PROYECTO:

DESARROLLO DEL DIAGNÓSTICO PARA DETERMINAR LAS NECESIDADES EN LA ESTRUCTURACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL OBSERVATORIO NACIONAL DE SALUD PROPIA E INTERCULTURAL DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS.

Definición conceptual, teórica y jurídica del objeto epidemiológico de observación, seguimiento y análisis, así como la definición de las dimensiones en que se desarrollará el diagnóstico para la estructuración del Observatorio.

DEFINICIÓN DE LOS OBJETOS Y DIMENSIONES A DIAGNOSTICAR

Producto No. 2

Convenio de Asociación No. MSPS-1659-2024

CONTENIDO

1. Introducción 4
2. Antecedentes 5
3. Objetivos 5
3.1. General 5
Definir el objeto epidemiológico y las dimensiones de los demás objetos a diagnosticar, con el fin de establecer las necesidades para la estructuración del Observatorio Nacional de Salud Indígena. 5
3.2. Específicos 5
4. Metodología 6
5. Resultados 6
5.1. El objeto de observación epidemiológico y sus dimensiones 7
5.1.1. Presentación 7
5.1.2. Objetivo 7
5.1.3. Referentes conceptuales 8
5.1.4. Referentes teóricos 9
5.1.5. Referentes jurídicos 10
5.1.6. Dimensiones del objeto 12
5.2. Objeto de observación componentes del SISPI y sus dimensiones 14
5.2.1. Presentación 14
5.2.2. Objetivos 15
5.2.3. Referentes conceptuales y teóricos 15
5.2.4. Referentes Conceptuales 16
5.2.5. Referentes Teóricos 17
5.2.6. Referentes jurídicos 18
5.2.7. Dimensiones diagnosticables 19
5.3. Objeto de observación políticas y marcos normativos y sus dimensiones 22
5.3.1. Presentación 23
5.3.2. Objetivo 23
5.3.3. Referentes conceptuales y teóricos 23
5.3.4. Referentes jurídicos 25

5.3.5. Dimensiones diagnosticables 27
5.4. Objeto de observación presupuestal y financiero y sus dimensiones 28
5.4.1. Presentación 28
5.4.2. Objetivo 28
5.4.3. Referentes conceptuales, teóricos y jurídicos 28
5.4.4. Dimensiones diagnosticables 32
5.5. El Objeto de observación sistemas de información y sus dimensiones 35
5.5.1. Presentación 35
5.5.2. Objetivo 36
5.5.3. Referentes conceptuales y teóricos 36
5.5.4. Referentes jurídicos 37
5.5.5. El objeto de sistema de información que podría ser diagnosticado en el Observatorio de Salud Propio e Intercultural 39
5.5.6. Dimensiones de los Sistemas de Información en el Observatorio Nacional de Salud Propia e Intercultural de los Pueblos Indígenas 39
5.5.7. Principios para los Sistemas de Información 41
6. Conclusiones 42
7. Recomendaciones 43

1. Introducción

El presente producto No.2., del Convenio de Asociación No. MSPS-1659-2024 define, desde una perspectiva conceptual, teórica y jurídica, el objeto epidemiológico y los demás objetos a diagnosticar para establecer las necesidades del observatorio de salud indígena.

Por otro lado, precisa las dimensiones en las que se llevará a cabo el diagnóstico del objeto epidemiológico y de los demás objetos identificados, con el fin de enfocar adecuadamente el desarrollo del estudio.

Estos desarrollos conceptuales, teóricos, jurídicos y estratégicos constituyen dispositivos de conocimiento que permiten la elaboración y ejecución del diagnóstico para determinar los elementos necesarios para el diseño e implementación del Observatorio de Salud Indígena.

Los objetos de seguimiento fueron inicialmente enunciados en la propuesta técnica del Convenio de Asociación 1659 de 2024, así como en el documento No.1., sobre el plan metodológico y el documento metodológico del convenio. Sin embargo, su desarrollo en términos de los contenidos que los definen y delimitan se exponen en el presente documento, Producto No. 2.

2. Antecedentes

En el marco de la ejecución del Convenio de Asociación No. MSPS-1659-2024, el Proyecto titulado ***"Desarrollo del diagnóstico para determinar las necesidades en la estructuración e implementación del Observatorio Nacional de Salud Propia e Intercultural de los Pueblos Indígenas"*** planteó como orientación metodológica la tarea de definir -previamente- posibles objetos y dimensiones de seguimiento y análisis, con la capacidad de fungir como dispositivos de conocimiento, determinados y determinables, sobre los cuales pueda recaer el estudio diagnóstico.

Así, en el documento titulado ***"Plan Metodológico y Documento Metodológico del Diagnóstico de Necesidades para la Estructuración del Observatorio Nacional de Salud Propia e Intercultural de los Pueblos Indígenas",*** *dicha* directriz -relacionada con los objetos de observación y sus dimensiones- se operacionalizó a través de un objetivo específico orientado a definir las dimensiones de los cinco objetos transitorios a diagnosticar, con el fin de establecer las necesidades para la estructuración del Observatorio de Salud Indígena.

En consecuencia, el presente producto No. 2, se basa en los documentos mencionados y, por lo tanto, tiene como objetivo materializar una de las obligaciones previstas en el Convenio de Asociación No. MSPS-1659-2024.

3. Objetivos

3.1. General

Definir el objeto epidemiológico y las dimensiones de los demás objetos a diagnosticar, con el fin de establecer las necesidades para la estructuración del Observatorio Nacional de Salud Indígena.

3.2. Específicos

1. Definir conceptual, teórica y jurídicamente el objeto epidemiológico y los demás

objetos a diagnosticar para establecer las necesidades del Observatorio de Salud Indígena.

2. Precisar las dimensiones en que será diagnosticado el objeto epidemiológico y los demás objetos identificados con el propósito de enfocar el desarrollo de la exploración.

4. Metodología

El presente documento se desarrolló de conformidad con los lineamientos trazados en el ***"Plan Metodológico y Documento Metodológico del Diagnóstico de Necesidades para la Estructuración del Observatorio Nacional de Salud Propia e Intercultural de los Pueblos Indígenas***".

En este contexto, y considerando los objetivos definidos para la elaboración del producto No. 2, se recurrió, por un lado, a la recolección, sistematización y análisis de fuentes documentales y virtuales relevantes.

Por otro lado, se realizó la identificación y análisis de conceptos e instituciones jurídico - administrativas pertinentes para diagnosticar las necesidades relacionadas con estructuración del Observatorio de Salud Indígena.

Estas herramientas metodológicas se aplicaron con el objetivo de aportar contenidos definitorios y estratégicos a los objetos y dimensiones establecidos, con el fin de desarrollar el diagnóstico de necesidades requerido para estructurar el Observatorio de Salud Indígena.

5. Resultados

En el presente apartado del producto No. 2 se exponen los resultados obtenidos en el desarrollo de la tarea orientada a definir, de manera conceptual, teórica y jurídica, los objetos de observación y sus dimensiones de diagnóstico.

Los hallazgos y resultados de la investigación se presentan en cinco (5) apartados, los cuales abordan los siguientes aspectos: epidemiológicos, componentes del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (SISPI), elementos financieros y presupuestales, marcos normativos y políticas públicas, así como conocimiento y formación.

Para cada uno de estos objetos de análisis y sus dimensiones, se formuló un objetivo específico que orienta la búsqueda y construcción de indicadores relevantes para el Observatorio de Salud Indígena.

5.1. El objeto de observación epidemiológico y sus dimensiones

5.1.1. Presentación

Para el Observatorio Nacional de Salud Propia e Intercultural de los Pueblos Indígenas, la integración de la epidemiología como disciplina fundamental de la salud pública debe implementarse mediante un enfoque intercultural, lo cual posibilita una comprensión más profunda y matizada de las dinámicas de salud en contextos culturalmente diversos, particularmente en las comunidades indígenas.

La epidemiología intercultural posibilita la identificación y el análisis de cómo las creencias, prácticas y conocimientos ancestrales configuran la percepción de la salud, así como los procesos de prevención, tratamiento y ritualidad de las enfermedades propias. Además, este enfoque considera los determinantes sociales que afectan la salud, tales como el acceso a la atención física y espiritual, la cosmovisión cultural y la relación simbiótica con la tierra, entendida como un ser vivo digno de respeto y protección. Estos elementos resultan fundamentales para comprender la diversidad en la percepción y la experiencia de la salud en las comunidades indígenas en Colombia.

La participación activa de las comunidades en la formulación y desarrollo de políticas de salud constituye un componente técnico crucial de la epidemiología, ya que garantiza que las intervenciones sean culturalmente pertinentes y aceptadas. Este proceso no solo incrementa el impacto de los programas de salud pública, sino que también empodera a las comunidades al involucrarlas en la toma de decisiones sobre su bienestar.

5.1.2. Objetivo

Construir una matriz de indicadores epidemiológicos basada en un cuadro de mando integral que permita recopilar y analizar datos sobre las variables observables, por medio de sistemas de información en salud propios e interculturales utilizados por las organizaciones que protegen y benefician a los pueblos indígenas. El objetivo es identificar y analizar los patrones de salud y enfermedad, tanto ancestrales como alopáticas, en las comunidades indígenas, con el fin de fortalecer el Observatorio Nacional de Salud Propia e Intercultural. De esta manera, se busca contribuir a la

planificación y mejora de las estrategias de atención en salud, adaptadas a sus necesidades específicas de estas comunidades.

5.1.3. Referentes conceptuales

La salud alopática, también denominada medicina convencional u occidental, representa un enfoque terapéutico que se fundamenta en el uso de fármacos y procedimientos clínicos para el tratamiento de enfermedades y la mitigación de síntomas. Este paradigma se sustenta en la evidencia científica y se enfoca en la identificación y tratamiento etiológico de las patologías mediante métodos diagnósticos y terapéuticos avanzados[1].

Por otra parte, la salud propia para los pueblos indígenas se refiere a un enfoque holístico y culturalmente específico de la salud y el bienestar, que integra aspectos físicos, mentales, emocionales y espirituales. Para las comunidades indígenas, la salud no se limita a la ausencia de enfermedad, sino que implica un equilibrio armonioso con la naturaleza y su entorno. La salud propia está profundamente arraigada en sus cosmovisiones, donde la conexión con la tierra, los sabios, los conocimientos ancestrales y las prácticas tradicionales son fundamentales[2].

En el trabajo realizado por *Aguilar et, al*[3]; la salud intercultural se define como un subcampo de la salud pública que busca integrar diferentes enfoques de salud, particularmente los tradicionales indígenas y la biomedicina occidental. Este enfoque reconoce que la salud no es solo la ausencia de enfermedad, sino un estado de bienestar físico, mental y social, influenciado por factores culturales, y promueve el reconocimiento de la diversidad y el diálogo intercultural.

La salud intercultural parte del reconocimiento de que las diferentes culturas tienen diversas formas de entender la salud, la enfermedad y la atención médica. Implica un diálogo continuo y respetuoso entre diferentes sistemas médicos, así como entre estos y la comunidad, en un ambiente de confianza y autodeterminación. No se trata de un sistema que busque la dominación de un modelo sobre otro, sino la articulación de ambos en un plano de igualdad. Este diálogo busca la conciliación y no la ruptura o el conflicto entre diferentes perspectivas.

En el centro de la salud intercultural se encuentra el reconocimiento de la diversidad cultural en la forma en que cada cultura interpreta la salud, la enfermedad y la atención médica. Este enfoque promueve un diálogo respetuoso entre los sistemas médicos y la comunidad, con el fin de construir un ambiente de confianza y autodeterminación.

