



MINISTÈRE DES AFFAIRES
ÉTRANGÈRES



Seminario Taller Pueblos Indígenas de América Latina: Políticas y Programas de salud, ¿cuánto y cómo se ha avanzado?

*CEPAL, Santiago de Chile,
25 y 26 de junio 2007*

AVANCES EN POLÍTICAS Y PROGRAMAS NACIONALES

Gina Carrioni

Seminario-Taller “Pueblos Indígenas de América Latina: políticas y programas de salud, ¿cuánto y cómo se ha avanzado?”

CEPAL, Santiago de Chile, 25 y 26 de junio de 2007

Mecanismos de participación de los pueblos indígenas de Colombia en las políticas públicas de salud

Gina Carrioni Denyer.

Desde la década de los 70 del siglo XX, una de las principales luchas de los pueblos indígenas del país estuvo enfocada hacia la reivindicación de sus derechos y al reconocimiento y valoración de sus culturas. De ahí que en el año de 1991 la Constitución Política de Colombia reconoció el carácter multilingüe y pluricultural del país, el cual se debía reflejar en la efectiva protección del Estado, así como en el desarrollo de un conjunto de derechos dentro del marco de la democracia, participación y justicia social; esto se ha evidenciado en la expedición de normas que buscan potencializar el acervo cultural de estos pueblos y mejorar la calidad de vida de los mismos bajo el principio de respeto de su territorialidad y cosmovisión.

En lo que respecta a la atención en salud para los pueblos indígenas, el reconocimiento por parte del Ministerio de Salud y la legislación en Salud se da mucho antes de la promulgación de la Constitución de 1991. La primera norma en salud, Resolución 10013 de 1981 surge por iniciativa de los Servicios Seccionales de Salud que atienden población indígena en los antiguos territorios nacionales. Por medio de ella se establece la gratuidad de la atención, el respeto de su estructura política, organizativa, administrativa, de sus valores y tradiciones, y se ordena la creación de modelos conducentes a integrar la medicina tradicional autóctona con la medicina occidental o especializada.

Posteriormente, dentro de la reglamentación de la Ley 10 de 1990, se promulga el Decreto 1811 de 1990, que marca un hito en la atención a las comunidades indígenas. Este Decreto, reitera la gratuidad de los servicios de salud para esta comunidad, la participación de los indígenas en los procesos de diagnóstico, formulación y elaboración de planes, programas y proyectos, así como en la toma de decisiones en la administración y gestión de los servicios de salud. De igual manera fundamentó los desarrollos institucionales adecuados a las características de esta población y estableció la necesidad de que el talento humano que presta servicios a las comunidades indígenas fuese capacitado conforme a los requerimientos de su cultura, como también que las acciones de salud contemplaran para su desarrollo a sus integrantes.

En esta misma dirección, Colombia como país integrante de la Organización Internacional del Trabajo acoge y aprueba mediante la Ley 21 de 1991 el Convenio 169 de 1989 de dicha organización, que determina que los pueblos tribales en países independientes y los pueblos considerados indígenas, tienen derecho a decidir sobre sus prioridades en lo que atañe al proceso de desarrollo en la medida en que afecte su vida, creencias, instituciones, bienestar y

tierras y de controlar su propio desarrollo económico social y cultural, y a participar en la formulación, aplicación y evaluación de los planes y programas de desarrollo nacional y regional que los afecten directamente. Además, se establece que los regímenes de seguridad social deben extenderse a los pueblos interesados y aplicarlos sin discriminación y que los servicios de salud deben planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales y métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.

Asimismo, en el año de 1993 se expide la Ley 100, por la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS, que tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten. El sistema comprende las obligaciones del Estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud y servicios complementarios, además, reconoce a las personas vulnerables sin capacidad de pago, como el caso de los pueblos indígenas del país, el derecho a ser afiliados al Régimen Subsidiado.

En el proceso de reglamentación de la Ley 100 de 1993, se han expedido una serie de leyes, decretos, resoluciones y acuerdos que hacen referencia directa a la prestación de servicios de salud y que afectan principalmente a las poblaciones indígenas. Una de ellas es la Ley 691 de 2001, mediante la cual se reglamenta la participación de los pueblos indígenas en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia, que garantiza su derecho de acceso y la participación en el Sistema General de Seguridad Social en condiciones dignas y apropiadas, respetando la diversidad cultural de la nación y sus estilos de vida, protegiendo sus derechos en salud y garantizando su integridad cultural.

En este sistema, se reconoce a las comunidades indígenas como personas vulnerables sin capacidad de pago, con derecho a ser afiliados al Régimen Subsidiado y se plantea que pueden existir entidades promotoras de salud indígenas. Por otra parte, el sistema se viene implementando mediante la aplicación de acciones afirmativas expresadas a través de la inclusión de esta población al Régimen Subsidiado sin la exigencia de la encuesta de Identificación de Beneficiarios, SISBEN, y la atención gratuita por cuanto no se aplican copagos ni cuotas moderadoras, lo cual materializa ventajas comparativas con respecto al resto de la población pobre del país. Además, los recursos económicos de los Subsidios para la población indígena son entregados por el Estado a través de las alcaldías, a las Empresas Promotoras de Salud Indígenas (EPSI) creadas y administradas por las Autoridades Tradicionales de esta comunidad, las que a su vez prestan los servicios a sus afiliados mediante Instituciones Prestadoras de Salud Indígenas (IPSI) que funcionan en sus territorios y hacen parte de la Red Pública de Prestadores de Servicios de Salud.

