

PROYECTO DE LEY No. 58

Por el cual se modifica el Sistema General de Seguridad Social y se adicionan normas especiales a favor de los pueblos indígenas.

Capítulo I Objeto y Definiciones

Artículo 1.- Objeto. La presente Ley tiene como objeto desarrollar el derecho a la salud de los Pueblos Indígenas, de tal manera que se garantice su salud integral, el acceso a los servicios, la adecuación socio cultural, el reconocimiento de la medicina tradicional y el fortalecimiento de las formas de organización, administración y gestión en salud de los pueblos indígenas, así como de sus órganos de control y vigilancia, acorde a sus propias formas y procedimientos

Artículo 2.- Salud Indígena. La salud es un estado de armonía y equilibrio que responde a la comunidad, a la integralidad de la cosmovisión y a la territorialidad y depende de las relaciones entre las personas, la comunidad y la naturaleza; origen de los componentes esenciales de la medicina tradicional. Comprende el fortalecimiento cultural, la autonomía alimentaria, la educación en salud integral, la promoción de la salud, la prevención y atención de la enfermedad, elementos que garantizan el acceso a los saberes, prácticas culturales basadas en criterios de pluralismo médico, complementariedad terapéutica e interculturalidad.

Artículo 3.- Medicina Indígena. Entiéndase por medicina indígena los conocimientos, prácticas, rituales, conceptos y procesos de salud integral que ancestralmente han desarrollado los pueblos indígenas como modelo de vida colectiva, enmarcadas dentro de la cosmovisión de cada pueblo, los cuales deberán ser tenidos en cuenta en la formulación de los planes, programas y proyectos de salud dirigidos a los Pueblos Indígenas.

Artículo 4.- Autonomía Alimentaria. Entiéndase por autonomía alimentaria la implementación de estrategias que permitan la recuperación y el fortalecimiento de sistemas de producción sostenible, consumo de alimentos propios y acceso a otras fuentes de alimentos por parte de los pueblos indígenas a través de sus formas organizativas.

Artículo 5.- Educación en Salud Indígena. Son los planes, procesos y acciones de educación en salud adelantadas por los pueblos indígenas dentro de sus conceptos propios, orientados a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad por medio de la educación y el fortalecimiento de los mecanismos de consulta, concertación, participación social a nivel comunitario e individual y derechos humanos.

Capítulo II Planes de Beneficio

Artículo 6.- De los Planes de Beneficios para Pueblos Indígenas. Además de los beneficios consagrados en los planes y programas definidos en el artículo 6° de la Ley 691 de 2001, los pueblos indígenas tienen derecho a lo siguiente:

1. Medicina indígena.
2. Autonomía alimentaria.
3. Educación en salud indígena.

Los planes y programas dirigidos a los pueblos indígenas deben tener en cuenta el respeto a la diversidad étnica

y cultural, a sus instituciones propias, sus sistemas económicos y el cumplimiento de los mecanismos de consulta y concertación definidos en la constitución, la ley, los tratados y convenios internacionales y el derecho interno de los pueblos indígenas.

Artículo 7.- Plan de Medicina Indígena. Las IPS y las EPS indígenas deben promover y fortalecer la cosmovisión propia, a través de la investigación, socialización y desarrollo de proyectos relacionados con las prácticas médicas tradicionales de los pueblos indígenas de manera concertada con las organizaciones Indígenas y sus autoridades tradicionales.

Las instituciones de salud indígena, podrán contratar médicos tradicionales indígenas, para el desarrollo de actividades colectivas e individuales. Para tales efectos deberá allegarse acta de la asamblea general en la cual la comunidad reconoce expresamente la calidad de médico tradicional de acuerdo a usos y costumbres y autorización a uno o varios de sus integrantes para que ejerza sus conocimientos únicamente en la respectivas comunidades.

Artículo 8.- Subsidio Alimentario. En desarrollo de la autonomía alimentaria de los pueblos Indígenas, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, el programa Revivir, o las entidades que asuman sus funciones, y las entidades territoriales, destinarán recursos de sus presupuestos, para proveer subsidios alimentarios en especie o proyectos productivos eco sostenibles concertados con las autoridades y/o organizaciones indígenas, los cuales serán administrados y ejecutados de acuerdo al sistema organizativo de cada pueblo, respetando las formas tradicionales de producción y sus costumbres alimentarias.

