades indígenas de Colombia y, en desarrollo de ello, apoyará y contribuirá a la construcción e implementación técnica de las normas, procedimientos y directrices para la operatividad del SISPI, su articulación con el Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS-, así como para diseñar, coordinar y ejecutar mecanismos de acompañamiento técnico a los Territorios Indígenas y demás espacios de diálogo y concertación indígena territorial, garantizando en todo caso, el ejercicio pleno de su autonomía y autodeterminación.

Autoridades Indígenas. Son las autoridades políticas que ejercen la gobernabilidad en su territorio según el plan de vida, y que son elegidas por decisión autónoma, de acuerdo con los sistemas de conocimiento, la cosmovisión, usos, costumbres y prácticas culturales de cada pueblo y comunidad indígena.

Documento base del Sistema. Previa concertación con la Mesa Permanente de Concertación -MPC-, el Ministerio de Salud y Protección expedirá mediante acto administrativo el Documento-Base SISPI el cual contendrá los principales lineamientos y direccionamientos de política pública en salud propia e intercultural, que será adoptado e incorporado por los Territorios Indígenas, para orientar la implementación, monitoreo, seguimiento y evaluación del SISPI. Los lineamientos, orientaciones y actos administrativos que se generen en desarrollo del presente Decreto, se integrarán al Documento Base del Sistema

Gobernabilidad territorial en salud. En el ámbito territorial, la gobernabilidad en salud del SISPI será ejercida por los Territorios Indígenas de acuerdo con los mandatos de gobierno propio en salud que definan los pueblos y comunidades indígenas en el marco de su autonomía. En dicho ejercicio, los Territorios Indígenas ejecutarán las funciones que correspondan a cada componente del SISPI a través de sus estructuras propias en salud y en el marco de los sistemas de conocimiento, modelos de salud propia e intercultural o el que haga sus veces, a que se refiere el presente Decreto.

Observatorio Nacional. El Ministerio de Salud y Protección Social creará e integrará a su estructura administrativa el Observatorio Nacional de Salud Propia e Intercultural de los Pueblos y Comunidades Indígenas.

CAPÍTULO II
ESTRUCTURAS PROPIAS EN SALUD

Alcance y tipologías. Son las instancias organizativas que hacen parte del gobierno propio en el ámbito vital, tradicional y territorial, orientadas a poner en funcionamiento los componentes del SISPI al interior del Territorio Indígena, así como garantizar la integralidad del cuidado de la salud y el ejercicio de sus funciones públicas, de acuerdo con las dinámicas de cada pueblo y comunidad indígena .

Los tipos de estructuras propias pueden ser:

- **Estructuras de gobierno propio en salud**. Son las instancias responsables de orientar las políticas de salud a partir de los mandatos que impartan las comunidades y autoridades indígenas y de ejercer la planeación técnica y la ejecución financiera para cada uno de los componentes del SISPI.

- **Estructuras de la sabiduría ancestral**. Son las instancias responsables de la orientación de los conocimientos, saberes y prácticas ancestrales y espirituales de los pueblos y comunidades indígenas, que contribuyen a la funcionalidad del SISPI de acuerdo con sus dinámicas organizativas.

- Estructuras para la formación, capacitación y uso del conocimiento. Son las instancias que, conforme a las dinámicas de cada pueblo y comunidad indígena, tienen como propósito la protección, transmisión, formación y generación de los saberes y conocimientos propios e interculturales, para el desarrollo integral del SISPI, el cuidado de la vida, la pervivencia cultural y el buen vivir

- Estructuras para la administración. Son las instancias responsables de ejercer acciones de administración y ejecución de los recursos financieros para la operatividad del SISPI, la vinculación y el bienestar del talento humano propio, así como de administrar y realizar soporte a los sistemas de información y los recursos y herramientas tecnológicas organizados y articulados entre sí, para la recopilación, almacenamiento, análisis, interpretación, actualización, divulgación y evaluación sistemática y oportuna de datos. De igual modo, tendrá como responsabilidad ejecutar acciones de seguimiento y monitoreo a los modelos de la salud propia e intercultural.