En la actualidad hay conformadas seis (6) Entidades Promotoras de Salud Indígenas (EPSI), creadas mediante Decreto 330 de 2001 y que luego la Ley 691 de 2001 define en su artículo 14 como administradoras de los subsidios en salud para los Pueblos Indígenas:

1. Asociación de Cabildos del Resguardo Indígena Zenú de San Andrés de Sotavento MANEXKA EPS con sede en San Andrés de Sotavento (Córdoba);

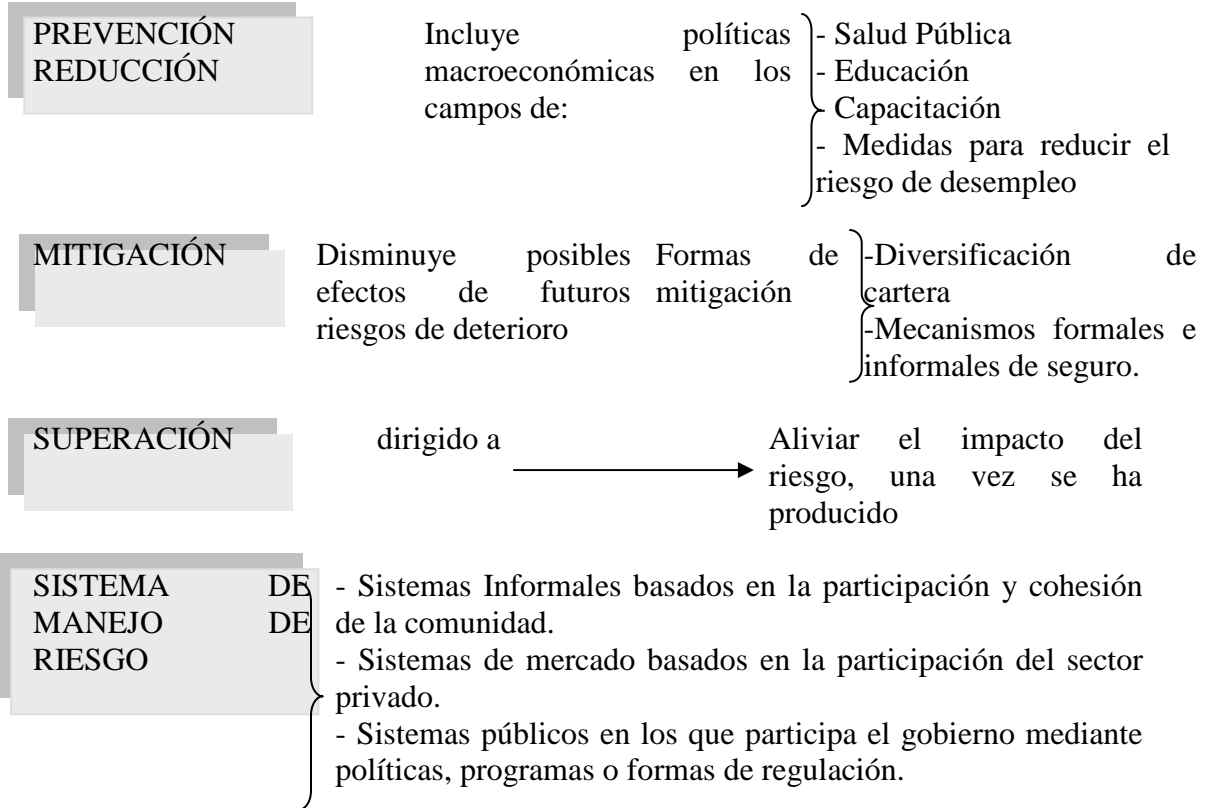
2. Asociación de Cabildos Indígenas del Cesar y Guajira DUSAKAWI EPS con sede en Valledupar (Cesar);
3. ANAS WAYUU EPS con sede en Maicao (Guajira);
4. Entidad Promotora de Salud PIJAO SALUD EPS con sede en Ibagué (Tolima);
5. Asociación Indígena del Cauca AIC EPS con sede en Popayán (Cauca) y
6. Entidad Promotora de Salud MALLAMAS EPS con sede en Ipiales (Nariño).

Estas Entidades Promotoras de Salud Indígenas son conformadas por los cabildos y/o autoridades tradicionales indígenas, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa y deben garantizar, mínimo, que el 60% de sus afiliados sea indígenas reconocidos por sus respectivas autoridades tradicionales; el otro 40% o menos de sus afiliados pueden no ser indígenas, de acuerdo con lo estipulado en la Ley 691 de 2001 y ratificado en el Decreto 2716 de 2004.