[1] Bhargava K, Jaeschke R. Evidence-based Medicine: An overview. J Sci Res Med Sci. 2001 Oct;3(2):105-12. PMID: 24019716; PMCID: PMC3174704.
[2] Proyecto para desarrollar el diagnóstico para determinar las necesidades para la estructuración e implementación del observatorio nacional de salud propia e intercultural de los pueblos indígenas.
[3] Aguilar Peña M, Tobar Blandón MF, Garciía-Perdomo HA. Salud intercultural y el modelo de salud propio indígena. Rev. salud pública;22(4):463-7. Disponible en: https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/87320

5.1.4. Referentes teóricos

La epidemiología es una disciplina fundamental en la salud pública debido a su capacidad para analizar y mejorar la salud poblacional mediante enfoques rigurosos y basados en evidencia. En primer lugar, facilita la identificación y el análisis detallado de la distribución y frecuencia de las enfermedades en diversas poblaciones, lo cual es esencial para comprender su etiología y guiar intervenciones efectivas en salud pública. A través de estudios epidemiológicos, se identifican determinantes sociales, ambientales y biológicos que afectan la salud, lo que proporciona una base crítica para diseñar estrategias integrales que aborden de manera efectiva las causas subyacentes de las enfermedades. Además, la epidemiología ofrece herramientas metodológicas robustas para evaluar la eficacia de las intervenciones y programas de salud pública, permitiendo a los responsables de la formulación de políticas tomar decisiones informadas y basadas en evidencia sobre las estrategias más adecuadas para mejorar los indicadores de salud poblacional. La recopilación y el análisis de datos epidemiológicos son pilares del monitoreo continuo de la salud pública, incluyendo la vigilancia activa de brotes de enfermedades, lo que posibilita una respuesta rápida y eficiente ante emergencias sanitarias. Asimismo, desempeña un papel crucial en la prevención y el control de enfermedades, apoyando el desarrollo de programas de vacunación, campañas de educación sanitaria y políticas que contribuyan a reducir la incidencia de enfermedades. La epidemiología fomenta un enfoque basado en evidencia para la toma de decisiones en salud pública, mejorando los resultados en salud al garantizar que las políticas y prácticas se fundamenten en datos empíricos sólidos. Finalmente, integra saberes de múltiples disciplinas, tales como biología, matemáticas, sociología, economía, medicina entre otras, lo cual permite un abordaje más holístico y completo de los desafíos de salud pública. En conjunto, estos aspectos destacan cómo la epidemiología no solo proporciona herramientas analíticas esenciales, sino que también constituye la base para sustentar políticas y prácticas en salud pública, contribuyendo de manera significativa al bienestar general y sostenible de las comunidades[4,5].

Con lo anterior, podemos definir **la epidemiología** como el estudio detallado de la ocurrencia y distribución de los estados o eventos relacionados con la salud en poblaciones específicas. Este campo abarca tanto el análisis cuantitativo como cualitativo de la frecuencia y patrones de estos eventos, lo que incluye la identificación de factores determinantes, como los biológicos, sociales, culturales, ambientales y conductuales, que influyen sobre dichos estados. Asimismo, la epidemiología se ocupa de examinar cómo estos determinantes interactúan entre sí, afectando la aparición y la evolución de estos estados o eventos relacionados con la salud. Además, la epidemiología se dedica a la aplicación de este conocimiento para diseñar, implementar y evaluar intervenciones orientadas al control y prevención de problemas de salud, contribuyendo a mejorar la salud pública mediante políticas basadas en evidencia, programas de prevención efectivos y estrategias que promuevan el bienestar a largo

[4] Frieden, T. R. (2010). "A Framework for Public Health Action: The Health Impact Pyramid." *American Journal of Public Health*, 100(4), 590-595.
[5] Marmot M, Wilkinson RG, eds. *Social determinants of health*. 2nd ed. Oxford University Press; 2006.

plazo de las poblaciones afectadas[6,7,8].

Para el proyecto del *"Observatorio Nacional de Salud Propia e Intercultural de los Pueblos Indígenas"*, es indispensable aplicar una **epidemiología intercultural** como una rama de la epidemiología que busca integrar los conocimientos científicos biomédicos con las prácticas, saberes y perspectivas culturales propias de las comunidades con las que se trabaja. Este enfoque tiene como objetivo describir, comprender y explicar la situación de salud y enfermedad en un marco que reconozca y respete la diversidad cultural. Más allá de la simple descripción de los patrones de salud, la epidemiología intercultural promueve la colaboración horizontal entre las comunidades y los equipos de salud. Este enfoque valora los sistemas de conocimiento tradicionales y sus interacciones con la medicina basada en evidencia, generando un espacio para el diálogo intercultural. De este modo, no solo se identifican problemas de salud, sino que se construyen conjuntamente soluciones culturalmente pertinentes, sostenibles y aceptadas por la comunidad.

La epidemiología intercultural se fundamenta en el reconocimiento de la diversidad cultural, entendiendo que la salud no solo es definida por parámetros biomédicos universales, sino que también incluye las interpretaciones locales y culturales de las comunidades, basadas en sus valores, creencias y tradiciones. Además, este enfoque requiere la participación activa de las comunidades en todas las etapas del proceso, desde la identificación de los problemas de salud hasta la implementación y evaluación de las soluciones. La participación comunitaria asegura la pertinencia cultural de las intervenciones[9].

Asimismo, la epidemiología intercultural reconoce que los conocimientos ancestrales, como el uso de plantas medicinales o rituales, forman parte integral de las prácticas de salud y bienestar de muchas culturas. Al integrar estas prácticas, se fomenta la aceptación y efectividad de las estrategias de salud pública. Las soluciones deben adaptarse no solo a las necesidades epidemiológicas, sino también al contexto cultural, lingüístico, económico y social de las comunidades indígenas para asegurar su implementación exitosa[10]. Este enfoque también se basa en un compromiso ético de equidad en salud, buscando reducir las brechas de acceso a los servicios de salud y respetando la autonomía cultural de las comunidades.

5.1.5. Referentes jurídicos

Estas normas y políticas, junto con los acuerdos de consulta previa y los planes de salud pública, constituyen el marco legal e institucional que sustenta la creación del Observatorio y la consolidación del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (SISPI). Este marco es respaldado por la epidemiología como disciplina fundamental de

[6] Gordis L. Epidemiology. 6th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2019.
[7] Rothman KJ, Greenland S, Lash TL. Modern Epidemiology. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2020.
[8] Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Principles of Epidemiology in Public Health Practice. 3rd ed. Atlanta: CDC; 2012
[9] Napolitano DA, Ryan GW. The anthropology of health: perspectives on risk and culturally appropriate interventions. Int J Environ Res Public Health. 2007;4(1):1-5.
[10] Sharma, N., Walker, J.D., Wenghofer, E. et al. Indigenous approaches to health assessment: a scoping review protocol. Syst Rev 13, 78 (2024).

la salud pública, y establece la ruta conceptual y jurídica que debe ser respetada.

Convenio 169 de 1989 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT):

- Adoptado por Colombia mediante la Ley 21 de 1991.
- Artículos 7-2 y 25: Priorizan la mejora de las condiciones de vida y salud de los pueblos indígenas en los planes de desarrollo.
- Resalta la importancia de la participación y cooperación de los pueblos indígenas en la mejora de su salud.

Decreto 1397 de 1996:

- Crea la Mesa Permanente de Concertación con los Pueblos y Organizaciones Indígenas (MPC).
- Artículo 13: Establece la organización de la MPC en comisiones de trabajo, incluyendo una comisión de salud, para la concertación sobre temas específicos.
- La MPC se convierte en un espacio crucial para la participación de los pueblos indígenas en la toma de decisiones sobre políticas de salud.

Ley 1450 de 2011:

- Incorpora el Anexo IV.C 1-1 al Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014.
- Este anexo trata la "Protocolización de la Consulta Previa al Plan Nacional de Desarrollo con Grupos Étnicos", incluyendo a los pueblos indígenas.
- Formaliza el proceso de consulta previa en temas de desarrollo que afectan a los pueblos indígenas, incluyendo la salud.

Decreto 1973 de 2013:

- Crea la Subcomisión de Salud de la MPC.
- Objetivo: Construcción colectiva de políticas públicas de salud para los pueblos indígenas.
- Funciones:
    - Orientar y formular políticas de salud para los pueblos indígenas.
    - Construcción e implementación del SISPI, garantizando el derecho a la salud de manera integral y universal.
    - Respeto a las diferencias culturales y a los conocimientos de la medicina tradicional propia.
    - Definir lineamientos de articulación y coordinación con el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
    - Identificar situaciones de salud y proponer estrategias de atención.
    - Presentar la propuesta técnica para el desarrollo del SISPI.
    - Presentar informes periódicos sobre los avances en la implementación del SISPI.
    - Presentar propuestas para la consulta previa en salud.

Ley 691 de 2001:

- Reglamenta la participación de los grupos étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Artículo 27:
    - Obliga al Ministerio de Salud a adecuar los sistemas de información en salud para que respondan a la diversidad étnica y cultural.
    - Incluye indicadores sobre patologías y conceptos médicos tradicionales de los pueblos indígenas.

- Busca obtener información confiable y oportuna para medir el impacto, la eficiencia y la cobertura de los servicios de salud.

Ley 2294 de 2023 (Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026):

- Artículo 356: Incorpora los acuerdos de Consulta Previa del Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026.
- Acuerdo IT2-52:
  - Establece la necesidad de "Estructurar y crear el Observatorio Nacional de Salud Propia e Intercultural de los Pueblos Indígenas".
  - Dispone la implementación y financiación del Observatorio.

Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031:

- Implementado mediante la Resolución MSPS No. 2367 de 2023.
- Reconoce la salud propia como fundamento del SISPI.
- Numeral 3.1.3 (Eje 6: Conocimiento en salud pública y Soberanía Sanitaria):
  - Propone que las decisiones en salud pública se basen en información, investigación y el máximo desarrollo del conocimiento científico.
  - Incluye el reconocimiento de la cosmovisión y los saberes propios de los pueblos y comunidades.
- Apartado 8.2.1.2 (Planeación estratégica en salud a partir de la autonomía y gobernabilidad de los pueblos y comunidades indígenas):
  - Prevé la definición de "Herramientas de control, seguimiento y evaluación de los indicadores de goce efectivo del derecho fundamental a la salud".

Otros documentos relevantes:

- "Guía Metodológica para Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales Nacionales en Salud" (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013): Menciona la proyección de 16 observatorios en salud, incluyendo un "Observatorio de Salud Étnica de Colombia".

Jurisprudencia de la Corte Constitucional:

- Sentencia C-864 de 2008: Reconoce la diversidad étnica en Colombia, incluyendo a los pueblos indígenas.
- Sentencia T-1130 de 2003: Afirma que las minorías étnicas y culturales son titulares de derechos diferenciados.

5.1.6. Dimensiones del objeto

5.1.6.1. Situación de salud de los pueblos indígenas:

- ***Prevalencia e incidencia de enfermedades:*** El Observatorio debe analizar la frecuencia de las enfermedades que afectan a los pueblos indígenas, tanto las reconocidas por la medicina alopática como las identificadas por la sabiduría ancestral.
- ***Morbilidad y mortalidad:*** Es crucial determinar las tasas de enfermedad y muerte en los pueblos indígenas, considerando las diferentes causas y grupos de edad, así como las variables de persona, lugar y tiempo.
- ***Determinantes sociales de la salud:*** Se debe evaluar la influencia de factores sociales, económicos, ambientales (como la tierra) y culturales en la salud de los pueblos indígenas. Esto incluye el acceso a servicios de salud, la seguridad

alimentaria, la calidad del agua y la vivienda, entre otros.

5.1.6.2. Prácticas de salud propia e intercultural

- ***Conocimiento y uso de la medicina tradicional:*** El Observatorio debe documentar y analizar las prácticas de salud propia de los pueblos indígenas, incluyendo el uso de plantas medicinales, ceremonias y rituales de curación.
- ***Articulación entre la medicina tradicional y la alopática:*** Es importante evaluar la interacción entre los sistemas de salud propios y el sistema de salud oficial, identificando áreas de complementariedad y posibles conflictos.
- ***Acceso y utilización de servicios de salud interculturales:*** *Se* debe analizar la disponibilidad y accesibilidad de servicios de salud que incorporen la medicina tradicional y respeten la cultura de los pueblos indígenas.