- Estructuras del cuidado de la salud propia e intercultural. Son las instancias responsables de garantizar el cuidado integral definido en el modelo de cuidado de salud propia e intercultural de cada pueblo al interior de los Territorios Indígenas, disponiendo para ello de los espacios, equipos de cuidado, dotación y demás insumos necesarios para garantizar la integralidad incluyendo la Estrategia de Atención Primaria en Salud Indígena APS-I, y el cuidado complementario.

Transformación y transición a estructuras propias en salud. Con el objetivo de fortalecer la gobernabilidad a nivel territorial, las autoridades de los pueblos y comunidades indígenas autorizarán, a los Territorios Indígenas certificados en salud, acoger e integrar como estructuras propias para la administración del SISPI, a las Entidades Promotoras de Salud Indígenas EPS-I, que voluntaria y organizativamente decidan transformarse y transitar al SISPI. En el mismo sentido, autorizarán acoger e integrar como estructuras del cuidado de la salud propia e intercultural, a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Indígenas IPS-I.

Transitoriedad. En coherencia con la gradualidad dispuesta en el Artículo 88 del Decreto-Ley 1953 de 2014, las instituciones propias de los pueblos indígenas denominadas EPS-I y las IPS-I que decidan no transformarse en estructuras propias en salud ni transiten a los Territorios Indígenas, podrán mantener su funcionalidad en el marco del SGSSS en los territorios indígenas no certificados en salud, cumpliendo para ello los requisitos establecidos en la normatividad vigente.

TÍTULO III

MODELOS DE SALUD Y OPERATIVIDAD DEL SISTEMA INDÍGENA DE SALUD PROPIO E INTERCULTURAL

Definición. Es la representación del SISPI mediante la cual se configuran los mecanismos estratégicos y operativos para ejecutar, a nivel territorial desde la integralidad las acciones culturales propias, interculturales o complementarias, en el mismo sentido contine el modelo de atención en salud o las formas del cuidado de la salud propia e intercultural a que hace referencia el Artículo 81 del Decreto-Ley 1953 de 2014, así como las demás acciones de los componentes del Sistema, orientadas al cuidado integral de la vida desde lo individual, familiar, comunitario y territorial.

Guía Metodológica. Dentro de los seis (6) meses siguientes a la expedición del presente Decreto, el Ministerio de Salud y Protección Social expedirá mediante acto administrativo, previa concertación con la Mesa Permanente de Concertación a que hace referencia el Decreto 1397 de 1996, una guía metodológica que contendrá las directrices y orientaciones metodológicas para la consolidación y visibilizarían de los sistemas de conocimiento en salud, modelos de salud propia e intercultural o documento técnico que haga sus veces, así como para la construcción de contenidos de los componentes e implementación del SISPI.

Atención Primaria en Salud Indígena. Los sistemas de conocimiento en salud, modelos de salud propia e intercultural acorde a sus alcances podrán operar bajo la Estrategia de Atención Primaria en Salud Indígena APS- I, mediante la cual de garantizará y promoverá la integralidad del cuidado, la cual se fundamentará en la territorialización, equipos de talento humano en salud propio, la planeación contextualizada de los cuidados y la participación de la familia y la comunidad.

Cuidado complementario. En desarrollo de lo dispuesto en el numeral 4 del Artículo 83 del Decreto-Ley 1953 de 2014 y en el marco de la Estrategia de Atención Primaria en Salud Indígena APS-I, los Territorios Indígenas podrán implementar acciones de cuidado complementario de la salud mediante prácticas médicas alopáticas, cuando se supere la capacidad de respuesta de la salud propia.