Los subsidios alimentarios y los proyectos productivos eco sostenibles serán dirigidos prioritariamente a garantizar la nutrición de niños menores de 5 años, mujeres en estado de embarazo y en periodo de lactancia, adultos mayores, discapacitados, desplazados, madres cabeza de familia y víctimas de la violencia.

Para efectos de los subsidios alimentarios asignados en especie, y con el fin de respetar y apoyar las costumbres alimentarias de los pueblos, el ICBF comprarán en condiciones equitativas, los productos agrícolas y pecuarios que producen las comunidades indígenas para fomentar su producción.

El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar constituirá una Dirección de Asuntos Indígenas que será la encargada de la coordinación y dirección de los programas y proyectos relacionados con los asuntos relacionados con el subsidio alimentario.

Artículo 9.- Educación en Salud Indígena. Los planes de educación en salud serán dirigidos preferiblemente a la formación y capacitación de personal comunitario de salud indígena, y se realizarán de acuerdo a las necesidades socioculturales y a la diversidad étnica y cultural de cada pueblo.

Capítulo III

Integrantes del Sistema General de Seguridad Social.

Artículo 10.- De la Consulta. Sin perjuicio de las funciones asignadas por la Ley en el Sistema de General de Seguridad Social en Salud, los integrantes del SGSSS tendrán la obligación de consultar a los Pueblos Indígenas cuando prevean desarrollar o implementar estrategias, planes, programas, políticas y en general medidas en salud susceptibles de afectarlos. Para tales efectos, el gobierno nacional reglamentará en el término de seis (6) meses, el procedimiento para la realización de la Consulta en el sector de salud, previa concertación con las autoridades indígenas y/u organizaciones indígena a nivel regional bajo los términos establecidos en el artículo 6 de la Ley 21 de 1991.

Las consultas deberán ser financiadas con cargo al presupuesto de la entidad que pretenda tomar la medida.

Artículo 11.- Integración del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud -CNSSS. En el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud participará como integrante, un (1) representante de los Pueblos Indígenas, elegido por las organizaciones indígenas.

Artículo 12.- Funciones del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. A partir de la de la vigencia de la presente ley, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud al ejercer sus funciones deberá adoptar los lineamientos establecidos en la ley 21 de 1991, la ley 691 de 2001 para la atención en salud de los pueblos indígenas.

La ampliación de cobertura que realice el CNSSS, deberá establecer claramente el número de subsidios indígenas por municipio o corregimiento departamental, en el caso de las divisiones departamentales a que se refiere el artículo 21 del Decreto 2274 de 1991 y garantizará la cobertura universal para las comunidades indígenas.

Igualmente, en un término no mayor de un año a partir de la vigencia de la presente Ley, el CNSSS deberá definir un Plan Obligatorio de Salud Indígena, adecuado a las condiciones de los Pueblos Indígenas en el cual se contemplen el accesos a la medicina tradicional, y definirá la UPC-S diferencial a que hace referencia el parágrafo 2, artículo 12 de la Ley 691 de 2001, previo estudio que deberá realizar el Ministerio de la Protección Social en coordinación con las organizaciones indígenas departamentales, los cuales deberán ser presentados al CNSSS en un término no mayor a seis (6) meses a partir de la vigencia de la presente Ley.

El estudio deberá contemplar entre otros, criterios de dispersión geográfica, densidad poblacional, medicina tradicional, dificultad de acceso, perfiles epidemiológicos, traslados de personal y adecuación sociocultural de los servicios de salud

Artículo 13.- Participación en los CTSSS. La participación indígena en los CTSSS será proporcional a la población indígena existente en el ente territorial, siempre y cuando no sea menor a un representante indígena. La elección de los representantes se realizará de común acuerdo con las autoridades indígenas, las organizaciones indígenas departamentales y municipales.

Capítulo IV

De las Administradora de Régimen Subsidiado Indígenas ARSI

Artículo 14.- Naturaleza Jurídica de las ARSI. Las Administradoras de Régimen Subsidiado Indígenas ARSI, a que se refiere el capítulo V de la Ley 691 de 2001, son entidades públicas de carácter especial, sin ánimo de lucro.