5.1.6.3. Sistemas de información en salud

- ***Disponibilidad y calidad de datos:*** El Observatorio debe evaluar la existencia y la calidad de los datos sobre la salud de los pueblos indígenas, considerando las fuentes de información existentes y las brechas en la recolección de datos.
- ***Indicadores de salud propia e intercultural:*** Es fundamental desarrollar indicadores específicos que reflejen la realidad de la salud de los pueblos indígenas desde su propia perspectiva. Estos indicadores deben ser culturalmente relevantes y basados en los principios del SISPI.
- ***Sistemas de vigilancia epidemiológica*****:** Se debe analizar la capacidad de los sistemas de vigilancia epidemiológica para detectar y responder a eventos de salud pública que afecten a los pueblos indígenas.

5.1.6.4. Políticas y marcos normativos

- ***Cumplimiento de la legislación en salud indígena:*** El Observatorio debe evaluar el cumplimiento de las leyes y políticas que protegen el derecho a la salud de los pueblos indígenas, como el Convenio 169 de la OIT y la Ley 691 de 2001.
- ***Participación de los pueblos indígenas en la toma de decisiones:*** Es crucial analizar los mecanismos de participación de los pueblos indígenas en la formulación e implementación de políticas de salud que les afecten.
- ***Financiamiento de la salud propia e intercultural:*** Se debe evaluar la asignación de recursos para la implementación del SISPI y el desarrollo de servicios de salud interculturales.

5.2. Objeto de observación componentes del SISPI y sus dimensiones

5.2.1. Presentación

En el marco del desarrollo del Decreto 1973 de 2013 y en cumplimiento de los compromisos adquiridos, el Ministerio de Salud y Protección Social, junto con los representantes de los pueblos indígenas, ha participado activamente en la Subcomisión de Salud Indígena de la Mesa Permanente de Concertación, cuyo objetivo principal ha sido la concertación de los contenidos programáticos del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (SISPI), con el fin de establecer un Documento Base que defina las normas sobre su administración, ejecución de recursos y operatividad.

Durante este proceso de discusión, el Gobierno Nacional ha garantizado el pluralismo jurídico y los derechos de autonomía, autodeterminación e identidad cultural de los pueblos indígenas. Además, ha reconocido y respetado su normativa propia, basada en sistemas de conocimiento ancestral, cosmovisiones, cosmogonía, las leyes de origen o leyes naturales, el derecho mayor y el ejercicio del derecho interno o propio. También ha reconocido que los saberes ancestrales son conocimientos colectivos que se practican de manera milenaria, de carácter intergeneracional, inviolables, inalienables, intangibles e imprescriptibles y que son parte integral de la identidad cultural y social de los pueblos indígenas.

A partir de este entendimiento, el SISPI se conformó por cinco componentes: el Político organizativo, la Administración y Gestión, la Formación e Investigación, el de Cuidado de la Salud, y el de Sabiduría Ancestral.

De esta forma, el SISPI ha venido promoviendo un modelo de descentralización, en el que cada pueblo indígena tiene la capacidad de diseñar e implementar sus propios planes de salud, tomando en cuenta sus prácticas tradicionales y cosmovisión. Esta descentralización se lleva a cabo a través gobiernos propios y cabildos Indígenas, los cuales han desempeñado un papel fundamental en la implementación del SISPI, siendo responsables de gestionar los recursos, establecer prioridades y coordinar la prestación de servicios de salud en sus territorios.

Asimismo, en el desarrollo del SISPI se han integrado los Planes de Vida Indígenas, herramientas de planificación a largo plazo utilizadas por los pueblos para definir sus objetivos y estrategias de desarrollo, incluyendo salud. Esto debería permitir que los planes de salud sean coherentes con los propósitos generales de las comunidades.

La implementación del SISPI ha requerido la capacitación de personal en salud intercultural[11], tanto en prácticas de la medicina convencional como en conocimientos tradicionales. Esta formación en competencias interculturales ha capacitado a médicos, enfermeros y otros profesionales de la salud para que comprendan y respeten las prácticas culturales indígenas, facilitando la comunicación y el entendimiento mutuo.

El SISPI también ha incorporado oficialmente a médicos tradicionales, parteras y curanderos en la red de atención, otorgándoles reconocimiento y apoyo para su labor dentro de las comunidades.

5.2.2. Objetivos

Realizar seguimiento, análisis y medición de impactos de los desarrollos e implementación institucional, en los pueblos indígenas de los componentes del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (SISPI), tales como Sabiduría Ancestral, Político-Organizativo, Formación, Información, Generación y Uso del Conocimiento, Cuidado de la Salud Propia e Intercultural, y Administración y Gestión. Este seguimiento se llevará a cabo mediante la construcción de índices, indicadores y modelos estadísticos y económicos.

5.2.3. Referentes conceptuales y teóricos

En el SISPI, el componente Político-Organizativo es responsable de desarrollar los aspectos relacionados con la gobernanza del sistema, fortaleciendo al gobierno propio en salud. Por su parte, la Sabiduría Ancestral se encarga de proporcionar la orientación espiritual del sistema, basada en la cosmovisión, los saberes y prácticas en salud de los pueblos indígenas. Su objetivo es orientar y fortalecer la implementación integral del SISPI, en coordinación, articulación y complementariedad con el Sistema General de Salud.

El componente de Administración y Gestión tiene la responsabilidad de gestionar integralmente el territorio para la salud y el buen vivir. Su alcance incluye la orientación y administración de la información, los recursos físicos, territoriales, financieros, técnicos, tecnológicos y de talento humano para el funcionamiento del SISPI; así como el fortalecimiento de los procesos de planeación, organización, dirección, operación, evaluación, seguimiento y control.

El componente Formación, Información, Generación y Uso del Conocimiento se encarga de consolidar los procesos de formación, generación y uso del conocimiento necesarios para la operatividad del SISPI. Su objetivo es fomentar la formación integral de los

[11] https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Incorporacion-enfoque-intercultural-formacion-ths-pueblos-ind%C3%ADgenas.pdf

actores, de acuerdo con las necesidades de los pueblos indígenas y del SISPI.

El componente de Cuidado de la Salud es responsable de la estructuración, implementación y operatividad de las formas de cuidado propio e intercultural de la salud de cada pueblo. Su objetivo es reconocer y fortalecer las formas del cuidado integral de la salud de cada pueblo, teniendo en cuenta sus dinámicas, políticas, estructuras organizativas, territoriales y cosmogónicas. Además, coordinar acciones con otras prácticas médicas reconocidas dentro de las comunidades.

El componente de Sabiduría Ancestral tiene la responsabilidad de fortalecer y orientar las prácticas culturales de cada pueblo como un núcleo fundamental. Su alcance es precisamente el de consolidar estas prácticas como la base central de la salud, asegurando su preservación y respeto.

A continuación, se presentan los referentes conceptuales y teóricos que se enfocan en los principios fundamentales del SISPI, tales como la autonomía indígena, la interculturalidad y el enfoque holístico de salud. Estos principios se sustentan en teorías y enfoques que respaldan los componentes del SISPI.

5.2.4. Referentes Conceptuales

Autonomía y gobernanza indígena[12]: La autonomía indígena se refiere al derecho de los pueblos indígenas a gobernarse según sus propias normas, saberes y costumbres. Este concepto se basa en el reconocimiento de la capacidad de los pueblos para gestionar sus propios sistemas de salud, respetando su organización política y su conocimiento ancestral.

Interculturalidad[13]: Se entiende como el enfoque que permite la interacción entre diversas culturas con respeto mutuo y horizontalidad. En el contexto del SISPI, implica la articulación de prácticas de salud propias de los pueblos indígenas con el Sistema General de Salud, reconociendo la validez de los saberes ancestrales y su complementariedad con la medicina alopática.

Buen Vivir[14]: Concepto que se enfoca en el bienestar integral de la comunidad y en la armonía con la naturaleza, más allá del solo desarrollo económico. Es un principio rector del SISPI, que busca garantizar el cuidado integral de la salud y el fortalecimiento de las prácticas culturales.

Cosmovisión indígena: Entendida como el conjunto de creencias, saberes y prácticas

[12] https://www.territorioindigenaygobernanza.com/web/gobernanza/
[13] https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Incorporacion-enfoque-intercultural-formacion-ths-pueblos-ind%C3%ADgenas.pdf
[14] https://revistas.uexternado.edu.co/index.php/derpen/article/view/8255/13790

culturales que orientan la vida y la salud de los pueblos indígenas. Esta cosmovisión integra elementos espirituales, sociales y territoriales, considerándolos como partes interconectadas del bienestar.

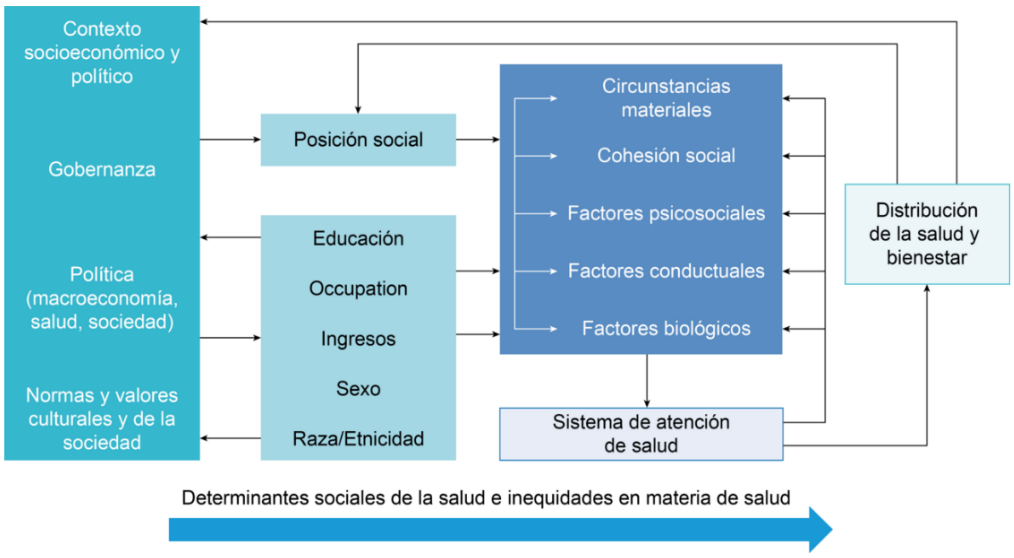
5.2.5. Referentes Teóricos

Teoría de la Salud Intercultural[15]: Basada en la integración de diferentes sistemas médicos y conocimientos de salud, esta teoría busca establecer un diálogo respetuoso entre la biomedicina y las medicinas tradicionales de los pueblos indígenas. En el contexto de SISPI, se traduce en la implementación de prácticas de cuidado intercultural que respetan y valoran ambos enfoques.

Teoría del Buen Gobierno[16]: Relacionada con la gobernanza y la gestión participativa, esta teoría aborda cómo los pueblos indígenas pueden ejercer su propio gobierno en salud, fortaleciendo la autonomía y el liderazgo comunitario para implementar políticas de salud efectivas que respondan a sus necesidades.

Enfoque de Determinantes Sociales de la Salud: Plantea que la salud es influenciada por una variedad de factores sociales, económicos, culturales y ambientales. En el SISPI, se reconoce la importancia del territorio, la cultura y la identidad como determinantes claves del bienestar considerando estos factores en el diseño de políticas y programas de salud.