Además, la población indígena cuenta en salud con espacios de concertación legales que garantizan que las acciones que se hagan en este campo, se consulten previamente sus autoridades y representantes, respetando los preceptos constitucionales que definen a Colombia como un país étnicamente diverso. En ese sentido para la elaboración del Plan de Atención Básica (PAB), referente a las acciones de Salud Pública definidas por la Nación como prioritarias y aquellas propias de las condiciones particulares de la región o el territorio que se deben ejecutar en beneficio de las poblaciones de estas jurisdicciones, para el caso particular de los territorios indígena, se establece que se debe consultar, concertar y orientar hacia la adecuación de las acciones a realizar, tal como lo establece la Circular Externa No. 18 del 18 de Febrero de 2004 en su Numeral 1: *“Cuando en la entidad territorial existan grupos étnicos legalmente reconocidos, la formulación del PAB, debe incluir los procesos de consulta y concertación que establece la normatividad vigente, orientada a la adecuación etnocultural de las acciones a realizar”*.

Por otra parte, en concordancia con el marco constitucional, en el Plan de Desarrollo del Gobierno Nacional se propicia el fortalecimiento de los grupos étnicos y se hace manifestación expresa de dar cumplimiento a los convenios y tratados internacionales para el cabal desarrollo de los derechos de estos grupos.

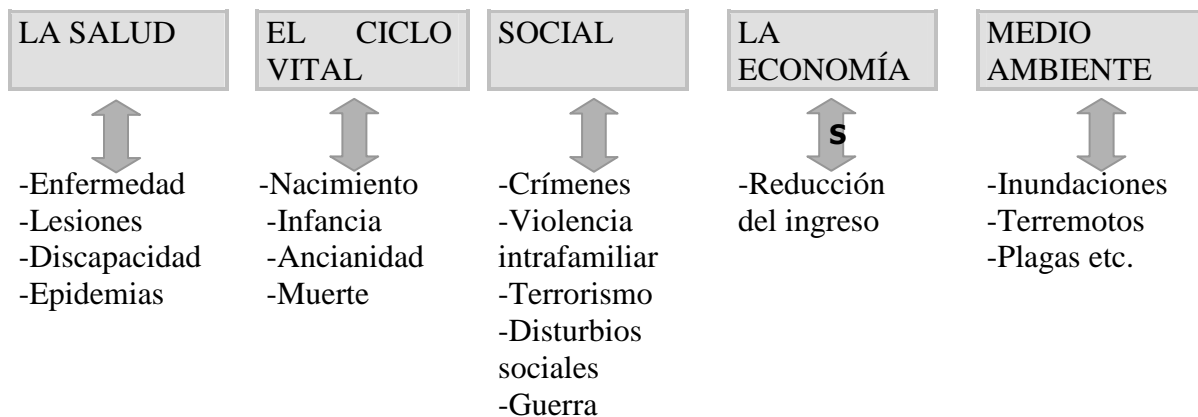
En este panorama y para continuar fortaleciendo la respuesta del Estado a los denominados grupos de poblaciones especiales, se desarrolla la estrategia de la Protección Social que insta a articular acciones, potenciar esfuerzos y armonizar los recursos de los sectores público y privado en función de generar beneficios acordes con las características, necesidades y prioridades de estas poblaciones vulneradas y vulnerables. Este esquema propone el manejo social de los riesgos de manera preventiva y con una connotación social, es decir, incorporar a todos los actores sociales y a las estrategias formales e informales en la prevención, mitigación y superación de los riesgos como instrumento para garantizar el cumplimiento de los derechos de todos los ciudadanos, incluidos los grupos étnicos, pero adaptados a sus condiciones.



En este contexto, la Protección Social se define como el conjunto de intervenciones públicas para asistir a personas, hogares y comunidades en un mejor manejo del riesgo, especialmente para prestar apoyo a los más pobres en situación crítica. Comprende un conjunto de políticas, planes, programas y acciones públicas, privadas y comunitarias orientadas a prevenir, habilitar y rehabilitar a aquellas personas, hogares y comunidades que por su situación de vulnerabilidad y exclusión no tienen o están en riesgo de perder el acceso a niveles básicos de bienestar, para acceder como mínimo a la salud, la pensión y el trabajo.

Con el sistema de protección social se pretende que las personas, hogares y comunidades puedan enfrentar y manejar de mejor manera los riesgos a los que se ven expuestos, y con ello preservar, restituir y proteger sus derechos individuales y colectivos a la supervivencia, el desarrollo, la protección social y la participación.

Las fuentes de riesgo, que afectan a la sociedad en general o a los individuos en particular, surgen de:



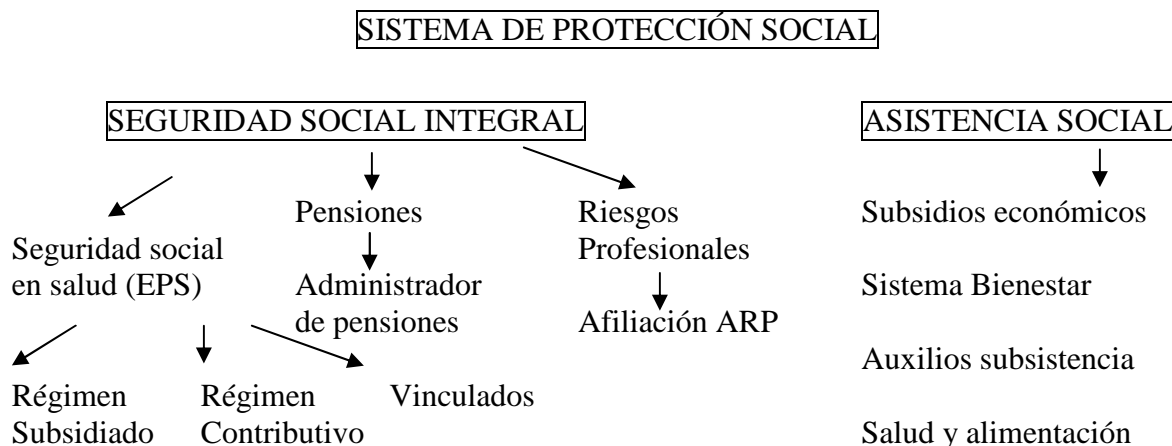
Bajo esta concepción, la vulnerabilidad se entiende como la posibilidad de ser afectado o perjudicado por un riesgo o tener una amenaza de cualquier naturaleza, y no estar en capacidad plena para enfrentarlo y resolverlo. La vulnerabilidad puede provenir de situaciones continuas y permanentes como son: la ancianidad, la discapacidad o la pobreza permanente; o deberse a condiciones temporales, como es la dependencia durante la niñez, la enfermedad, el desplazamiento forzoso, las guerras, los desastres naturales o la pérdida de ingresos por crisis económicas.

Bajo el enfoque de protección social se ha concluido que los fenómenos de pobreza y exclusión se producen debido a la concreción de eventos (riesgos) impredecibles que determinan la disminución de los ingresos y la afectación de la calidad de vida de un individuo, una familia o una comunidad, y que por lo tanto se deben adoptar medidas de carácter social para evitar la concreción de los riesgos, reducir los niveles de vulnerabilidad de ciertos grupos poblacionales, mitigar sus efectos, a través de la promoción y el fortalecimiento de estrategias comunitarias para el manejo de riesgos y en última instancia superarlos.

En ese contexto, los planteamientos de la protección social tienen en cuenta y caracterizan el fenómeno de la exclusión como un concepto diferente, pero muy relacionado con la vulnerabilidad, que se concreta en la imposibilidad de acceder total o parcialmente a los componentes de la protección social, un bajo nivel de bienestar, un mayor grado de vulnerabilidad y la imposibilidad de ejercer ciertos derechos en función de niveles de bienestar aceptables.

En el caso de los pueblos indígenas, la exclusión se da por situaciones como su ubicación en zonas de difícil acceso, el desconocimiento de sus particularidades culturales por parte de la sociedad hegemónica, el desprecio por sus usos, costumbres y tradiciones, lo que hace que estos grupos se encuentren marginados, discriminados y excluidos de los bienes y servicios necesarios para la satisfacción de sus necesidades y el disfrute pleno de sus derechos.

Así, la Protección Social se visualiza de la siguiente manera:



1. El Sistema General de Seguridad Social Integral, es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos al servicio de las personas y las comunidades para que puedan gozar de una buena calidad de vida, y que el Estado y la sociedad desarrollan para atender de manera integral los riesgos, especialmente los que menoscaban la salud y la capacidad económica de los habitantes del territorio nacional, y así lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad.

El Sistema General de Seguridad Social Integral está conformado por:

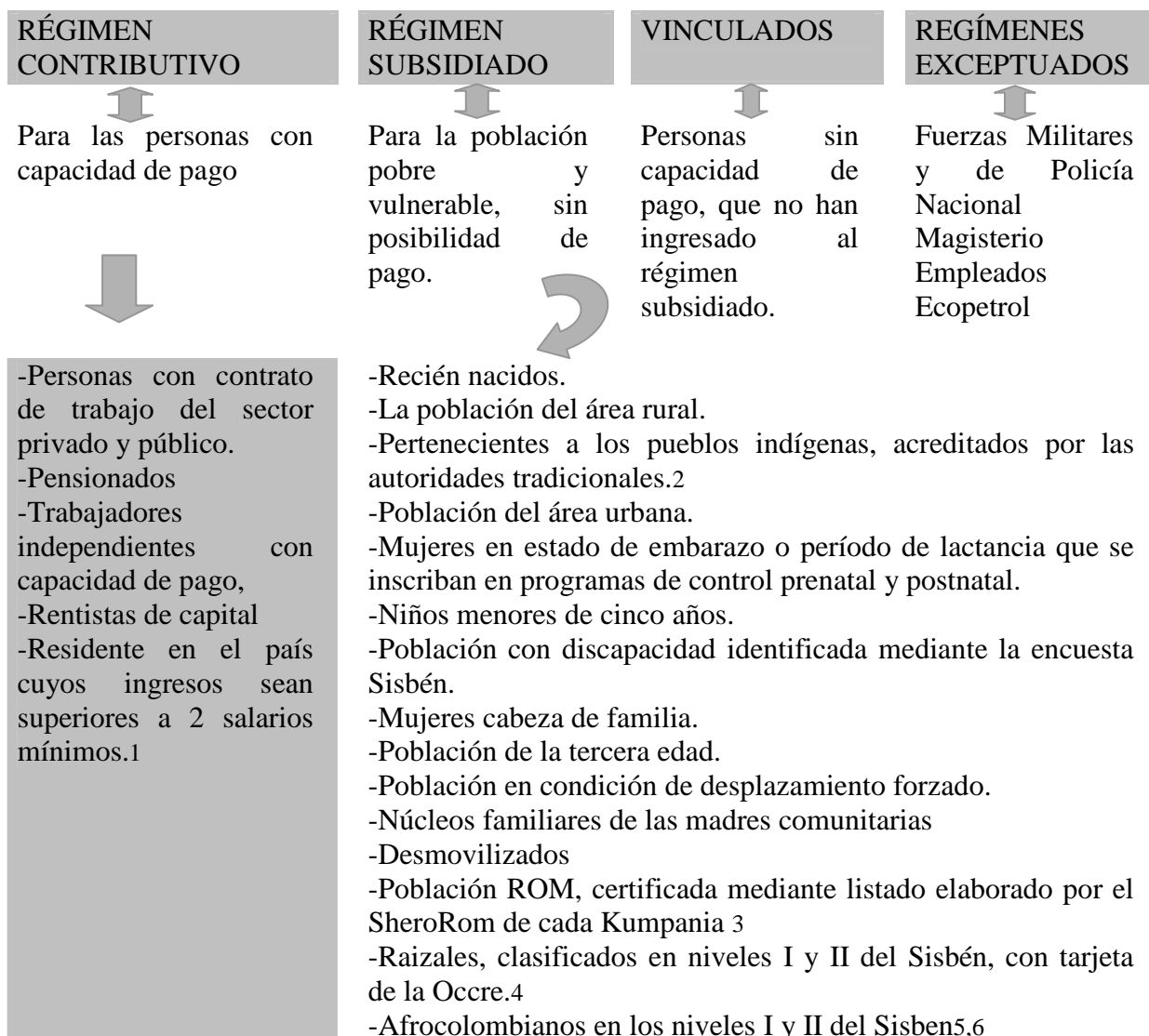
- ✓ **El Sistema General de Seguridad Social en Salud**, cuya finalidad es proteger la salud, para lo cual normatiza el servicio público de la salud creando para ello los mecanismos y las condiciones para que toda la población residente en Colombia tenga acceso a la salud en todos los niveles de atención.
- ✓ **El Sistema General de Pensiones**, cuya finalidad es proteger a la población contra los riesgos de la vejez, la invalidez y la muerte, mediante el reconocimiento de pensiones y prestaciones sociales. También propende por ampliar progresivamente su atención a las personas que no están cubiertas por el sistema de pensiones.
- ✓ **El Sistema de Riesgos Profesionales**, destinado a prevenir, proteger y atender a los trabajadores de las consecuencias derivadas de las enfermedades y los accidentes que puedan ocurrirles en el trabajo que desarrollan.

En el **Sistema General de Seguridad Social en Salud** se establece un plan obligatorio de salud (POS) para todos los habitantes del territorio nacional, organizado y garantizado por las Entidades Promotoras de Salud (EPS) directamente o contratando con Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), complementado por el Plan de Atención Básica (PAB).

Así, las Entidades Promotoras de Salud, del Régimen Subsidiado y del Régimen Contributivo, son las entidades responsables de la afiliación y el registro de los afiliados, así como del recaudo y administración de sus cotizaciones, y deben organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan Obligatorio de salud –POS- a los afiliados. Por su parte, las IPS son los hospitales, consultorios, laboratorios, centros de atención básica y demás centros de servicios de salud y todos los profesionales que, agrupados o individualmente, ofrecen sus servicios a través de las EPS.

Las personas ingresan al Sistema de Seguridad Social en Salud a través de dos Regímenes que son excluyentes: el Contributivo para las personas con capacidad de pago y el Subsidiado para la población pobre y vulnerable sin posibilidad de pago. No obstante, mientras ingresan al régimen subsidiado, las personas sin capacidad de pago tienen derecho, en forma temporal, a ser atendidas, en calidad de vinculadas, por las instituciones públicas y privadas que tengan contrato con el Estado.

Igualmente existen regímenes exceptuados para el personal adscrito a las fuerzas armadas, al magisterio y a la Empresa Colombiana de Petróleos Ecopetrol, dados los riesgos a que se encuentran expuestos por el cumplimiento de sus funciones.



1 Ley 100 de 1.993, Artículo 157, Literal A numeral 1.

2 Ley 691 de 2001

Para que los miembros de los *pueblos indígenas* participen como afiliados al Régimen Subsidiado y los subsidios les sean otorgados, las autoridades tradicionales de cada pueblo indígena tienen la obligación de realizar censos anuales que deben ser registrados y verificados por los alcaldes municipales donde estén ubicados dichos pueblos⁷.

2. La asistencia social, cuyos programas, en principio, no hacen parte de la seguridad social. Sin embargo, sí pueden cumplir una función de aseguramiento. Su función es la de proveer un mínimo nivel de vida a aquellos que están insuficientemente dotados de capital humano y físico para enfrentar el mercado, tales como: pobres crónicos, niños sin familia, ancianos no pensionados, discapacitados y desplazados. Incluye, entre otros:

- ✓ **El Sistema Nacional de Bienestar Familiar**, cuyos fines están orientados a promover la integración y realización armónica de la familia y proteger a la niñez garantizando el ejercicio de sus derechos con el propósito de mejorar las condiciones de vida de la sociedad.
- ✓ **El Sistema de Compensación Familiar**, mediante el cual se busca compensar a los afiliados al Sistema de Seguridad Social de menores ingresos y sus familias, para mejorar su calidad de vida.
- ✓ Los **Servicios Sociales Complementarios** como un programa de subsidios económicos para las personas mayores, cuya finalidad es apoyar y proteger a estas personas para que tengan una vida digna.