Adecuación cultural de acciones en salud: Donde sea pertinente los servicios de salud deben ser conceptualizados, organizados, implementados y adecuados a la cultura indígena, tomando como referentes los valores de los sistemas de conocimiento, la cosmovisión propia, para respetar su forma de vida, y se orientarán a reproducir, reforzar, recuperar y fortalecer la integralidad del cuidado en el marco de los componentes del SISPI.

Registro Único Nacional. Créase el Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud Propia a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social con el objetivo de identificar, caracterizar y organizar el talento humano en salud propia para la operatividad del SISPI en los Territorios Indígenas. En ningún caso, la inscripción en el registro serán requisitos ni condición para el ejercicio de las prácticas de medicina o cuidado tradicional propia.

CAPÍTULO II
OPERATIVIDAD Y GESTIÓN ADMINISTRATIVA DEL SISTEMA

Sujetos y espacios de cuidado. Los sujetos de cuidado de la salud son los destinatarios del cuidado de la salud propia e intercultural al interior de los Territorios Indígenas, que cobijan a los indígenas reconocidos en los listados censales de sus respectivas autoridades, así como al territorio y la naturaleza, entendidos como los seres y espacios físicos y espirituales, sujetos de cuidado que, en condiciones de armonía, garantizan el equilibrio de las relaciones del ser.

Espacios físicos de cuidado e infraestructura en salud propia e intercultural. De conformidad con los modelos de salud de cada pueblo indígena, los Territorios Indígenas definirán los espacios y escenarios físicos de cuidado en los cuales se realizarán las acciones y prácticas propias y complementarias para garantizar la integralidad del cuidado de la salud. Bajo la orientación de las autoridades y comunidades indígenas, las estructuras de gobierno propio en salud desarrollarán los criterios y mecanismos técnicos para su configuración, operación y administración, teniendo como parámetro las directrices generales dispuestas por la Nación.

Gestión de la información propia y planeación. A través de la coordinación de sus estructuras propias en salud, el Territorio Indígena deberá adelantar los procesos de recolección, tratamiento, análisis, seguimiento y evaluación de las condiciones de salud y buen vivir comunitario, así como adoptar mecanismos de seguimiento a los indicadores trazadores y de salud y buen vivir

Implementación de las acciones de cuidado de la salud propia e intercultural. De acuerdo con los sistemas de conocimiento, modelos de salud propia e intercultural o documento técnico que haga sus veces, los Territorios Indígenas implementarán acciones en materia de cuidado de la salud para desarrollar lo dispuesto en los Artículos 81, 83.1., 83.2. del decreto-Ley 1953 de 2014, las cuales estarán orientadas al fomento de la salud, la protección de la vida, la recuperación de la armonía y el monitoreo de la salud.

Transitoriedad de acciones colectivas de cuidado. En el término de seis (6) meses posteriores a la expedición del presente decreto, el Ministerio de Salud y Protección Social expedirá mediante acto administrativo el Plan de Cuidado para la Vida Colectiva para los Pueblos indígenas que contendrá las intervenciones interculturales y las acciones propias colectivas para la salud, que deberán ser implementadas de manera transitoria en las entidades territoriales con población indígena, en tanto se ponen en funcionamiento los Territorios Indígenas o ellos reciben su certificación en salud.

Indicadores de salud y de gestión del modelo. Los Territorios Indígenas deberán adoptar indicadores de salud y de gestión al interior del sistema de conocimiento en salud, modelo de salud propio e intercultural o documento técnico que haga sus veces, con el objetivo de evaluar el proceso, resultados e impacto de la consolidación y operatividad de los componentes del SISPI, en el marco de la temporalidad de los calendarios naturales de los pueblos indígenas. En todo caso, los indicadores trazadores de seguimiento de operación del modelo deberán ser definidos de manera conjunta con el Ministerio de Salud y Protección Social.