El marco conceptual de los determinantes sociales de la salud[17]



[15] Ana M Alarcón M, Aldo Vidal H, Jaime Neira Rozas. (2003). Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales.
[16] https://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/2014/press/es-gg.pdf
[17] https://www.paho.org/

Teoría de la Epistemología del Sur[18]: Propone que los saberes indígenas son formas válidas de conocimiento que deben ser reconocidas y valoradas, especialmente en contextos de salud, donde las prácticas ancestrales juegan un papel fundamental. Esta teoría busca visibilizar los saberes de los pueblos del Sur Global, que han sido históricamente silenciados o excluidos. Se basa en la idea de que la ciencia moderna, influenciada por el colonialismo, ha dejado de lado realidades que han sido suprimidas, emergentes e imaginadas, y que es necesario recuperar y valorar estos conocimientos ancestrales como una forma legítima de entender y abordar los desafíos contemporáneos.

5.2.6. Referentes jurídicos

La Constitución Política de Colombia (1991) reconoce al país como pluriétnico y multicultural, garantizando los derechos de los pueblos indígenas a la autonomía y a preservar su identidad cultural (Artículos 7, 8, 330).

El Convenio 169 de la OIT[19] garantiza los derechos de los pueblos indígenas y tribales, incluyendo su derecho a decidir sobre sus propias prioridades en cuanto al desarrollo y la salud, reconociendo sus conocimientos y prácticas tradicionales.

La Ley 21 de 1991, mediante la cual Colombia ratificó el Convenio 169 de la OIT, estableciendo derechos específicos para los pueblos indígenas, incluyendo la protección de sus saberes ancestrales y su autonomía.

El Decreto Ley 4633 de 2011 dicta medidas de asistencia, atención, reparación integral y de restitución de derechos territoriales a las víctimas pertenecientes a los pueblos y comunidades indígenas, así como el diseño de una Ruta de Atención Integral en Salud a víctimas del conflicto armado de pueblos y comunidades indígenas.

El Decreto 1973 de 2013 establece la Mesa Permanente de Concertación con los Pueblos y Organizaciones Indígenas como un espacio de diálogo para definir políticas y planes de desarrollo que afecten a los pueblos indígenas, en el que se discuten y concretan técnicamente los contenidos programáticos del SISPI, y de allí se derivan los contenidos normativos relativos a la administración, ejecución de recursos y la operatividad del sistema.

Mediante el Decreto – 1953 de 2014, se crea Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI), como el conjunto de políticas, normas, principios, recursos, instituciones y procedimientos sustentados en una concepción de vida colectiva, donde la sabiduría ancestral es fundamental para orientar dicho sistema, en armonía con la

[18] Luis Gabriel Duquino Rojas. (2023) Epistemología del sur y Movimientos Sociales de Abya Yala, Revista Bitácora Urbano Territorial, vol. 33, núm. 1, pp. 255-267, 2023 Universidad Nacional de Colombia.

[19] CONVENIO 169 DE 1989 DE LA OIT. Disponible en: https://www.ilo.org/es/media/443541/download

madre tierra y según la cosmovisión de cada pueblo. Este sistema reconoce y reglamenta el derecho de los pueblos indígenas a gestionar su propio sistema de salud en concordancia con sus costumbres y prácticas tradicionales. El SISPI se articula, coordina y complementa con el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), con el fin de maximizar los logros en salud de los pueblos indígenas.

En Ley Estatutaria 1751 de 2015, en su Artículo 6°, literal m, reconoce y garantiza el Derecho Fundamental a la Salud integral, entendida según las cosmovisiones y conceptos propios de los pueblos indígenas, los cuales se desarrollan dentro del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI).

La Sentencia T-302 de 2017[20] de la Corte Constitucional, reconoce la situación de vulnerabilidad de los pueblos indígenas y la necesidad de implementar sistemas de salud adecuados a sus realidades culturales, fortaleciendo el derecho a la salud intercultural. En la sentencia, la Corte señala lo siguiente:

"*…El enfoque diferencial en la prestación de los servicios de salud a las comunidades indígenas exige al menos las siguientes garantías: (i) producir y emplear sus propias medicinas tradicionales y curativas; (ii) organizar y prestar los servicios de salud bajo su propia responsabilidad y control; (iii) organizar y prestar los servicios de salud por los miembros de las comunidades indígenas conforme a sus convicciones y creencias; y por último, (iv) intervenir en la planeación, administración y ejecución de los servicios de salud. La Corte ha resaltado, con el ánimo de reivindicar los derechos de los miembros de las comunidades indígenas, que el Estado tiene el deber de construir un sistema de salud acorde a las diferencias y necesidades propias de los pueblos indígenas…*"

La Resolución 1035 de 2022 adoptó el Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031, en el cual se incluyeron capítulos diferenciales. En el capítulo 8, se definió la Salud Propia e Intercultural con los pueblos y comunidades indígenas dentro del Plan Decenal de Salud Pública PDSP. Este capítulo requerirá un proceso de armonización en el marco de sus elementos estratégicos y operativos asegurando que se adapten a las particularidades culturales y sociales de las comunidades indígenas.

5.2.7. Dimensiones diagnosticables

5.2.7.1. Componente Sabiduría Ancestral

Dimensión Cultural y Espiritual

Esta dimensión se estudia la cosmovisión indígena y su influencia en las prácticas de

[20] https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2017/t-302-17.htm

salud. Se enfoca en cómo las prácticas de medicina tradicional se interrelacionan con el bienestar espiritual y físico, considerando el enfoque integral de salud propio de los pueblos indígenas.

Dimensión de Transmisión del Conocimiento y Fortalecimiento de Prácticas Ancestrales

En esta dimensión, se analizan los diferentes mecanismos de transmisión de saberes ancestrales (oralidad, rituales, formación de sabedores) y las estrategias de preservación y revitalización de conocimientos tradicionales en salud. Además, se realiza el seguimiento a las personas que ejercen dichas prácticas, evaluando su impacto en la salud de la población.

5.2.7.2. Político-organizativo

Dimensión de Gobernanza y Autonomía

Esta dimensión estudia los mecanismos de toma de decisiones en salud dentro de los pueblos indígenas, evaluando la coordinación entre autoridades tradicionales y el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Se realiza un seguimiento de las estrategias de implementación de políticas interculturales en salud, promoviendo la autonomía y el respeto por los saberes indígenas.

Dimensión de Articulación y Coordinación Interinstitucional

En esta dimensión, se mide el nivel de articulación entre el SISPI y el SGSSS. Se evalúan las estrategias de implementación de políticas interculturales en salud, promoviendo la interacción efectiva entre las instituciones de salud y las autoridades indígenas.

Dimensión de Participación Comunitaria

Esta dimensión evalúa el grado de involucramiento de las comunidades indígenas en la construcción y toma de decisiones del SISPI. Se analiza el impacto de la participación de las comunidades en la eficacia del sistema de salud y en la mejora de los resultados sanitarios.

5.2.7.3. Formación, Capacitación, Generación y Uso del Conocimiento

Dimensión de Educación y Formación

En esta dimensión, se realiza el seguimiento a los programas de formación en salud indígena y a la inclusión de saberes ancestrales en los currículos de formación en salud. Además, se evalúa la preparación de las personas que poseen estos saberes tradicionales y su participación en la enseñanza.

Dimensión de Innovación y Transferencia del Conocimiento

Esta dimensión analiza las estrategias para la creación de conocimiento nuevo en salud, basadas en saberes tradicionales. Se realiza un seguimiento al uso de tecnologías y métodos innovadores para la difusión y aplicación de conocimientos interculturales, promoviendo la transferencia efectiva entre los sistemas de salud.

Dimensión de Evaluación de Impacto del Conocimiento

En esta dimensión, se lleva a cabo un análisis del impacto de la capacitación en salud sobre la mejora de la salud de las comunidades indígenas. Se mide el nivel de integración del conocimiento intercultural en la práctica de los sistemas de salud y su efectividad para la atención de la población.

5.2.7.4. Cuidado de Salud Propia e Intercultural

Dimensión de Prácticas de Cuidado

En esta dimensión se realizará un seguimiento y estudio de las prácticas de cuidado de salud propias de cada pueblo indígena, incluyendo rituales, el uso de plantas medicinales, y terapias tradicionales. Además, se evaluará la integración de prácticas médicas occidentales (alopáticas) con las tradicionales, promoviendo el enfoque intercultural en los cuidados de salud.

Dimensión de Acceso y Cobertura

En esta dimensión, se realizará un seguimiento al acceso a los servicios de salud interculturales, analizando la cobertura y disponibilidad de recursos para el cuidado de la salud propia. El análisis incluirá el acceso geográfico, cultural y económico de las comunidades indígenas a estos servicios.

Dimensión de Calidad y Sostenibilidad

En esta dimensión se realizará seguimiento a los indicadores de calidad en la prestación de servicios de salud intercultural, evaluando la sostenibilidad de los programas en términos de financiamiento y recursos humanos y materiales, asegurando su continuidad

a largo plazo.

5.2.7.5. Administración y Gestión

Dimensión de Planeación y Organización

Esta dimensión se enfoca en el seguimiento al desarrollo de la planificación estratégica para la implementación del SISPI, así como la organización y estructura administrativa del sistema de salud indígena. Se evaluarán los procesos de planificación y su alineación con los objetivos del SISPI y las necesidades de los pueblos indígenas.

Dimensión de Recursos y Financiamiento

En esta dimensión se realizará el análisis del manejo y distribución de recursos financieros y territoriales. Se evaluará la sostenibilidad financiera del sistema de salud indígena, asegurando que los recursos sean suficientes y bien gestionados para mantener la operatividad del sistema a largo plazo.

Dimensión de Evaluación y Monitoreo

Se llevará a cabo un seguimiento a los indicadores de evaluación del desempeño del SISPI. Este seguimiento permitirá medir el impacto de la gestión en el mejoramiento de la situación de salud de los pueblos indígenas, evaluando la efectividad y eficiencia del sistema en la atención de salud intercultural.

Planes de Vida y Planificación Comunitaria

Se hará seguimiento al nivel de integración de los Planes de Vida de los pueblos indígenas en la planificación de servicios de salud, contrastando la coherencia entre los planes de salud propios y las políticas de salud del SGSSS. Se buscará que las estrategias de salud sean coherentes con los proyectos de vida de las comunidades.

Accesibilidad Geográfica

En esta dimensión, se realizará un análisis de la accesibilidad a los servicios de salud en territorios indígenas, considerando la dispersión geográfica y las dificultades logísticas. Se medirá el impacto de la infraestructura de salud (como centros de salud, puestos de atención) en territorios alejados, evaluando su eficacia y alcance para las comunidades más remotas.

5.3. Objeto de observación políticas y marcos normativos y sus dimensiones

5.3.1. Presentación

Para el Observatorio Nacional de Salud Indígena, resulta de suma importancia constituir al campo de las políticas y los marcos normativos como objeto de observación, seguimiento y análisis sistemático.

Esto se debe a la necesidad de identificar y sistematizar los desarrollos jurídicos y las políticas públicas que impactan en las condiciones de garantía y ejercicio del derecho a la salud propia e intercultural de los pueblos indígenas.

Este análisis permitirá, por un lado, contar con insumos de conocimiento que faciliten la determinación de los contenidos esenciales, los límites, alcances y restricciones de los derechos fundamentales y las instituciones jurídicas relacionadas con las garantías que asisten a los pueblos indígenas respecto a la salud propia e intercultural; así como en relación con las políticas públicas que apoyan estos objetivos.

Por otro lado, este objeto de observación permitirá comprender el marco normativo y los principios a partir de los cuales los pueblos indígenas desarrollan sus formas de cuidado en salud propia e intercultural, en el contexto de su identidad cultural, autodeterminación, autonomía y gobierno propio, en línea con la Ley de Origen, el Derecho Mayor, el Derecho Propio, la Palabra de Vida y la Constitución Política.

5.3.2. Objetivo

Desarrollar procesos de identificación, seguimiento y análisis de marcos normativos y las políticas públicas sobre salud indígena propia e intercultural, con el fin de generar herramientas de monitoreo y producción de conocimiento para el diseño de propuestas y la toma de decisiones.