Los principios⁸ que protegen, desarrollan y defienden el derecho a la protección social son:

- ✓ **UNIVERSALIDAD**: garantiza la protección social a las personas en todas las etapas de la vida, sin ningún tipo de discriminación.
- ✓ **SOLIDARIDAD**: permite la ayuda mutua entre las personas, las generaciones y las comunidades.
- ✓ **INTEGRIDAD**: facilita que todas las personas accedan, de manera plena e integral, a la salud, al empleo y al mejoramiento de sus condiciones de vida.
- ✓ **UNIDAD**: permite que las políticas, instituciones, regímenes y procedimientos, estén articulados y relacionados entre sí para lograr el ejercicio de la protección social de manera armónica.
- ✓ **PARTICIPACIÓN**: propicia el desarrollo de mecanismos y acciones para que las comunidades intervengan en la organización, gestión, control y fiscalización de las instituciones y del Sistema de Protección Social.

3 Acuerdo No 273 de 2004

4 Acuerdo No 266 de 2004

5 CONPES 3310 de 2004

6 CONPES 2909 de 1997

7 Ley 691 de 2001

8 Sentencia No. T-116-93

- ✓ **DIVERSIDAD ÉTNICA Y CULTURAL:** practica la observancia y el respeto por el estilo de vida de los grupos étnicos y toma en consideración sus especificidades culturales y ambientales.⁹

En este contexto, los pueblos indígenas participan del Sistema de Seguridad Social Integral bajo el mismo esquema del modelo de aseguramiento que se ha venido desarrollando de acuerdo con lo establecido en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias. En el proceso de desarrollo de esta ley, se han expedido una serie de disposiciones que hacen referencia directa a la prestación de servicios de salud para las poblaciones indígenas. Una de ellas es la Ley 691 de 2001, que se constituye el marco de referencia para la atención en salud de los Pueblos Indígenas y reglamenta su participación en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia, garantizando su derecho de acceso y participación en el Sistema General de Seguridad Social en condiciones dignas y apropiadas, respetando la diversidad cultural de la nación y sus estilos de vida, protegiendo sus derechos en salud y garantizando su integridad cultural.

Para la afiliación de la población indígena, la Ley 691 de 2001 establece, en su artículo 5° que *“Las tradicionales y legítimas autoridades de cada Pueblo Indígena, elaborarán un censo y lo mantendrán actualizado, para efectos del otorgamiento de los subsidios. Estos censos deberán ser registrados y verificados por el ente territorial municipal donde tengan asentamiento los pueblos indígenas”*.

Esto es ratificado por el Acuerdo 244 de 2003 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, por medio del cual se definen la forma y las condiciones de operación del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se determinan los criterios para identificar, seleccionar y priorizar a los potenciales beneficiarios de los subsidios, es decir, a toda la población pobre y vulnerable sin capacidad de pago (entre ellos los Pueblos Indígenas); en este Acuerdo, en sus artículos 4°, 6° y 22 se plantean aspectos alusivos al aseguramiento en el régimen subsidiado de las poblaciones indígenas, priorizando a los indígenas como beneficiarios del régimen, estableciendo que la identificación de la población indígena para asignación de subsidios se efectuará acorde con lo establecido en el artículo 5° de la Ley 691/01, es decir, a través de la presentación de listados censales elaborados por las autoridades tradicionales y determinando que éstas seleccionarán la Administradora del Régimen Subsidiado a la cual afiliar a su comunidad.

Además, los pueblos indígenas, de acuerdo con lo establecido en el artículo 17 de la Ley 691 de 2001 y en el artículo 14 del Acuerdo 244 de 2003, tienen derecho a la libre elección de la Empresa Administradora del Régimen Subsidiado, precisando que *“cada comunidad indígena en acta suscrita por las autoridades tradicionales propias, seleccionará la Administradora del Régimen Subsidiado, a la cual deberá afiliarse la totalidad de los*

⁹ Ley 691 de 2001

miembros de la respectiva comunidad, acogiéndose a los procedimientos establecidos en este Acuerdo respecto del proceso de afiliación.

Una vez elegida la Administradora, sea o no indígena, ésta, teniendo en cuenta los listados censales presentados por las Autoridades Tradicionales le otorga a los indígenas su carnet de afiliación, con el cual pueden acceder a la prestación de los servicios de salud y tener atención por parte de los centros hospitalarios que formen parte de la red pública contratada por esa Administradora.

En el marco de la elaboración de propuestas legales y técnicas dirigidas a atender a la población más vulnerable, y en lo relacionado con el proceso de reglamentación de la Ley 691 de 2001, como resultado de las diferentes reuniones realizadas entre el Comité Permanente creado al interior del Ministerio de la Protección Social y el Comité Técnico de la Mesa de Salud Indígena, se expidió el Acuerdo 326 de 2005, mediante el cual se adoptan algunos lineamientos para la organización y funcionamiento del Régimen Subsidiado de los pueblos indígenas, y además se concertó, mediante Decreto 4127 de 2005, el número mínimo de afiliados que debe tener una ARS indígena.