Artículo 15.- Creación de las ARSI. Las ARSI podrán crearse por las autoridades indígenas, en los términos establecidos por el Decreto 1088 de 1993.

Artículo 16.- Requisitos de Certificación, Habilitación y Permanencia. Además de los requisitos establecidos en el artículo 14 de la Ley 691 de 2001, para la certificación, habilitación y permanencia de las ARSI se deben cumplir los siguientes requisitos:

1. Los estatutos deben señalar de manera expresa que su naturaleza es la de ser una administradora de

- recursos del Régimen Subsidiado de los pueblos indígenas.
2. Los órganos directivos, deberá estar integrados únicamente por indígenas.
 3. Tener el certificado de existencia y representación legal de la asociación de cabildo y/o autoridades tradicionales expedida por la Dirección de etnias, Ministerio del Interior y de Justicia.
 4. El patrimonio de la EPS-I debe ser 100% de las comunidades indígenas.
 5. Estar debidamente autorizada y registrada por la Superintendencia Nacional de Salud.
 6. El número mínimo de afiliados de las ARSI será de 50.000 de los cuales por lo menos el 60% deberá ser indígena.
 7. Constituir una cuenta independiente de la rentas y bienes de los cabildos y/o autoridades indígenas.
 8. Estructura orgánica acorde a la particularidades étnicas.
 9. Poseer un sistema de información que contenga una base de datos depurada, actualizada, con localización de los afiliados indígenas por comunidad, resguardo y grupo étnico.
 10. Tener un sistema de auto regulación social y participativa.
 11. Contar con soporte documental del sistema de la Garantía de la calidad que garantice las particularidades étnicas que respondan a las formas de organización en salud de los pueblos indígenas (Plan de desarrollo Institucional, manual de funciones, procesos y procedimientos, plan operativo anual, sistema de referencia y contrarreferencia y auditoría de calidad).

Capítulo V

De las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Indígenas IPS-I

Artículo 17.- Naturaleza Jurídica IPS-I. Las instituciones prestadoras de Servicio de Salud Indígenas, son entidades públicas de carácter especial sin ánimo de lucro, conformadas por las autoridades indígenas o asociaciones de Cabildos y/o autoridades tradicionales Indígenas para prestar los servicios de salud adecuados socioculturalmente y fortalecer los programas de salud de sus comunidades.

Artículo 18.- Competencia para la Creación de una IPS-I. Para crear una IPS-I la máxima instancia de participación y consulta de la respectiva comunidad autorizará su creación, dejando constancia de este hecho en acta en la que debe constar fecha, hora y lugar de creación de la IPS-I. Para su funcionamiento deberá cumplir con los siguientes requisitos:

1. Aprobación de los Estatutos en los que se señale expresamente su naturaleza jurídica, jurisdicción y objeto que es el de prestar servicios de salud que desarrollen los principios y valores de los pueblos indígenas beneficiarios.
2. El patrimonio de la IPSI debe ser 100% de las comunidades indígenas.
3. Estar debidamente autorizada por la autoridad respectiva
4. Deberán operar con equipos extramurales e intra murales desarrollando el componente de salud indígena

Cuando se trate de IPS-I creadas por las asociaciones de cabildos y/o autoridades tradicionales indígenas, deberán además dar cumplimiento a lo dispuesto por el Decreto 1088 de 1993.

Artículo 19.- Recurso Humano. Las IPS-I deberán contratar preferiblemente el talento humano indígena, previo cumplimiento de los requisitos técnicos y culturales para la prestación de los servicios de salud intercultural.

Artículo 20.- Contratación con IPS Públicas. Para efectos de la contratación que de manera obligatoria deben efectuar las administradoras del régimen subsidiado con las IPS publicas, las IPSI se entenderán como parte de

la red pública de la respectiva entidad territorial, y estas contrataran dichos servicios, de conformidad con el artículo 25 de la ley 691 de 2001 y el artículo 51 de la ley 715 de 2001, o normas que las sustituyan.

Siempre y cuando las IPSI tengan la capacidad técnica certificada, las Entidades Territoriales deberán contratar con ellas la atención de población indígena vinculada, los eventos no contemplados en el POS-S y las acciones del PAB.

Las entidades que administren régimen contributivo indígena y los regímenes de excepción de los indígenas, podrán contratar la prestación de los servicios de salud con las IPSI, siempre y cuando cuenten con la capacidad técnica certificada y así lo solicite el asegurado o afiliado al régimen de excepción.