5.3.3. Referentes conceptuales y teóricos

Los ámbitos normativos y de políticas públicas aplicados a las formas de cuidado de la vida y la salud de los pueblos indígenas constituyen un objeto de seguimiento y análisis de la mayor importancia, ya que reflejan el conjunto de principios, reglas, orientaciones y planes mediante los cuales el Estado y sus asociados buscan garantizar el derecho fundamental a la salud de estas poblaciones y comunidades, especialmente protegidas por la Constitución.

Dado que la noción de pueblos indígenas se concibe como una categoría dentro del género de los grupos étnicos o tribales, es necesario reconocer que, como resultado de

esta particularidad en la diversidad cultural, subsisten cosmogonías, cosmovisiones, usos y costumbres que fundamentan ideas y prácticas normativas propias compartidas.

Estos procesos de sedimentación cultural descansan, entre otros, en las comprensiones compartidas por los pueblos indígenas sobre la Ley de Origen, el Derecho Mayor, el Derecho Propio, la Palabra de Vida. Estos principios conforman sistemas normativos que, incluso, contribuyen a estructurar la jurisdicción propia indígena, tal como la reconoce la Constitución en los artículos 7, 70 y 246.

En cuanto a las políticas, André–Noël Roth Deubel, ha señalado que: *"una política pública designa la existencia de un conjunto conformado por uno o varios objetivos colectivos considerados necesarios o deseables y por medios y acciones que son tratados, por lo menos parcialmente, por una institución u organización gubernamental con la finalidad de orientar el comportamiento de actores individuales o colectivos para modificar una situación percibida como insatisfactoria o problemática."* [21]

La promesa constitucional de reconocimiento y protección de la diversidad étnica y cultural de la Nación ha dado lugar al desarrollo de algunos instrumentos de política pública, entre ellos, en el ámbito de la salud indígena. Estos instrumentos merecen ser objeto de seguimiento y análisis.

Según Gómez Lee, Roth *"considera el análisis de las políticas públicas como una metodología de investigación social aplicada al análisis de la actividad concreta de las autoridades públicas, también como una disciplina que permite adquirir conocimiento sobre el Estado mismo a partir del análisis de sus actuaciones concretas y, por último, como una ciencia del Estado en acción."* [22]

En el cruce de los marcos legales del Estado y los sistemas normativos de los pueblos indígenas, como objeto de estudio, se encuentra la relación entre las ideas de derecho y bien común que algún sector de la teoría jurídica plasmó en la manifestación: *"…a la ley pertenece ordenar al bien común…"* [23]

Este planteamiento del bien común (en latín: bonum commune), ampliamente debatido y criticado en la filosofía, el derecho y la economía, fue explicado por Rainer-Olaf Schultze: *"se refiere en general al bien (estar) de todos los miembros de una comunidad y también al interés público, en contraposición al bien privado e interés particular; también puede definirse como el fin general o como los objetivos y valores en común, para cuya realización las personas se unen en una comunidad"* [24]

En este contexto, la normatividad y las políticas para el reconocimiento, protección y

[21] ROTH DEUBEL, ANDRÉ–NOËL. (2016). Políticas públicas: formulación, implementación y evaluación, tercera reimpresión, Bogotá, Ediciones Aurora, 2006. Página 27.
[22] GÓMEZ LEE, MARTHA-ISABEL. Reseña de "Políticas públicas: formulación, implementación y evaluación" de André-Noël Roth Deubel Revista Opera, núm. 8, 2008, pp. 202-204 Universidad Externado de Colombia Bogotá, Colombia.
[23] TOMÁS DE AQUINO, S. Th., II-II, q. 58, a. 5. (Madrid, BAC, MCMLVI. Ver: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-879X2016000100013#fn32
[24] RAINER-OLAF SCHULTZE. Capítulo 10. El bien común. En: Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. Disponible en: https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/8/3710/13.pdf

desarrollo de las formas de cuidado de la salud propia e intercultural de los pueblos indígenas, bajo una concepción del bien común, podría comprenderse como la estructuración decolonizadora y concertada de condiciones o criterios reconocidos, principios y normas protegidas y practicadas por el Estado como por la comunidad, en tanto superiores y necesarias, para garantizar la convivencia armónica en la diferencia cultural y democrática.

La visión decolonizadora [25] implica adoptar caminos de interpretación, análisis y actuación práctica que se distancian y confrontan las concepciones y matrices colonialistas de poder que se instalaron para la gobernanza arbitraria del territorio cultural y epistemológico ajeno[26].

En este sentido, el objeto de observación, seguimiento y análisis de las políticas y marcos normativos sobre la salud propia e intercultural que involucran a los pueblos indígenas, más que un espacio para identificar y sistematizar instrumentos relevantes en salud indígena, representa un escenario para la producción de argumentos e insumos que se conviertan en herramientas efectivas para la toma de decisiones, las cuales materialicen de forma más adecuada y en mayor grado los derechos fundamentales de los pueblos indígenas.

Así, la construcción del objeto de seguimiento normativo y de políticas del Observatorio permite identificar y rastrear el acervo jurídico y de políticas públicas relacionadas con la salud indígena propia e intercultural.

5.3.4. Referentes jurídicos

La sustentación jurídica del objeto de observación, seguimiento y análisis de las políticas y marcos normativos de la salud propia e intercultural indígena encuentra su sólido fundamento en los instrumentos internacionales ratificados por Colombia.

En ese sentido, mediante la Ley 21 de 1991, Colombia adoptó el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), que en su artículo 5º establece que los Estados deben reconocer y proteger los valores y prácticas sociales, culturales, religiosas y espirituales de los grupos étnicos, incluidos los pueblos indígenas.

Desde una perspectiva jurídica, el artículo 8º del Convenio dispone que, en la aplicación de la legislación nacional, los Estados deben tener en cuenta las costumbres o el derecho consuetudinario de los pueblos indígenas.

Asimismo, se reconoce que los pueblos indígenas tienen derecho de preservar sus costumbres e instituciones propias, siempre que estas no infrinjan los derechos humanos

[25] ESPINOSA, S. (2015). Identidad y otredad en la teoría descolonial de Aníbal Quijano. Ciencia Política, 10(20), 107-130
[26] MIGNOLO, WALTER (2011). The Darker Side of Western Modernity: Global Futures, Decolonial Options (en inglés). Duke University Press. ISBN 0822350785.

ni los derechos fundamentales reconocidos tanto a nivel internacional y nacional.

Por su parte, la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, en sus artículos 5º, 20 y 34 reconoce el derecho de los pueblos indígenas a conservar, promover, reforzar y desarrollar sus propios sistemas e instituciones políticas, jurídicas, económicas, sociales y culturales, así como a mantener sus estructuras institucionales, costumbres, espiritualidad, tradiciones, procedimientos, prácticas y sistemas jurídicos, de conformidad con los derechos humanos.

A nivel interno, la jurisprudencia constitucional (ST-380/93 y SC-180/05) ha reconocido a los pueblos indígenas como sujetos colectivos de derechos. Asimismo, las Sentencias T-266/99, T-1026/08 y C-882/11 han establecido que los pueblos indígenas tienen la capacidad y facultad para administrar justicia[27]. A su vez, el derecho fundamental a la consulta previa fue reconocido en las Sentencias C-615/09, C-481/08, T547/10 y C-085/11, lo que configura a los pueblos indígenas como sujetos de producción normativa y jurisprudencial, respetando las debidas proporciones.

Desde la perspectiva de la salud, el Convenio 169 de la OIT dispone que los gobiernos deben planificar y administrar la salud en cooperación con los pueblos indígenas y en coordinación con otras medidas sociales, económicas y culturales adoptadas en el país[28]. Además, los gobiernos deben proporcionar a los pueblos indígenas los medios necesarios para organizar y prestar los servicios de salud bajo su propia responsabilidad y control, teniendo en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales, culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales[29].

En términos generales, la planeación y la administración de la salud -bajo la lógica de las políticas públicas- se fundamentan en el hecho de que, por un lado, la Constitución Política, en sus artículos 339 a 344, y la Ley 152 de 1994 consagran la planeación participativa. Por otro lado, los artículos 345 a 355 de la misma Constitución, junto con el Decreto 111 de 1996, compila el Estatuto Orgánico del Presupuesto General de la Nación. Estos ejes normativos configuran la relación dinámica entre planeación, presupuesto y políticas públicas.

De forma general, en virtud del artículo 49 de la Constitución y en los literales l) y m) de la Ley 1751 de 2015, se regula el derecho fundamental a la salud desde una perspectiva intercultural que respeta las cosmovisiones y conceptos desarrollados por los pueblos indígenas en su Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI). El Decreto 1953 de 2014 también regula los componentes del SISPI.

En el ámbito de la política, mediante las Resoluciones 1035 de 2022 y 2367 de 2023, el

[27] CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA. Sala Administrativa. ACUERDO No. PSAA12-9614 de 2012 (Julio 19 de 2012) "Por el cual se establecen las medidas de coordinación inter-jurisdiccional y de interlocución entre los Pueblos Indígenas y el Sistema Judicial Nacional".
[28] CONVENIO 169 DE 1989 DE LA OIT. Disponible en: https://www.ilo.org/es/media/443541/download
[29] CONVENIO 169 DE 1989 DE LA OIT. Disponible en: https://www.ilo.org/es/media/443541/download

Ministerio de Salud y Protección Social adoptó el *"Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031"*, que dedica un capítulo al reconocimiento y desarrollo del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI).

5.3.5. Dimensiones diagnosticables

5.3.5.1. Marcos normativos

Esta dimensión tiene como objetivo la identificación, catalogación, sistematización y análisis de las diversas normas relacionadas con la salud propia e intercultural, con el fin de generar conocimiento que permita determinar el estado actual y proporcionar elementos útiles para la toma de decisiones.

1) Tratados internacionales
2) Jurisprudencia Constitucional
3) Leyes
4) Decretos
5) Actos Administrativos del sector salud y otros aplicables a la salud propia e intercultural
6) Sistemas normativos propios relacionados con a la salud

5.3.5.2. Políticas Públicas

La dimensión de políticas públicas se enfoca en identificar, sistematizar y analizar los instrumentos de política a nivel nacional y territorial, asociados a la salud propia e intercultural de los pueblos indígenas. El propósito es generar conocimiento y herramientas técnicas que fortalezcan la interlocución de los pueblos y sus organizaciones con el Estado, optimizando la gobernanza de sus modelos o procesos de salud propia e intercultural.

1) Planes nacionales de desarrollo
2) Planes departamentales, distritales y municipales de desarrollos
3) Planes sectoriales
4) Documentos CONPES
5) Desarrollos conceptuales y teóricos sobre la salud propia e intercultural de los pueblos indígenas
6) Documentos o actos de gobierno relacionados con la salud propia e intercultural

5.4. Objeto de observación presupuestal y financiero y sus dimensiones

5.4.1. Presentación

El Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI) es un conjunto de políticas, recursos, instituciones, normas y procedimientos basados en la cosmovisión de cada pueblo indígena, que se articula con el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Este sistema se desarrolla en el marco de la Ley Estatutaria en Salud 1751 de 2015, que reconoce y garantiza el derecho fundamental a la salud de los pueblos indígenas, entendido conforme a sus propias cosmovisiones y conceptos.

El SISPI está diseñado como un complementario al SGSSS, facilitando la integración de servicios de salud interculturales con el sistema estatal. Su financiamiento proviene del SGSSS a través de las Entidades Promotoras de Salud Indígenas (EPSI), así como de recursos propios de las comunidades indígenas y cooperación internacional. Este modelo permite financiar infraestructura, formación de personal de salud intercultural y la adquisición de insumos para la medicina tradicional.