TÍTULO IV
FINANCIACIÓN DEL SISTEMA INDÍGENA DE SALUD PROPIO E INTERCULTURAL

CAPÍTULO ÚNICO

Costos de los modelos de cuidado. Dentro de los seis (6) meses siguientes a la expedición del presente decreto, el Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará las directrices y orientaciones técnicas para la configuración, cálculo y aprobación de los costos de los modelos de cuidado de salud propia e intercultural. Esta reglamentación se definirá técnicamente con la Subcomisión de Salud Indígena y se concertará con la Mesa Permanente de Concertación -MPC-, a que hace alusión el Decreto 1397 de 1996.

Disposición presupuestal para el Sistema. La administración y ejecución presupuestal para la operatividad del SISPI, estará sujeta al cálculo de costos fijado para el respectivo modelo de salud propio e intercultural. En desarrollo del Artículo 85 del Decreto-Ley 1953 de 2014, la operatividad de los modelos de salud estará financiada con los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud destinados para el aseguramiento social en salud que son administrados por la ADRES, en proporción a la población indígena que hace parte del Territorio Indígena.

Unidad de Financiamiento Indígena -UFI-. La metodología técnica de definición anual y los mecanismos de sostenibilidad, suficiencia y seguimiento de la Unidad de Financiamiento Indígena -UFI, será aplicable para todos los Territorios Indígenas, y para ello se tendrá en cuenta los modelos de cuidado de la salud propia, la dispersión geográfica en que se encuentran las comunidades, así como la sostenibilidad financiera del SISPI. Para lo anterior, los Territorios Indígenas deberán entregar la información que requiera el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de los términos y la oportunidad reglamentada para ello.

Cuentas maestras. Sin perjuicio de lo señalado en los Artículos 18 y 19 del Decreto-Ley 1953 de 2014, en el término de seis (6) meses posteriores a la expedición del presente Decreto, el Ministerio de Salud y Protección Social definirá las orientaciones y lineamientos técnicos y financieros que deberán adoptar los Territorios Indígenas para la operación y registro de las cuentas maestras del sector salud, y el manejo y administración de los recursos de la Unidad de Financiamiento Indígena - UFI-, en el evento que estos sean girados de manera directa al Territorio Indígena.

Creación y administración de fondos de salud. Bajo previa autorización de la asamblea general, mandato o resolución propia aprobada por las comunidades, los Territorios Indígenas podrán crear un fondo de salud mixto como una cuenta especial sin personería jurídica, que tendrá como objetivo el recaudo, la canalización, distribución y gestión de los ingresos, siempre que su destinación sea la operatividad de los componentes del SISPI y la gestión integral de cuidado de la salud propia.

Financiación del componente de formación, generación y uso del conocimiento en salud. En complemento con lo dispuesto en el numeral 3 del Artículo 85 del Decreto-Ley 1953 de 2014, el componente de formación, generación y uso del conocimiento del SISPI podrá ser financiado con los recursos dispuestos por la Unidad de Financiamiento Indígena -UFI-.

Contenidos en materia de salud en el Presupuesto Anual de Inversión. Los planes, programas y proyectos en materia de salud que sean integrados al Presupuesto Anual de Inversión a que hace referencia el Artículo 17 del Decreto-Ley 1953 de 2014, deberán guardar coherencia con los Planes de Vida de los respectivos Pueblos Indígenas que integran el Territorio Indígena, así como con las disposiciones que para tal efecto disponga reglamentariamente el Ministerio de Salud y Protección Social o el Departamento Nacional de Planeación -DNP-.