Capítulo VI Aseguramiento

Artículo 21. Aseguramiento Población Indígena.- A partir del año 2006 toda la población indígena residente en el territorio nacional deberá estar afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Igualmente, a partir de esta fecha, el Estado garantizará la atención en salud integral y la prestación de un plan obligatorio de Salud adecuado socioculturalmente, garantizando la cobertura universal de la población indígena del país.

Artículo 22. Afiliación y Traslados.- En concordancia con el artículo 17 de la ley 691 de 2001, para el proceso de Afiliación y Traslados colectivos, el Ministerio de la Protección Social en concertación con los pueblos indígenas, definirá un formato único de traslado colectivo, respetando los procedimientos internos de cada pueblo.

Capítulo VII Sistema de Información

Artículo 23.- Sistema de Información. En un término no mayor a seis (6) meses a partir de la vigencia de la presente ley, el Ministerio de la Protección Social de manera concertada con los pueblos indígenas diseñará y construirá un sistema de información en salud indígena teniendo en cuenta los siguientes criterios:

1. Territorialidad Indígena.
2. Diversidad lingüística.
3. Nosología propia.

En el mismo término, deberá adecuar los instrumentos de información del sistema, de tal manera que reporten información que permita elaborar los perfiles epidemiológicos de las comunidades indígenas.

Artículo 24.- Instrumento de Identificación de la Población Indígena. Para efectos de afiliación de la población Indígena al régimen subsidiado, las autoridades indígenas remitirán ante las autoridades municipales o departamentales en el caso de las divisiones departamentales a que se refiere el artículo 21 del Decreto 2274 de 1991, los censos de su población, los cuales podrán ser actualizados mensualmente ante el respectivo ente territorial.

Para efectos de la atención de la población indígena vinculada, bastará certificación o carné expedido por la respectiva autoridad indígena, en donde conste que no se es beneficiario del régimen subsidiado.

Capítulo VII Inspección Vigilancia y Control

Artículo 25.- Inspección, Vigilancia y Control. En un término no mayor a cuatro (4) meses a partir de la vigencia de la presente ley, el Ministerio de la Protección Social en concertación con los pueblos indígenas y sus organizaciones diseñarán un modelo de inspección, vigilancia y control intercultural aplicables a las ARS-I e IPS-I, el cual deberá señalar claramente competencias y responsabilidades acordes al derecho interno de los Pueblos Indígenas.

Capítulo VIII

Atención en Salud a Población Desplazada Indígena

Artículo 26.- Conflicto y Salud. La población indígena afectada por los desplazamientos forzados, eventos catastróficos y víctimas de la violencia al interior o fuera de sus territorios, serán objeto de un plan de contingencia especial, para ello las autoridades indígenas deberán aportar la información necesaria a la red de solidaridad social o quien haga sus veces para efectos de la expedición del registro correspondiente en un término no mayor a 30 días calendario.

Artículo 27.- Desplazamiento Forzado Interno. Entiéndase por desplazamiento forzado interno, la movilización que deben realizar las comunidades indígenas o algunos de sus miembros dentro de los territorios indígenas con miras a garantizar sus integridad física y cultural, cuando medie presión de los actores del conflicto armado.

Para efectos de atender eficiente, oportuna y adecuadamente a la población indígena en condición de desplazamiento interno, las entidades territoriales, la red de solidaridad y el Ministerio del Interior contratarán con las autoridades, organizaciones indígenas o sus instituciones propias de salud, la atención integral de salud.

Artículo 28.- Prestación de Servicios de Salud. La administradora del subsidio y la entidad territorial receptora de población indígena desplazada garantizará la prestación de servicios de salud a estas personas, teniendo en cuenta sus particularidades étnica y culturales.

Para tales efectos las entidades territoriales, la red de solidaridad y el Ministerio del Interior y de Justicia, deberán crear y mantener una base de datos donde se clasifiquen minuciosamente, por regiones, grupos étnicos, comunidad y organización a la que pertenece, además de poder determinar si el desplazamiento es individual, familiar o comunitario, que permita igualmente identificar a la población desplazada sin aseguramiento y a la asegurada a cualquiera de las regiones, en sus respectivas entidades de aseguramiento.