5.4.2. Objetivo

Realizar seguimiento y análisis del comportamiento presupuestal y financiero de las estructuras propias y organizaciones que integran la salud propia e intercultural de los pueblos indígenas, como parte del componente de Administración y Gestión del SISPI, mediante la construcción de índices, indicadores, modelos estadísticos y económicos.

5.4.3. Referentes conceptuales, teóricos y jurídicos

De acuerdo con el libro Hacienda Pública[30], el presupuesto es una herramienta esencial para planificar y controlar los recursos del Estado. Permite a los gobiernos coordinar políticas fiscales y económicas con el fin de alcanzar sus objetivos de desarrollo social y económico.

Las fases del ciclo presupuestal incluyen la planeación, aprobación, ejecución y control de los recursos. La planeación presupuestal inicia con la definición de metas económicas y sociales del gobierno, seguida de la elaboración del Marco Fiscal de Mediano Plazo (MFMP), que establece proyecciones de ingresos y gastos. Posteriormente, se formula el Proyecto de Presupuesto General de la Nación (PGN), el cual se presenta al Congreso de la República para su discusión y aprobación.

[30] Juan Camilo Restrepo. (2020). Hacienda Pública.

En cuanto a los ingresos públicos, estos incluyen los impuestos y contribuciones que financian el presupuesto, mientras que el gasto público se clasifica en gastos de funcionamiento, inversión y pago de la deuda pública. Durante la ejecución presupuestal, los recursos asignados se implementan a través de entidades públicas bajo la supervisión de órganos de control, como la Contraloría General. Este proceso es fundamental para garantizar que los fondos se utilicen de manera eficiente y transparente, cumpliendo los objetivos establecidos en el presupuesto. Además, se realiza evaluación y seguimiento para asegurar su alineación con las metas de política pública y corregir desviaciones durante su implementación.

Para el sector de la salud, de acuerdo con Planeación Nacional[31], las fuentes de financiación del sistema de salud colombiano, administradas por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), son diversas y provienen de:

1. Cotizaciones al Sistema de Salud: Aportes que realizan tanto los empleados como los empleadores, es la contribución obligatoria de los afiliados al sistema de salud, e incluye a los trabajadores formales y a los independientes. Estos recursos se destinan al financiamiento del régimen contributivo del sistema de salud.

2. Aportes por Solidaridad de Regímenes de Excepción y Especiales y Cotizaciones por Ingresos Adicionales: Recursos que incluyen contribuciones de regímenes especiales (como los de fuerzas armadas, maestros y otros grupos) que aportan por solidaridad al sistema general. También abarca cotizaciones sobre ingresos adicionales de los afiliados y apoyan al financiamiento del sistema de salud en general.

3. Recursos del Sistema General de Participaciones (SGP): Fondos asignados por el Estado a los municipios y departamentos para cubrir necesidades básicas de salud y educación, entre otros, y financiar de manera principal el régimen subsidiado y la atención en salud a la población vulnerable.

4. Recursos del Subsidio Familiar de las Cajas de Compensación Familiar: Apoyan la cobertura de salud a los trabajadores con beneficios sociales, ayudan a financiar la cobertura de salud de los trabajadores afiliados.

5. Aportes del Presupuesto General de la Nación: Inversión directa del gobierno nacional destinadas al sistema de salud, provenientes del presupuesto público anual. Financia el régimen subsidiado y otras necesidades del sistema de salud, incluyendo infraestructura y programas de salud pública.

6. Compensación de las Regalías: Fondos obtenidos de la explotación de recursos naturales (como petróleo, minería, etc.) que se distribuyen a los departamentos y

[31] https://www.dnp.gov.co/LaEntidad_/subdireccion-general-prospectiva-desarrollo-nacional/direccion-desarrollo-social/Paginas/financiamiento-del-sector-salud.aspx#:~:text=Recursos%20del%20Sistema%20General%20de%20Participaciones%20(salud),Compensaci%C3%B3n%20de%20las%20regal%C3%ADas

municipios y apoyan financieramente proyectos y programas de salud en las regiones.

7. Prima del FONSAT y Contribución por SOAT: Recursos provenientes del Fondo del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (FONSAT) y del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT), financian la atención médica de víctimas de accidentes de tránsito.

8. Impuesto Social a las Armas, Municiones y Explosivos: Recaudaciones de impuestos específicos sobre la venta de armas, municiones y explosivos, y se utilizan para los fondos destinados a financiar servicios de salud pública y de emergencia.

9. Recursos de Entidades Territoriales para el Aseguramiento: Aportes provenientes de los presupuestos de los municipios y departamentos para cubrir los servicios de salud de sus habitantes para financiar la afiliación y atención de la población en los sistemas de salud locales.

10. Impuesto a Juegos de Suerte y Azar – Coljuegos: Impuestos recaudados de la industria de los juegos de azar y loterías regulados por Coljuegos, y van dirigidos al sistema de salud para apoyar la financiación del régimen subsidiado y otros servicios de salud.

11. Reintegros de Recursos: Recursos de las devoluciones que fueron asignados previamente, como ajustes por liquidaciones o cobros indebidos, los cuales se reintegran al sistema para su uso en nuevas asignaciones de salud.

12. Recursos para Atender Pandemia por COVID-19 del FOME: Fondos específicos del Fondo de Mitigación de Emergencias (FOME) creados para responder a la pandemia por COVID-19 y para financiar necesidades del sistema de salud, como compra de vacunas, equipos médicos y atención hospitalaria.

13. Porcentaje del FOSFEC y Otros Aportes Asignados por Norma: Aportes del Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante (FOSFEC) que apoya a los desempleados y contribuyen al financiamiento de la salud de personas cesantes y apoyar el sostenimiento del sistema.

En términos de gobernanza, la ADRES opera bajo dirección de una Junta Directiva, con participación del director del Departamento Nacional de Planeación. Este modelo busca garantizar la coordinación eficiente de los recursos para la sostenibilidad del sistema de salud.

De acuerdo con el Banco de la República, las principales[32] fuentes de financiación del sistema de salud en Colombia son las cotizaciones de los afiliados al régimen contributivo y los recursos fiscales provenientes del PGN, incluyendo transferencias del SGP. Estas

[32] https://investiga.banrep.gov.co/es/be-1233#:~:text=Las%20principales%20fuentes%20de%20financiaci%C3%B3n,las%20transferencias%20por%20el%20SGP.

fuentes han mostrado una tendencia creciente, pasando del 4,4 % del PIB en 2011 al 5,2% del PIB en 2022, con un máximo de 6,3% del PIB en 2020. Los recursos se destinan principalmente al financiamiento de los regímenes contributivo y subsidiado mediante el pago de las UPC a las EPS. Estos costos han representado en promedio el 80% del total del gasto del sistema entre 2011 y 2022.
El incremento en el valor de la UPC se ha debido, entre otros factores, a la inclusión de nuevos medicamentos y servicios en el Plan Básico de Salud (PBS), los cuales anteriormente se financiaban mediante recobros y el mecanismo de presupuestos máximos. Además, la pandemia de Covid-19 y el Acuerdo de Punto Final, destinado a saldar los pasivos de la Nación y de las entidades territoriales con diversas instituciones del sistema de salud, generaron presiones adicionales sobre el gasto, que en 2021 representaron el 0,77% del PIB.

En este contexto, el seguimiento y análisis presupuestal y financiero de la salud propia e intercultural de los pueblos indígenas, en el marco del SISPI, implica evaluar cómo se gestionan y asignan los recursos financieros destinados a la atención de salud indígena, así como la sostenibilidad de este sistema.

El Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (SISPI) está regulado por la Ley Estatutaria en Salud 1751 de 2015, que garantiza el derecho fundamental a la salud de los pueblos indígenas, respetando sus cosmovisiones y prácticas. El Decreto 1848 de 2017 establece un sistema de habilitación especial para las EPS indígenas (EPSI), que permite garantizar el acceso a servicios de salud adaptados a sus particularidades socioculturales y geográficas.

Las EPSI establecen contratos con instituciones prestadoras de salud (IPS), tanto convencionales como interculturales, con el objetivo de garantizar una oferta integral de servicios que respete las preferencias culturales de los usuarios. Estas entidades deben cumplir requisitos financieros mínimos para operar, deben acreditar las condiciones financieras que permitieron su habilitación, cumplimiento como mínimo, las siguientes obligaciones de acuerdo con el Decreto 1848 de 2017:

A continuación, se detallan las condiciones de la capacidad financiera que deben demostrar las EPSI[33] para su permanencia:

1. **Estados Financieros:** Presentar, dentro de los plazos y términos establecidos por la Superintendencia Nacional de Salud, los estados financieros debidamente certificados y dictaminados por el revisor fiscal, de conformidad con el Régimen de Contabilidad Pública expedido por la Contaduría General de la Nación y la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud.

2. **Patrimonio Mínimo:** Contar con un patrimonio mínimo equivalente a ciento cincuenta (150) Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes (SMLMV) por cada

[33] https://consultorsalud.com/sistema-indigena-de-salud-propia-sispi-y-habilitacion-de-epsi/#:~:text=Sistema%20Ind%C3%ADgena%20de%20Salud%20Propia%20SISPI%20y,medicina%20ind%C3%ADgena%20comprende%20los%20conocimientos%2C%20saberes%2C%20pr%C3%A1cticas.

cinco mil (5.000) subsidios administrados.

- A partir de la entrada en vigencia de las disposiciones, no se podrá exigir un patrimonio mínimo superior a siete mil (7.000) SMLMV. Sin embargo, este límite se ampliará a diez mil (10.000) SMLMV a más tardar el 31 de diciembre de 2021. Lo anterior no impide que la EPS Indígena opte por tener un patrimonio mayor.

- Para el cálculo del patrimonio mínimo, los bienes aportados en especie solo se computarán hasta un máximo del cincuenta por ciento (50%) del patrimonio mínimo exigido.

3. **Margen de Solvencia:** Acreditar y mantener el margen de solvencia conforme a los artículos 2.5.2.4.1.1 al 2.5.2.4.1.3 del Decreto 1848 de 2017, la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud y demás disposiciones que esta entidad determine.

- Para calcular el margen de solvencia de las EPS Indígenas, se considerará que los valores entregados como anticipo por concepto de pago de la prestación de servicios de salud, según lo establecido en el literal d) del artículo 13 de la Ley 1122 de 2007, deberán registrarse disminuyendo el valor de la obligación por facturación al cobro.

4. **Reserva Técnica y registro de obligaciones:** Las EPS Indígenas deberán constituir mensualmente y mantener la reserva técnica para la autorización de servicios, así como registrar como obligación el 100% del valor de las facturas radicadas por servicios cobrados.

- Al presentarse facturas al cobro, las EPS Indígenas deberán registrar como obligación “el 100%” del monto cobrado, liberando el valor correspondiente a la reserva técnica del servicio autorizado si esta se ha constituido sobre el servicio facturado. La obligación registrada se liberará una vez se extinga la obligación correspondiente a la factura.

- En el caso de contratos por capitación, la EPS Indígena deberá registrar mensualmente una obligación equivalente al valor de un mes de vigencia del contrato. Los pagos deberán efectuarse conforme a la normatividad vigente, con cargo a la obligación constituida[34]**.**

5.4.4. Dimensiones diagnosticables

5.4.4.1. Dimensión de Planificación Presupuestal

[34] sispi_y_habilitacion_de_las_eps_indigenas_-_decreto_1848_de_2017

- **Elaboración y Ejecución del Presupuesto**:

En esta dimensión se analizarán los procesos de planificación presupuestal realizados por las EPSI y autoridades indígenas. También se evaluará si las necesidades de salud identificadas en los Planes de Vida[35] están alineadas con la asignación presupuestal.

- **Participación Comunitaria en la Planificación**:

Se medirá el nivel de involucramiento de las comunidades y autoridades indígenas en la definición de prioridades presupuestales y asignación de recursos. Asimismo, se evaluarán los mecanismos de consulta y concertación utilizados para la planificación del presupuesto.