A pesar de ello, de la normatividad vigente y de las experiencias de adecuación de algunas empresas de salud y comunidades indígenas:

- ❖ No se cuenta con un modelo de atención integral e intercultural en salud
- ❖ No se da el reconocimiento ni la articulación de acciones de medicina tradicional en los esquemas de atención en salud, que estén acordes con las características, ambientes y estilos de vida de los pueblos indígenas del país

Además de otros problemas como: la pérdida del territorio, el deterioro de fuentes tradicionales de subsistencia, los problemas ambientales, los cambios socioculturales forzados, el debilitamiento de la medicina tradicional, la pobreza y marginalidad, la corrupción administrativa en el manejo de los recursos de salud, los cultivos de uso ilícitos, el conflicto armado, el no reconocimiento operativo como sujeto colectivo de derechos para acceder a la asignación de recursos, aseguramiento y planes de beneficios, considerar los pueblos indígenas tan solo como un segmento del mercado en salud y no desde la perspectiva de la salud como derecho humano y la falta de trabajo para entender el significado de el reconocimiento y respeto mutuo de las medicinas tradicional y facultativa en los niveles local y regional.

Por ello, dentro de la reglamentación de la Ley 691 de 2001, que se viene adelantando entre el Ministerio de la Protección Social y la Mesa de Salud Indígena designada por la Mesa Permanente de Concertación de los Pueblos Indígenas, se expidió un Acuerdo que obliga al Ministerio a realizar estudios para la adecuación del POS para los pueblos indígenas, el cual **debe contemplar acciones de medicina tradicional**, adecuación sociocultural de los servicios de salud no indígena, promoción y prevención en salud indígena y subsidios y/o autonomía alimentaria. Entendiendo la medicina tradicional como los conocimientos, prácticas, rituales, conceptos y procesos de salud integral que ancestralmente han realizado los pueblos indígenas como modelo de vida colectiva, enmarcado dentro de la cosmovisión de cada pueblo.

En ese contexto, el Ministerio de la Protección Social, con la participación de los mismos pueblos indígenas con quienes se determinó lo que deben contener los estudios y los sitios a realizarse, va a apoyar la realización de estos estudios (inicialmente en el departamento del Cauca y en los tres departamentos que componen la Sierra Nevada de Santa Marta) que conduzcan a la modificación o adecuación del POS subsidiado para los pueblos indígenas, teniendo en cuenta sus características socioculturales y necesidades particulares, en un contexto de respeto y participación, y que permitan la inclusión de sus prácticas médicas tradicionales. Propuestas que una vez elaboradas serán puestas a consideración del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (ahora Comisión de Regulación en Salud CRES, según lo establecido en la Ley 1122 de 2007).

En concertación con los representantes de la Mesa de Salud Indígena se definió que los estudios identificaran, además de lo normado, lo siguiente:

- ❖ servicios, actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos del POS a que tienen acceso los pueblos indígenas (barreras de acceso)
- ❖ actividades, procedimientos, intervenciones, medicamentos propios de la medicina tradicional que sean susceptibles de incluirse en el POS y su impacto sobre la UPC
- ❖ las tecnologías que respondan y sean apropiadas al perfil epidemiológico de los pueblos indígenas y que cumplan con los criterios de costo-efectividad
- ❖ la infraestructura con la que se cuenta, así como el funcionamiento de la red de prestadores, la pertinencia de las empresas promotoras de salud indígenas, el personal médico existente y su formación
- ❖ los recursos para la financiación de los servicios

De otra parte, para el año 2007, previa realización de reuniones de consulta y concertación en la zona fronteriza, se pretende la construcción de un modelo de atención en salud intercultural con y para el pueblo Wayuu desde los conceptos de territorio, cultura, desarrollo y salud, de manera integral, intercultural e intersectorial y que promuevan el fortalecimiento de los servicios locales y la capacidad comunitaria, para mejorar el acceso de los servicios de salud a la población indígena de la zona fronteriza colombo-venezolana. Para el diseño del modelo, se conformó un Comité Técnico Binacional en Salud de la Comisión Presidencial de Integración y Asuntos Fronterizos Colombo-Venezolanos - COPIAF, integrado por las representantes de: Ministerios de Relaciones Exteriores, Ministerios de Salud, Gobiernos regionales, Aseguradoras (ARS's), instituciones prestadoras de salud y comunidades indígenas involucradas y se presentó a consideración de las oficinas de la OPS de Colombia y Venezuela un proyecto para llevar a cabo un Tratado de Cooperación Científica (TCC) entre los dos países.