Artículo 29.- Vigencia y Derogatorias. La presente Ley rige a partir de la fecha de su publicación, salvaguarda los derechos adquiridos y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

JESUS ENRIQUE PIÑACUE A.
Senador de la República

EXPOSICION DE MOTIVOS

El reconocimiento y protección de la diversidad étnica y cultural de la Nación colombiana consagrado en la Constitución Política de 1991, justifica, como lo ha dicho en reiteradas ocasiones la Corte Constitucional, que se dicten normas especiales dirigidas a los grupos étnicos. En lo relacionado con la salud de los Pueblos Indígenas y en particular con la revisión de constitucionalidad de la Ley 691 de 2001, la H. Corte Constitucional se pronunció en los siguientes términos:

*“... tal como lo ha señalado esta Corporación, el reconocimiento y protección de la diversidad étnica y cultural (C.P. art. 7), justifica que se dicten disposiciones especiales dirigidas a las comunidades indígenas. Estas normas, en tanto que implican una distinción, deben basarse en razones suficientes que expliquen la diferencia de trato. En materia de salud, tal como lo pone de presente el Congreso de la República en su insistencia, existen elementos culturales (como la concepción de la enfermedad y su tratamiento) y socioeconómicos (como la existencia de una economía colectiva por oposición al mercado), que de no considerarse en su justa dimensión, hacen más difícil el acceso y disfrute efectivo de los beneficios del sistema de seguridad social en salud. **En tales condiciones, resulta justificado que, en términos generales, se establezca un régimen especial de seguridad social en salud para tales comunidades.** En todo caso, la Corte ha señalado que la existencia de tales regímenes, por sí mismos, no quebrantan la Constitución. Cabe advertir que esta compatibilidad general de la existencia del régimen con la Constitución, no implica per se la constitucionalidad de las normas concretas, que exigen un análisis individual, pues las medidas que se adoptan pueden contrariar la Carta Política.”*(negrilla fuera de texto)

Con la expedición de la Ley 691, el Congreso no solamente buscó dar aplicación al principio rector establecido en el artículo 7 de la Carta Política, sino igualmente ser consecuente con los compromisos adquiridos en el plano jurídico internacional por el Estado Colombiano, en particular con lo dispuesto por el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo, ratificado por el Congreso de Colombia mediante Ley 21 de 1991, la cual en su artículo 25 establece que:

“1. Los gobiernos deberán velar por que se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados **o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental.**

2. **Los servicios de salud deberán, en la medida de lo posible, organizarse a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados** y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.

3. El sistema de asistencia sanitaria **deberá dar la preferencia a la formación y al empleo de personal sanitario de la comunidad local** y centrarse en los cuidados primarios de salud, manteniendo al mismo tiempo estrechos vínculos con los demás niveles de asistencia sanitaria.

4. La prestación de tales servicios de salud deberá coordinarse con las demás medidas sociales, económicas y culturales que se tomen en el país.” (negrilla fuera de texto).

En el plano internacional y en relación con los derechos de los Pueblos Indígenas, en la actualidad se destacan dos proyectos de disposiciones jurídicas internacionales que seguramente se constituirán en un marco de referencia en las relaciones entre los Estados y los Pueblos Indígenas en Latinoamérica y el mundo. Se trata de

la Declaración Americana sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas de la Organización de Estados Americanos –OEA y la declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas.

En primera instancia cabe decir que ambos proyectos parten de reconocer la realidad de los Pueblos Indígenas, la cual se caracteriza por los niveles de discriminación, pobreza crítica, desigualdad y desconocimiento de derechos a que han sido sometidos durante siglos como resultado de los procesos de conquista, colonización, pasando por la época republicana hasta la actualidad.

Igualmente recuerdan los compromisos asumidos por los Jefes de Estado y de Gobierno en relación con la necesidad de adoptar medidas especiales para que dichos pueblos alcancen su pleno potencial, y la importancia de su inclusión para el fortalecimiento de las democracias y economías.

Esas declaraciones de los mencionados Organismos Internacionales, lleva a concluir la indiscutible y urgente necesidad de realizar esfuerzos por el reconocimiento y protección de los Derechos de los Pueblos Indígenas.