5.4.4.2. Dimensión de Asignación y Ejecución de Recursos

- **Distribución de Recursos Financieros**:

Se evaluará la asignación de recursos a los diferentes niveles de atención (prevención, promoción, atención primaria y especializada). También, se analizará la distribución de recursos entre los servicios de salud convencionales e interculturales, incluyendo el financiamiento de la medicina tradicional indígena.

- **Ejecución Presupuestal**:

Se medirá el porcentaje de ejecución del presupuesto asignado, identificando niveles de ejecución, subejecución o sobre ejecución. Además, se realizará un seguimiento a los factores que afectan la ejecución presupuestal, como barreras burocráticas, accesibilidad territorial y capacidades administrativas.

5.4.4.3. Dimensión de Fuentes de Financiamiento

- **Diversidad de Fuentes de Ingreso**:

Se analizarán las diferentes fuentes de financiamiento del SISPI, incluyendo aportes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), fondos propios de las comunidades indígenas, cooperación internacional y recursos específicos del Estado, como el Sistema General de Participaciones (SGP).

- **Dependencia de Recursos Públicos y Sostenibilidad Financiera**:

[35] Los Planes de Vida son un instrumento de planificación comunitaria que se basa en los conocimientos y tradiciones de los pueblos indígenas. Son una herramienta que ayuda a las organizaciones indígenas a tomar decisiones sobre sus objetivos y las acciones necesarias para alcanzarlos.

Se evaluará el grado de dependencia de las EPSI respecto a los recursos públicos y el impacto de la variabilidad en las transferencias estatales. También se analizará la capacidad de las EPSI y otras entidades de salud indígena para diversificar sus fuentes de financiamiento y garantizar la sostenibilidad a largo plazo.

5.4.4.4. Dimensión de Costos y Eficiencia Financiera

- **Análisis de Costos**:

Se realizará un seguimiento a los costos asociados con la prestación de servicios de salud interculturales, incluyendo costos directos (insumos, personal) e indirectos (transporte, infraestructura). También se llevarán a cabo análisis comparativos entre los costos de los servicios de salud interculturales y los convencionales.

- **Eficiencia en el Uso de los Recursos**:

Se desarrollarán indicadores de eficiencia, como el costo por atención, el costo por paciente y la relación costo-beneficio de los servicios prestados. Asimismo, se identificarán posibles áreas de ineficiencia y oportunidades de mejora en la gestión financiera.

5.4.4.5. Dimensión de Transparencia y Rendición de Cuentas

- **Mecanismos de Auditoría y Control**:

Se hará seguimiento a los procesos y sistemas de auditoría interna y externa implementados por las EPSI y las autoridades indígenas, con el objetivo de garantizar el uso adecuado de los recursos. Se evaluará la frecuencia y calidad de las auditorías, así como los informes de rendición de cuentas.

- **Participación Comunitaria en la Supervisión Financiera**:

Se medirá el nivel de participación de las comunidades indígenas en el monitoreo del uso de los recursos financieros y en la implementación de los mecanismos de transparencia, como informes públicos de ejecución presupuestal y asambleas comunitarias para la revisión de cuentas.

5.4.4.6. Dimensión de Impacto Financiero en Resultados de Salud

- **Relación entre Inversión y Resultados en Salud**:

Se evaluará el impacto de las inversiones en salud intercultural sobre indicadores como tasas de mortalidad, cobertura de servicios y resultados en salud pública. También se analizará la correlación entre la ejecución presupuestal y los resultados obtenidos, identificando áreas con mayor o menor efectividad en la inversión.

- **Equidad en el Gasto**:

Se analizará la equidad en la distribución del gasto en salud entre las comunidades indígenas, teniendo en cuenta factores como necesidades específicas, tamaño poblacional y nivel de acceso a los servicios.

5.4.4.7. Dimensión de Adaptabilidad y Flexibilidad Financiera

- **Capacidad de Respuesta a Emergencias**:

Se evaluará la flexibilidad financiera del SISPI para responder a emergencias sanitarias, como pandemias, desastres naturales, brotes de enfermedades. También se analizarán los mecanismos de adaptación presupuestal en situaciones de crisis y la capacidad de reasignar recursos de manera rápida.

- **Innovación en la Gestión Financiera**:

Se identificarán estrategias innovadoras en la administración financiera del SISPI, como el uso de tecnologías digitales para la gestión presupuestal y el monitoreo de recursos, además de las mejores prácticas en la financiación de servicios de salud interculturales.

5.5. El Objeto de observación sistemas de información y sus dimensiones

5.5.1. Presentación

El desarrollo de un sistema de información robusto y culturalmente sensible es esencial para que el Observatorio Nacional de Salud Propia e Intercultural de los Pueblos Indígenas logre su objetivo de mejorar la salud y el bienestar de los pueblos indígenas de Colombia. Un enfoque adecuado no solo reconoce las particularidades culturales, sino que también busca generar datos útiles que guíen las decisiones estratégicas en salud pública, fortaleciendo la autonomía de las comunidades. La información generada por el Observatorio debe ofrecer múltiples beneficios, permitiendo abordar de manera efectiva las necesidades de las comunidades indígenas.

En primer lugar, el sistema de información debe permitir la identificación de las necesidades específicas de salud de los pueblos indígenas y las brechas existentes en el acceso de los servicios de salud, facilitando la creación de políticas públicas más

equitativas y pertinentes. Además, la información recopilada posibilita la evaluación rigurosa de la efectividad de los programas e intervenciones de salud implementados, permitiendo su ajuste y mejora continua según los resultados obtenidos.

La disponibilidad de información pertinente y oportuna contribuye a fortalecer la participación de las comunidades indígenas en la toma de decisiones en salud, asegurando que sus voces y saberes sean considerados en la creación e implementación de políticas. Asimismo, fomenta la investigación en salud indígena desde una perspectiva propia e intercultural, que integra tanto el conocimiento científico como los saberes ancestrales, facilitando el desarrollo de estrategias de salud culturalmente adecuadas.

La integración de la inteligencia artificial (IA) al sistema de información del Observatorio Nacional de Salud Propia e Intercultural de los Pueblos Indígenas presenta una oportunidad para mejorar la salud y el bienestar de las comunidades indígenas. El éxito del proyecto depende de abordarlo de manera ética, responsable y culturalmente sensible, trabajando en estrecha colaboración con las comunidades indígenas.

5.5.2. Objetivo

Caracterizar las interrelaciones entre los procesos de formación, generación y uso del conocimiento en los sistemas de información de salud de los pueblos indígenas, utilizando diversas fuentes de información primarias, secundarias y terciarias. Para ello, se aplicará una metodología sistemática, temática y dinámica que permitan evidenciar y analizar dichos procesos a través de un enfoque mixto, contribuyendo a evaluar la factibilidad de construir el Observatorio Nacional de Salud Propia e Intercultural de los Pueblos Indígenas.

5.5.3. Referentes conceptuales y teóricos

Un sistema de información es un conjunto de procedimientos, automatizados o no, que se encargan de recolectar, elaborar, evaluar, almacenar, recuperar, condensar y distribuir información dentro de una organización. El objetivo principal de este sistema es promover el flujo de información desde su origen hasta el destinatario final. Desde los años setenta del siglo XX, los sistemas de bases de datos han reemplazado a los sistemas de archivos tradicionales, convirtiéndose en uno de los recursos más importantes para las organizaciones. Un sistema de información está compuesto por datos fuente, software, dispositivos físicos, y el personal que lo utiliza y desarrolla[1-5].

Un sistema de información en salud es un conjunto organizado de recursos, tecnologías y procesos que permite la recopilación, almacenamiento, análisis y difusión de datos relacionados con la salud. Estos sistemas son fundamentales para la gestión de la información en el ámbito sanitario, ya que facilitan la toma de decisiones informadas y basadas en evidencia. Los sistemas de información en salud incluyen diversas

aplicaciones y herramientas, como los registros electrónicos de salud, bases de datos epidemiológicas y los sistemas de monitoreo de enfermedades. Estos sistemas permiten a los profesionales de la salud acceder a información crítica sobre pacientes, tratamientos y resultados, además de analizar tendencias en salud pública y evaluar la efectividad de las intervenciones [6-8].

La inteligencia artificial (IA) es un campo de la informática que se enfoca en desarrollar sistemas capaces de realizar tareas que requieren inteligencia humana. Estas tareas incluyen habilidades como el aprendizaje, el razonamiento, la percepción y la toma de decisiones. La IA se fundamenta en algoritmos y modelos matemáticos que permiten a las computadoras procesar datos, reconocer patrones y realizar predicciones o recomendaciones [9-14].

La inteligencia artificial (IA) aplicada al ámbito de la salud implica el uso de algoritmos y modelos computacionales para analizar datos sanitarios, mejorar diagnósticos, personalizar tratamientos y optimizar la atención médica. Esta tecnología tiene el potencial de transformar la atención sanitaria a través del análisis de grandes volúmenes de datos clínicos, socioculturales y epidemiológicos, permitiendo a los profesionales de la salud tomar decisiones más informadas y basadas en evidencia [9-14].

La inteligencia artificial (IA) ofrece herramientas poderosas para optimizar el Sistema de Información del Observatorio Nacional de Salud Propia e Intercultural de los Pueblos Indígenas, mejorando la recopilación, el análisis y la utilización de datos para la toma de decisiones. La IA puede ayudar a procesar el lenguaje humano mediante el Procesamiento del Lenguaje Natural (PLN) para analizar datos cualitativos, como relatos de la comunidad y registros de prácticas de salud tradicionales. Esta tecnología puede traducir información de diferentes idiomas indígenas y extraer información relevante, como la identificación de síntomas, enfermedades y prácticas de salud tradicionales.

El aprendizaje automático permite a las máquinas identificar patrones y tendencias, prediciendo brotes de enfermedades (físicas y espirituales) mediante redes neuronales complejas que analizan grandes conjuntos de datos.

El Observatorio debe funcionar como un **"sistema inteligente de información"**[15-19]**,** facilitando la disponibilidad de datos y la generación de indicadores sobre la salud de los pueblos indígenas. La inteligencia artificial ofrece un gran potencial para fortalecer el Sistema de Información del Observatorio de Salud Indígena, siempre que se implemente de manera ética, responsable y en colaboración con las comunidades indígenas, con el objetivo de mejorar la salud y el bienestar de los pueblos indígenas.

5.5.4. Referentes jurídicos

La propuesta metodológica del Observatorio Nacional de Salud Propia e Intercultural de los Pueblos Indígenas se enmarca en un sólido conjunto de políticas y referentes jurídicos que buscan garantizar la pertinencia cultural y la efectividad de los sistemas de

información en salud para las comunidades indígenas.

Acuerdos y compromisos gubernamentales:

- **Acuerdo IT2-52:** Este acuerdo, suscrito entre el Ministerio de Salud y Protección Social y los pueblos indígenas en el marco del Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026, establece la obligación de "estructurar y crear el Observatorio nacional de salud propia e intercultural de los pueblos indígenas" y de "implementar y financiar el observatorio". Este acuerdo, junto con otros relacionados con la consulta previa, ha sido formalmente incorporado a la legislación colombiana a través del artículo 356 de la Ley 2294 de 2023.