Proyectos de inversión. En el caso que el Territorio Indígena requiera adoptar proyectos de inversión para la gestión de alguna iniciativa dentro de los componentes del SISPI en el marco del modelo de salud propio e intercultural, adoptará las disposiciones a que hace referencia el Artículo 32 del Decreto-Ley 1953 de 2014

Uso, destinación y ejecución de los recursos. Al tener destinación específica en salud, los recursos de la Unidad de Financiamiento Indígena -UFI- estarán destinados específicamente a financiar la operatividad del SISPI en el marco de las funciones de las estructuras propias en salud a que hacen referencia en el presente Decreto. Sin embargo, los compromisos que adquiera el Territorio Indígena con dichos recursos no podrán superar el monto de la participación establecida en la respectiva vigencia fiscal, en aplicación del principio de anualidad presupuestal.

Financiación en infraestructura en salud propia. Cada dos (2) años contados a partir de la expedición del presente Decreto, las autoridades propias de los Territorios Indígenas elaborarán un plan bienal de inversiones, en el que se incluirán las inversiones destinadas a crear o fortalecer los espacios físicos de cuidado e infraestructura en salud propia a que refiere el Artículo 31 del presente Decreto.

Cofinanciación transitoria para las Instituciones Prestadoras de Salud Indígenas. En coherencia con la gradualidad dispuesta en el Artículo 88 del Decreto-Ley 1953 de 2014 y de manera transitoria hasta tanto entre en operatividad el SISPI, las IPS-I que hayan sido creadas en el marco del Decreto 1088 de 1993 y hayan decidido transformarse en estructuras propias en salud y transiten a los Territorios Indígenas, podrán recibir transferencias directas de recursos públicos por parte de la Nación, departamentos, distritos o municipios, para inversión en infraestructura física, equipamiento fijo, dotación biomédica y transporte asistencial, siempre que dichos recursos por su naturaleza puedan ser destinados a los conceptos mencionados. Para efectos de lo anterior, las referidas IPS-I, serán entendidas como entidades públicas de derecho público especial.

Integración normativa. En los asuntos no previstos en el presente capítulo en relación con el monitoreo, seguimiento y control integral de los recursos presupuestales para la administración y operatividad del SISPI, se aplicará lo dispuesto en el Capítulo IV del Título II del Decreto-Ley 1953 de 2014.

TÍTULO IX
INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL CAPÍTULO ÚNICO

Definición. Es el mecanismo mediante el cual se hace el acompañamiento, orientación, control y monitoreo a la funcionalidad del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural SISPI desde lo cultural, político, social y financiero, basado en las estrategias definidas por los pueblos y comunidades indígenas en coordinación con los mecanismos de vigilancia y control del SGSSS.

Las líneas orientadoras de los procesos de seguimiento, evaluación y control se retoman del eje estratégico vigilancia y control del componente político organizativo.

Responsabilidades del gobierno propio en salud. Desde el territorio, la comunidad, la asamblea, sus autoridades políticas y espirituales dentro de sus sistemas de conocimiento, usos, prácticas y costumbres, cosmovisiones, leyes de origen, derecho interno y consuetudinario determinan, advierten, previenen, orientan o sancionan las conductas, faltas o contravenciones que generen desarmonía al proceso.
En todo caso corresponde a las autoridades indígenas o la instancia designada por ellas, el ejercicio del Control y vigilancia del Sistema y la adopción de correctivos, la imposición de sanciones a que haya lugar.

Coordinación del seguimiento, evaluación y control con el SGSSS. La Superintendencia nacional de salud en coordinación con los pueblos indígenas definirán el mecanismo que facilite la articulación en el proceso de Seguimiento, evaluación y Control de las acciones complementarias a los modelos de salud propios e interculturales para el cuidado de la vida.

TITULO X

ENTIDADES DEL ORDEN NACIONAL Y ENTIDADES DEL ORDEN TERRITORIAL PARA LA OPERATIVIDAD DEL SISTEMA INDIGENA DE SALUD PROPIA E INTERCULTIRAL

CAPITULO UNICO

Viceministerio de salud SISPI. El Ministerio de Salud y Protección Social creará e integrará a su estructura administrativa el vice ministerio Sistema de Salud Propia e Intercultural SISPI, el cual tendrá como objeto implementar las políticas públicas de salud de los pueblos indígenas en coordinación con el Ministerio de Salud y bajo la orientación del Congreso Nacional de los Pueblos y comunidades Indígenas del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural - SISPI, el ejercicio de gobernabilidad de la Mesa Permanente de Concertación MPC, junto a sus autoridades indígenas y sobre los aportes técnicos construidos por la Subcomisión de Salud de la Mesa Permanente de Concertación con pueblos y organizaciones indígenas MPC.