No obstante lo dispuesto por el Legislador, lo dicho por la Corte, los compromisos adquiridos por el Estado Colombiano en el plano internacional y los lineamientos de los organismos Internacionales en materia de salud, no ha sido posible que el Ministerio de la Protección Social y el Consejo Nacional de Seguridad Social en salud den cumplimiento a lo dispuesto por la Ley 691 de 2001.

En tal sentido y entre otras disposiciones, el presente proyecto pretende establecer de manera expresa, plazos a las entidades gubernamentales o de dirección del SGSSS, para que den cumplimiento a lo dispuesto por el Legislador.

El reconocimiento a que hace referencia el artículo 7 de la carta Política, los compromisos internacionales asumidos por el Estado y lo ordenado por la Ley 691 de 2001, lleva implícito el reconocimiento y protección de la medicina tradicional indígena, la cual tampoco ha contado con el apoyo y regulación del ejecutivo, razón por la cual a través del presente proyecto se pretende concretar ese reconocimiento, sobre el cual incluso la H. Corte Constitucionales ha pronunciado en la sentencia T-377 de 1994, aclarando que la actividades de brujos, curanderos o chamanes, está protegida por el principio de la protección a la diversidad étnica.

En cuanto a las administradoras del régimen subsidiado indígenas, sus resultados positivos son demostrable con información pública tal como la “Evaluación de los Servicios de Salud que Brindan las Empresas Promotoras de Salud”, realizada por la Defensoría del Pueblo en el año 2003, la cual al establecer los índices de vulneración o cumplimiento de los diferentes componentes del derecho a la salud en el esquema de aseguramiento, concluyó que en el Régimen Subsidiado ARS indígenas como Dusakawi y Pijaosalud, lograron la mayor calificación de cumplimiento, por encima de todas las ARS evaluadas, entre las que se encontraban Cajas de Compensación y Empresa Promotoras de Salud regionales y nacionales.

No obstante lo anterior, el Gobierno no reglamenta de manera clara su funcionamiento con el objetivo de fortalecerlas, tal como se ha planteado en la citada Ley 691. A esto se suma la incertidumbre que se genera por la falta de estudios que permitan decidir de una vez por todas, cuál es el número afiliados requeridos para su funcionamiento, aspecto que debe resolver el CNSSS, el cual tampoco ha cumplido con funciones tales como establecer el incremento de la UPC-S y la adecuación cultural del POS-S, aspectos que se le ordenaron a través de lo dispuesto por los artículos 12 y 13 ibidem.

Aunque podríamos seguir con el recuento de incumplimientos respecto del reconocimiento y la protección de la

diversidad étnica y cultural de la Nación colombiana, que justifican las disposiciones del presente proyecto de Ley. No obstante el ánimo de los Pueblos Indígenas ha sido el de avanzar en la lucha del reconocimiento de los Derechos, en el marco del estado de derecho y utilizando los instrumentos y mecanismos de la Constitución y la Ley.

Debemos señalar que el desarrollo del principio de la diversidad cultural en las normas constitucionales considera que sólo con un alto grado de autonomía es posible la supervivencia cultural, por ello la regla para interpretar los preceptos constitucionales es la maximización de la autonomía de las comunidades indígenas.

Puesto que el desarrollo de éstas normas constitucionales implica una distinción, esta diferenciación se basa en razones fundamentadas que justifican la diferencia de trato, respecto del resto de los nacionales.

Precisamente en materia de salud, existen elementos culturales tales como la concepción de salud, o de enfermedad y el tratamiento que debe dársele a las enfermedades, así como factores socioeconómicos que implican la existencia de una economía colectiva, que necesariamente deben considerarse en el desarrollo legislativo y que deben ajustarse a sus condiciones en su dimensiones ya que sin normas especiales se hace más difícil el acceso y disfrute efectivo de los beneficios del sistema de seguridad social en salud, propósito que persigue el presente proyecto de Ley.

Siendo ésta la situación, resulta justificado que, en términos generales, se establezca un régimen especial de seguridad social en salud para las comunidades indígenas.

Como Senador indígena y miembro de la subcomisión accidental de Salud, presento ésta propuesta, con ánimo constructivo y complementario al proyecto de ley, recientemente radicado por la Subcomisión, cuyo objeto es realizar una modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud, esperando que con esta iniciativa se de acceso real y garantías a la seguridad social en salud para las comunidades indígenas.