Legislación Nacional:

- **Ley 691 de 2001:** Esta ley reglamenta la participación de los grupos étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y destaca la necesidad de adecuar los sistemas de información a la diversidad étnica y cultural de Colombia. El artículo 27 de la ley exige al Ministerio de Salud incluir indicadores relacionados con patologías y conceptos médicos tradicionales de los pueblos indígenas en los sistemas de información, con el objetivo de obtener datos confiables, oportunos y coherentes con sus condiciones, usos y costumbres.
- **Decreto 1973 de 2013:** Este decreto establece la creación de la Subcomisión de Salud de la Mesa Permanente de Concertación con los Pueblos y Organizaciones Indígenas, como una instancia para la construcción colectiva de políticas públicas en salud para los pueblos indígenas. El decreto le encomienda a la Subcomisión la tarea de identificar situaciones de salud y proponer estrategias para la consolidación e implementación de formas de atención, siguiendo los lineamientos del Plan Decenal de Salud Pública para los pueblos indígenas de Colombia.
- **Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026 (Ley 2294 de 2023):** Este plan, además de incorporar los acuerdos de consulta previa como el IT2-52, establece un marco general para el desarrollo del país, incluyendo la salud de los pueblos indígenas.
- **Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031:** Este plan, implementado a través del Anexo Técnico de la Resolución MSPS No. 2367 de 2023, reconoce la importancia de la cosmovisión y los saberes propios de los pueblos indígenas en la toma de decisiones en salud pública. Además, prevé la definición de herramientas para el control, seguimiento y evaluación de los indicadores del derecho a la salud en las comunidades indígenas.

Convenios Internacionales:

- **Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT):** Adoptado por Colombia mediante la Ley 21 de 1991, este convenio establece la obligación de los Estados de mejorar las condiciones de vida, incluida la salud, de los pueblos indígenas, con su participación y cooperación. Resalta la importancia de la participación de las comunidades indígenas en el diseño e implementación de las políticas que les afectan.

Principios Rectores:

- **Autonomía y gobernabilidad:** El Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (SISPI) se basa en los principios de autonomía y gobernabilidad, reconociendo el derecho de los pueblos indígenas a gestionar sus propios

sistemas de salud y a participar en la toma de decisiones que afectan su salud.

- **Pertinencia cultural:** Los sistemas de información del Observatorio deben ser culturalmente pertinentes, considerando las cosmovisiones, los conocimientos tradicionales y las prácticas de salud de las comunidades indígenas.
- **Participación comunitaria:** La participación activa de las comunidades indígenas en todas las etapas del proyecto, desde el diseño hasta la implementación y evaluación, es fundamental para garantizar la pertinencia cultural y la efectividad de los sistemas de información.

5.5.5. El objeto de sistema de información que podría ser diagnosticado en el Observatorio de Salud Propio e Intercultural

Los pueblos indígenas deben tener el control sobre la información que se recopila y decidir cómo se utiliza. El Observatorio debe articularse con el Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (SISPI) para generar datos de salud y consolidar los indicadores propios de vida que permitan identificar situaciones problemáticas y orientar la toma de decisiones. Además, el Observatorio debe considerar los conocimientos, los idiomas y las prácticas de comunicación de las comunidades indígenas.

Es importante implementar la inteligencia artificial (IA) en el Observatorio Nacional de Salud Propia e Intercultural de los Pueblos Indígenas de manera ética y responsable, utilizándola para empoderar a las comunidades indígenas. La IA no debe reemplazar la toma de decisiones humanas, sino servir como una herramienta colaborativa que permita tomar mejores decisiones basadas en los datos proporcionados por el sistema de información. El desarrollo y la aplicación de la IA deben guiarse por principios éticos como la beneficencia, la no maleficencia, la autonomía y la justicia.

Los algoritmos de IA y los procesos de toma de decisiones deben ser transparentes y comprensibles para las comunidades indígenas, además de discutirse con sus respectivas autoridades. La privacidad, la confidencialidad y la seguridad de los datos de salud de las comunidades deben ser protegidas rigurosamente.

5.5.6. Dimensiones de los Sistemas de Información en el Observatorio Nacional de Salud Propia e Intercultural de los Pueblos Indígenas.

1. Dimensiones epidemiológicas desde la sabiduría ancestral

- Recopilación de datos epidemiológicos desde una perspectiva intercultural: El sistema debe recopilar información sobre la ocurrencia y distribución de enfermedades y eventos de salud en las comunidades indígenas, integrando tanto indicadores epidemiológicos convencionales como aquellos propios para la salud intercultural y propia.
- Integración de conocimientos tradicionales sobre salud y enfermedad: El sistema

debe incorporar información sobre conceptos de salud y enfermedad propios de cada pueblo indígena, así como prácticas tradicionales de salud, incluyendo el uso de plantas medicinales y rituales.
- Identificación de determinantes de la salud desde una perspectiva holística: El sistema debe analizar los factores biológicos, sociales, ambientales y culturales que influyen en la salud de las comunidades indígenas, considerando la interacción entre estos factores.

2. Dimensiones de los componentes del SISPI
- Seguimiento y análisis de la implementación del SISPI: El sistema debe monitorear el desarrollo e implementación de los componentes del SISPI, incluyendo los aspectos ***político-organizativos, de formación, capacitación, generación y uso del conocimiento en salud, de cuidado de salud propia e intercultural,*** *así como* ***de administración y gestión.***
- Evaluación de la articulación entre el SISPI y el Sistema General de Salud: El sistema debe analizar la coordinación y complementariedad entre el SISPI y el Sistema General de Salud, identificando los desafíos y las oportunidades para mejorar su integración.

3. Dimensiones de las políticas y marcos normativos
- Monitoreo de la implementación de políticas de salud indígena: El sistema debe hacer seguimiento a la aplicación de las políticas y marcos normativos relacionados con la salud de los pueblos indígenas, como el Convenio 169 de la OIT, la Ley 691 de 2001, el Plan Nacional de Desarrollo y el Plan Decenal de Salud Pública.
- Evaluación del impacto de las políticas en la salud indígena: El sistema debe analizar la efectividad de las políticas de salud en la mejora de las condiciones de salud de las comunidades indígenas, identificando las brechas y los desafíos en su implementación.

4. Dimensiones presupuestales y financieras.
- Seguimiento de la inversión en salud indígena: El sistema debe monitorear la asignación y ejecución de los recursos financieros destinados a la salud de los pueblos indígenas, tanto a nivel nacional como regional.
- Análisis de la eficiencia y la equidad en la asignación de recursos: El sistema debe evaluar la distribución de los recursos financieros, identificando posibles desigualdades en el acceso a los servicios de salud y la inversión en programas de salud indígena.

5. Dimensiones de la Formación y el conocimiento
- Seguimiento de los procesos de formación en salud propia e intercultural: El sistema debe monitorear la oferta y la demanda de programas de formación en salud indígena, evaluando su pertinencia cultural y su contribución al fortalecimiento del SISPI.
- Promoción de la generación y el uso del conocimiento en salud indígena: El sistema debe facilitar la producción y el intercambio de conocimientos en salud

indígena, incluyendo la investigación desde una perspectiva propia e intercultural, y la sistematización de las prácticas de salud tradicionales.
- Desarrollo de sistemas de información culturalmente sensibles: El sistema debe diseñarse y gestionarse de forma que sea accesible y útil para las comunidades indígenas, considerando sus conocimientos, idiomas y prácticas de comunicación.

5.5.7. Principios para los Sistemas de Información

El diseño e implementación de las dimensiones de los sistemas de información deben basarse en los siguientes principios:

- ***Autonomía y Gobernabilidad:*** Los pueblos indígenas deben tener control total sobre la información que se recopila, así como sobre la forma en que se utiliza.
- ***Pertinencia Cultural:*** Los sistemas de información deben ser diseñados de acuerdo con las cosmovisiones, valores y prácticas culturales de las comunidades indígenas, respetando su identidad y tradiciones.
- ***Participación Comunitaria:*** Las comunidades indígenas deben participar activamente en todas las etapas del desarrollo e implementación de los sistemas de información, garantizando que sus necesidades y perspectivas sean consideradas en todo el proceso.

Referencias

1. Laudon KC, Laudon JP. Management Information Systems: Managing the Digital Firm. 16th ed. Pearson; 2020.
2. O'Brien JA, Marakas GM. Introduction to Information Systems. 16th ed. McGraw-Hill Education; 2018.
3. Turban E, Volonino L, Wood G. Information Technology for Management: Digital Strategies for Insight, Action, and Sustainable Performance. 11th ed. Wiley; 2015.
4. Wamba SF, Gunasekaran A, Akter S, Ren S, Dubey R, Childe SJ. Big data analytics and firm performance: Effects of dynamic capabilities. J Bus Res. 2017;70:356-65.
5. Zwass V. Management Information Systems. Inform Syst Front. 2017;19(2):251-9.
6. Plazzotta F, Luna D, González Bernaldo de Quirós F. Sistemas de información en salud: integrando datos clínicos en diferentes escenarios y usuarios. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2015;32(2):343-5.
7. Lin A, Ford N, Willett P. Scholarly communication between health informatics and information systems: A bibliometric study. Health Informatics J. 2024 Apr-Jun;30(2):14604582241259331.
8. Ramezani M, Takian A, Bakhtiari A, Rabiee HR, Ghazanfari S, Mostafavi H. The application of artificial intelligence in health policy: a scoping review. BMC Health Serv Res. 2023 Dec 15;23(1):1416.
9. Hassan M, Kushniruk A, Borycki E. Barriers to and Facilitators of Artificial Intelligence Adoption in Health Care: Scoping Review. JMIR Hum Factors. 2024 Aug 29;11:e48633.

10. Topol EJ. High-performance medicine: the convergence of human and artificial intelligence. Nat Med. 2019;25(1):44-56.
11. Esteva A, Robicquet A, Ramsundar B, et al. A guide to deep learning in healthcare. Nat Med. 2019;25(1):24-29.
12. Rajkomar A, Dean J, Kohane I. Machine learning in medicine. N Engl J Med. 2019;380(14):1347-58.
13. Jiang F, Jiang Y, Zhi H, et al. Artificial intelligence in healthcare: past, present and future. Stroke Vasc Neurol. 2017;2(4):230-243.
14. Yu KH, Beam AL, Kohane IS. Artificial intelligence in healthcare. Nat Biomed Eng. 2018;2(10):719-731.
15. Wang F, Zhang P, Li Y, Wang J, Wang X, Zhu Y. An intelligent information system for management of chronic diseases in the elderly. J Med Syst. 2012;36(5):3099-
16. Chen H, Fuller SS, Friedman C, Hersh W. Knowledge management, data mining, and text mining in medical informatics. Medinfo. 2005;11(Pt 1):306-10.
17. Liao SH. Expert system methodologies and applications—a decade review from 1995 to 2004. Expert Syst Appl. 2005;28(1):93-103.
18. Koh HC, Tan G. Data mining applications in healthcare. J Healthc Inf Manag. 2005;19(2):64-72.
19. Shortliffe EH, Cimino JJ, editors. Biomedical informatics: computer applications in health care and biomedicine. 4th ed. New York: Springer; 2014.

6. Conclusiones

1) El desarrollo y la definición de los objetos de seguimiento, así como la formulación de las dimensiones de análisis, constituyeron una estrategia metodológica adecuada para abordar la etapa de diagnóstico de necesidades, lo que permitió estructurar el observatorio de salud indígena. Esta estrategia facilitó la identificación de ámbitos específicos para despliegue de las tareas de investigación.

2) La definición de los objetos de seguimiento y la formulación de las dimensiones también permitieron construir el objetivo que se perfiló como horizonte para la búsqueda y construcción de posibles indicadores de trabajo para el observatorio de salud indígena.

3) Este documento constituye una herramienta valiosa en el proceso de estructuración del observatorio de salud indígena, ya que aporta elementos clave para guiar la planificación y ejecución de dicho proyecto.

7. Recomendaciones

Por un lado, para futuros trabajos de diagnóstico de necesidades en los que sea necesario definir -previamente- el objeto de estudio, se recomienda utilizar el enfoque metodológico adaptado en la elaboración del presente producto No. 2.

Por otro lado, para la ejecución de las fases siguientes del proceso de estructuración del observatorio de salud indígena, se sugiere tener en cuenta el presente producto No. 2., dado que contiene un marco conceptual, teórico, jurídico, estratégico y metodológico que puede orientar el desarrollo de la ruta de estructuración e implementación.