En el marco de la formulación de políticas en materia de atención a poblaciones vulnerables y de caracterización de estas poblaciones, específicamente de los grupos étnicos del país (pueblos indígenas, población afrocolombiana, población raizal del Archipiélago y pueblo Rom o gitano), el Ministerio de la Protección Social suscribió un convenio de cooperación técnica con la Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS para la definición de una propuesta de lineamientos de política de extensión de la protección social en salud para estos

grupos, elaborar un diagnóstico del estado actual del sistema de atención en salud y elaborar una propuesta de modelo o modelos de atención en salud

Así, durante el año 2004 se llevó a cabo la recopilación de información relacionada con normatividad nacional e internacional al respecto de la protección social y grupos étnicos y sobre conceptualización de protección social, riesgos, vulnerabilidad, concepción de atención en salud, modelos de atención y metodologías de elaboración e interculturalidad; y la definición de una propuesta metodológica para la formulación de la política de atención, la recolección de la información y la construcción de modelos de atención. Como productos se cuenta con una base de datos conceptual y normativa que se encuentra publicada en la página web de la Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS y con la publicación de los documentos “*Insumos para la conceptualización y discusión de una política de protección social en salud*” y “*Metodología de concertación para el diseño de una política de protección social en salud para grupos étnicos en Colombia*”.

También, se realizaron reuniones nacionales de validación y ajuste de la propuesta metodológica para la formulación de una política de protección social en salud, la recolección de la información y la construcción de modelos de atención, con representantes del pueblo Rom, la población afrocolombiana de la región pacífica y la población raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina.

Para el caso de la población indígena y respondiendo a lo acordado en la reunión nacional realizada con la participación de 30 organizaciones regionales de pueblos indígenas adscritas a la ONIC, se realizaron además tres reuniones regionales (zonas Orinoquia, Norte y Occidente-Andina) con los pueblos indígenas para definir la metodología para la recolección de los datos del diagnóstico y caracterización de la situación de salud, tomando como base el documento de *Metodología de concertación para el diseño de una política de protección social en salud para grupos étnicos en Colombia*”:

Durante el año 2005, se estuvo apoyando la recolección de información en materia de diagnóstico de salud por parte de representantes de los grupos étnicos y de las secretarías departamentales y municipales de salud, con miras a lograr una caracterización de la población de grupos étnicos. Información que está siendo sistematizada y será devuelta a estos grupos para su validación, ajuste y posterior publicación en un documento de diagnóstico y caracterización y que servirá de insumo para la realización de espacios de discusión para la priorización de problemas y estrategias de intervención de los problemas identificados, así como para la definición de líneas estratégicas de la política.

Dentro de la estrategia de formulación de políticas, durante el año 2005 el Ministerio de la Protección Social estuvo trabajando en el diseño de un documento-ruta que explicara de forma sencilla la ruta a seguir por la persona de un grupo étnico en situación de desplazamiento para su inclusión en el SUR, que contribuyera a la difusión de los deberes y derechos de esta población considerados entre los más vulnerables y que brindara la información necesaria que les permitiera hacer exigible la protección integral y conocer las acciones institucionales para la atención y solución a su problemática. Ruta que en el mes de enero de 2006 fue puesta a prueba con una muestra de desplazados indígenas y

afrocolombianos ubicados en la ciudad de Bogotá, y cuya versión definitiva se encuentra en proceso de revisión, para que una vez impresa, se convierta en el referente para otras ciudades del país receptoras de población desplazada, con el fin de clarificar y facilitar el acceso a los servicios de salud.

Por otra parte, con miras a la elaboración de unos Lineamientos de Política Diferencial en Materia de protección Social para los Grupos Étnicos en situación de Desplazamiento y ubicados en zonas de Frontera, entre el segundo semestre del año 2004 y primer semestre del 2005, el Ministerio de la Protección Social contrató a un grupo de expertos para llevar a cabo lo siguiente:

1. Recopilación de información sobre normatividad nacional e internacional y revisión de la conceptualización relacionada con estos temas
2. Elaboración de una propuesta metodológica para la realización del diagnóstico y caracterización de la población
3. Recolección de información sobre población desplazada en zonas de frontera

Se cuenta con un documento que recoge, además, una base de datos bibliográfica y normativa, un borrador de aproximación teórica y marco conceptual y una propuesta metodológica para la realización del diagnóstico y caracterización de la población. Estudio que deberá ser ampliado a los municipios no fronterizos receptores de la población desplazada e incluir una actualización de la situación normativa y conceptual en materia de desplazamiento y relacionada con grupos étnicos, así como el análisis del acceso y calidad en los servicios en salud a estas poblaciones en las entidades territoriales y la situación sociodemográfica de las personas, familias y comunidades en desplazamiento. Además, esta información deberá ser complementada con el análisis de los procesos de integración y desarrollo fronterizo que afecten a los grupos étnicos así como de las relaciones comerciales, políticas y culturales que se dan a través de las fronteras.

Por ello, durante el año 2007 se pretende llevar a cabo las siguientes actividades:

1. Completar la información del diagnóstico de población desplazada en municipios receptores no fronterizos
2. Completar la información del diagnóstico de población no desplazada en zonas fronterizas
3. Validación y ajustes de la información con representantes de los grupos étnicos
4. Definición de criterios e insumos necesarios para la concreción de acciones diferenciales en el marco de una política de protección social

En el plan de trabajo que se está elaborando con la instancia que le va a colaborar al Ministerio de la Protección Social en el proceso (Universidad del Cauca) se definirán el tipo y los mecanismos de participación de los representantes de las organizaciones de grupos étnicos, líderes y autoridades tradicionales.