De los honorables Senadores,

JESUS ENRIQUE PIÑACUE A.
Senador de la República

EXPOSICION DE MOTIVOS

El reconocimiento y protección de la diversidad étnica y cultural de la Nación colombiana consagrado en la Constitución Política de 1991, justifica, como lo ha dicho en reiteradas ocasiones la Corte Constitucional, que se dicten normas especiales dirigidas a los grupos étnicos. En lo relacionado con la salud de los Pueblos Indígenas y en particular con la revisión de constitucionalidad de la Ley 691 de 2001, la H. Corte Constitucional se pronunció en los siguientes términos:

*“... tal como lo ha señalado esta Corporación, el reconocimiento y protección de la diversidad étnica y cultural (C.P. art. 7), justifica que se dicten disposiciones especiales dirigidas a las comunidades indígenas. Estas normas, en tanto que implican una distinción, deben basarse en razones suficientes que expliquen la diferencia de trato. En materia de salud, tal como lo pone de presente el Congreso de la República en su insistencia, existen elementos culturales (como la concepción de la enfermedad y su tratamiento) y socioeconómicos (como la existencia de una economía colectiva por oposición al mercado), que de no considerarse en su justa dimensión, hacen más difícil el acceso y disfrute efectivo de los beneficios del sistema de seguridad social en salud. **En tales condiciones, resulta justificado que, en términos generales, se establezca un régimen especial de seguridad social en salud para tales comunidades.** En todo caso, la Corte ha señalado que la existencia de tales regímenes, por sí mismos, no quebrantan la Constitución. Cabe advertir que esta compatibilidad general de la existencia del régimen con la Constitución, no implica per se la constitucionalidad de las normas concretas, que exigen un análisis individual, pues las medidas que se adoptan pueden contrariar la Carta Política.”*(negrilla fuera de texto)

Con la expedición de la Ley 691, el Congreso no solamente buscó dar aplicación al principio rector establecido en el artículo 7 de la Carta Política, sino igualmente ser consecuente con los compromisos adquiridos en el plano jurídico internacional por el Estado Colombiano, en particular con lo dispuesto por el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo, ratificado por el Congreso de Colombia mediante Ley 21 de 1991, la cual en su artículo 25 establece que:

“1. Los gobiernos deberán velar por que se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados **o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental.**

2. **Los servicios de salud deberán, en la medida de lo posible, organizarse a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados** y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.

3. El sistema de asistencia sanitaria **deberá dar la preferencia a la formación y al empleo de personal sanitario de la comunidad local** y centrarse en los cuidados primarios de salud, manteniendo al mismo tiempo estrechos vínculos con los demás niveles de asistencia sanitaria.

4. La prestación de tales servicios de salud deberá coordinarse con las demás medidas sociales, económicas y culturales que se tomen en el país.” (negrilla fuera de texto).

En el plano internacional y en relación con los derechos de los Pueblos Indígenas, en la actualidad se destacan dos proyectos de disposiciones jurídicas internacionales que seguramente se constituirán en un marco de

referencia en las relaciones entre los Estados y los Pueblos Indígenas en Latinoamérica y el mundo. Se trata de la Declaración Americana sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas de la Organización de Estados Americanos –OEA y la declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas.

En primera instancia cabe decir que ambos proyectos parten de reconocer la realidad de los Pueblos Indígenas, la cual se caracteriza por los niveles de discriminación, pobreza crítica, desigualdad y desconocimiento de derechos a que han sido sometidos durante siglos como resultado de los procesos de conquista, colonización, pasando por la época republicana hasta la actualidad.

Igualmente recuerdan los compromisos asumidos por los Jefes de Estado y de Gobierno en relación con la necesidad de adoptar medidas especiales para que dichos pueblos alcancen su pleno potencial, y la importancia de su inclusión para el fortalecimiento de las democracias y economías.

Esas declaraciones de los mencionados Organismos Internacionales, lleva a concluir la indiscutible y urgente necesidad de realizar esfuerzos por el reconocimiento y protección de los Derechos de los Pueblos Indígenas.

No obstante lo dispuesto por el Legislador, lo dicho por la Corte, los compromisos adquiridos por el Estado Colombiano en el plano internacional y los lineamientos de los organismos Internacionales en materia de salud, no ha sido posible que el Ministerio de la Protección Social y el Consejo Nacional de Seguridad Social en salud den cumplimiento a lo dispuesto por la Ley 691 de 2001.