Sus órganos internos de funcionamiento estarán constituidos por:

a. Oficina del componente de Sabiduría Ancestral
b. Oficina del componente Político organizativo
c. Oficina del componente de formación, capacitación y usos del conocimiento
d. Oficina del componente de administración y gestión
e. Oficina del componente de cuidado de salud propia e intercultural y sus dependencias de cuidadores de la salud o personal de salud; insumos y transformación y modelos de atención o formas de cuidado.
f. Sistemas de conocimiento tradicional en salud y sus dependencias de modelos de cuidado integral de la salud y la vida; infraestructura y dotación.
g. Oficina de comunicaciones SISPI
h. Oficina del Sistema único de información en salud de pueblos y organizaciones indígenas.

Dirección Nacional y dependencias territoriales de Evaluación, Seguimiento y Control del Sistema de Salud Propia e Intercultural SISPI. El Ministerio de Salud y Protección Social Incorporara a la estructura y funciones de la Superintendencia Nacional de Salud la Dirección Nacional y dependencias territoriales de Evaluación, Seguimiento y Control del Sistema de Salud Propia e Intercultural SISPI con el objeto acompañamiento, orientación, control y monitoreo a la funcionalidad del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural SISPI desde lo cultural, político, social y financiero, basado en las estrategias definidas por los pueblos y comunidades indígenas en coordinación con los mecanismos de vigilancia y control del SGSSS.

Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES INDIGENA. El Gobierno Nacional, incorporara a la estructura y funciones de la dependencia de la Administradora de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES, la dirección nacional y sus dependencias para el proceso de administración de Recursos del Sistema de Aseguramiento Social en Salud para pueblos indígenas, con un fondo único público de salud para pueblos indígenas con una cuenta independiente para el cuidado integral de la salud acorde a sus sistemas de conocimiento tradicional en salud; modelos cuidado integral, formas o procesos de cuidado integral de la salud de los pueblos y comunidades indígenas del país.

RUTA PROPUESTA CPLI

PRECONSULTA 13 - 19 DICIEMBRE 2023

REVISIÓN : CONTENIDOS METODOLÓGICOS

- **Mesa técnica 1:** (Espacio conjunto con Gobierno) – 14 y 15 de diciembre.
- **Mesa Técnica 2:** (Espacio Autónomo con equipos técnicos de las Organizaciones – 16 y 17 de diciembre.

PRECONSULTA 20 - 23 DE DICIEMBRE DE 2023

SESIÓN AMPLIADA

- Metodología, cierre de preconsulta, protocolización de la Consulta Previa, Libre e infrmada.
- 21 diciembre (Espacio Autónomo)
- 22 diciembre Sesión ampliada Subcomisión de Salud - MPC

CONSULTA ENERO- FEBRERO DE 2024

DESPLIEGUE TERRITORIAL 2 MESES

- **Unificación de técnica** - 1 al 15 de marzo de 2024
- **Unificación de organizaciones** - 17 al 23 de marzo de 2024
- **Congreso Nacional de Salud** - 26 al 30 de marzo de 2024
- **Protocolización:** 30 de marzo de 2024 – Cierre de consulta, protocolización e instalación de la pos-consulta

POSCONSULTA 30 DE MARZO DE 2024

INSTALACIÓN POSCONSULTA

- 30 de marzo de 2024 Instalación de la posconsulta. Seguimiento, monitoreo, expedición del decreto.