En tal sentido y entre otras disposiciones, el presente proyecto pretende establecer de manera expresa, plazos a las entidades gubernamentales o de dirección del SGSSS, para que den cumplimiento a lo dispuesto por el Legislador.

El reconocimiento a que hace referencia el artículo 7 de la carta Política, los compromisos internacionales asumidos por el Estado y lo ordenado por la Ley 691 de 2001, lleva implícito el reconocimiento y protección de la medicina tradicional indígena, la cual tampoco ha contado con el apoyo y regulación del ejecutivo, razón por la cual a través del presente proyecto se pretende concretar ese reconocimiento, sobre el cual incluso la H. Corte Constitucionales ha pronunciado en la sentencia T-377 de 1994, aclarando que la actividades de brujos, curanderos o chamanes, ésta está protegida por el principio de la protección a la diversidad étnica.

En cuanto a las administradoras del régimen subsidiado indígenas, sus resultados positivos son demostrable con información pública tal como la “Evaluación de los Servicios de Salud que Brindan las Empresas Promotoras de Salud”, realizada por la Defensoría del Pueblo en el año 2003, la cual al establecer los índices de vulneración o cumplimiento de los diferentes componentes del derecho a la salud en el esquema de aseguramiento, concluyó que en el Régimen Subsidiado ARS indígenas como Dusakawi y Pijaosalud, lograron la mayor calificación de cumplimiento, por encima de todas las ARS evaluadas, entre las que se encontraban Cajas de Compensación y Empresa Promotoras de Salud regionales y nacionales.

No obstante lo anterior, el Gobierno no reglamenta de manera clara su funcionamiento con el objetivo de fortalecerlas, tal como se ha planteado en la citada Ley 691. A esto se suma la incertidumbre que se genera por la falta de estudios que permitan decidir de una vez por todas, cuál es el número afiliados requeridos para su funcionamiento, aspecto que debe resolver el CNSSS, el cual tampoco ha cumplido con funciones tales como establecer el incremento de la UPC-S y la adecuación cultural del POS-S, aspectos que se le ordenaron a través de lo dispuesto por los artículos 12 y 13 ibidem.

Aunque podríamos seguir con el recuento de incumplimientos respecto del reconocimiento y la protección de la diversidad étnica y cultural de la Nación colombiana, que justifican las disposiciones del presente proyecto de Ley. No obstante el ánimo de los Pueblos Indígenas ha sido el de avanzar en la lucha del reconocimiento de los Derechos, en el marco del estado de derecho y utilizando los instrumentos y mecanismos de la Constitución y la Ley.

Debemos señalar que el desarrollo del principio de la diversidad cultural en las normas constitucionales considera que sólo con un alto grado de autonomía es posible la supervivencia cultural, por ello la regla para interpretar los preceptos constitucionales es la maximización de la autonomía de las comunidades indígenas.

Puesto que el desarrollo éstas normas constitucionales implica una distinción, esta diferenciación se basa en razones fundamentadas que justifican la diferencia de trato, respecto del resto de los nacionales.

Precisamente en materia de salud, existen elementos culturales tales como la concepción de salud, o de enfermedad y el tratamiento que debe dársele a las enfermedades, así como factores socioeconómicos que implican la existencia de una economía colectiva, que necesariamente deben considerarse en el desarrollo legislativo y que deben ajustarse a sus condiciones en su dimensiones ya que sin normas especiales se hace más difícil el acceso y disfrute efectivo de los beneficios del sistema de seguridad social en salud, propósito que persigue el presente proyecto de Ley.

Siendo ésta la situación, resulta justificado que, en términos generales, se establezca un régimen especial de seguridad social en salud para las comunidades indígenas.

Como Senador indígena y miembro de la subcomisión accidental de Salud, presento ésta propuesta, con ánimo constructivo y complementario al proyecto de ley, recientemente radicado por la Subcomisión, cuyo objeto es realizar una modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud, esperando que con esta iniciativa se de acceso real y garantías a la seguridad social en salud para las comunidades indígenas.

De los honorables Senadores,

JESUS ENRIQUE PIÑACUE A.
Senador de la República