

LINEAMIENTOS

INCORPORACIÓN DEL ENFOQUE INTERCULTURAL EN LOS PROCESOS DE FORMACIÓN DEL TALENTO HUMANO EN SALUD, PARA EL CUIDADO DE LA SALUD DE PUEBLOS INDÍGENAS EN COLOMBIA.

Ministerio de Salud y Protección Social
Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios
Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud
Colombia - Bogotá. Noviembre, 2017.

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

LUIS FERNANDO CORREA SERNA
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios (e)

GERARDO BURGOS BERNAL
Secretario General

LUIS CARLOS ORTIZ MONSALVE
Director de Desarrollo de Talento Humano en Salud

EQUIPO TÉCNICO DE LA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

YENNY BARAJAS ORTIZ
Profesional Especializada

JOHN FRANCISCO ARIZA MONTOYA
Coordinador del Grupo de Formación del Talento Humano en Salud

CONSTRUCCIÓN CON EXPERTOS

PERSONAS DELEGADAS DE LAS ORGANIZACIONES INDÍGENAS Y DE INSTITUCIONES NACIONALES
Subcomisión de Salud de la Mesa Permanente de Concertación con los Pueblos y Organizaciones Indígenas.

TABLA DE CONTENIDO

ABREVIATURAS	4
PRESENTACIÓN	5
INTRODUCCIÓN	9
MARCO NORMATIVO	14
APROXIMACIÓN A LOS ENFOQUES CONCEPTUALES.....	19
Enfoque Intercultural.....	19
Enfoque de derechos.....	21
Enfoque diferencial.....	22
Enfoque Étnico	23
Enfoque de competencias	24
PROPÓSITO	25
OBJETIVO GENERAL	25
RESPONSABLES	25
ESTRATEGIAS	26
Gestión para la formación del Talento Humano en Salud con enfoque intercultural.....	26
Armonización de los procesos de formación del Talento Humano en salud con los desarrollos de los modelos de salud de los Pueblos Indígenas	28
PROGRESIVIDAD, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN	31
CONSTRUCCIÓN, AJUSTE Y SOCIALIZACIÓN DE LOS LINEAMIENTOS	32
RECURSOS.....	33
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	34

ABREVIATURAS

APS: Atención Primaria en Salud.

CITHS: Comisión Intersectorial de Talento Humano en Salud.

CNTHS: Comité de Apoyo al Consejo Nacional de Talento Humano.

CONACES: Comisión Nacional de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior.

DDTHS: Dirección de Desarrollo de Talento Humano en Salud.

EAPB: Empresa Administradora de Planes de Beneficio.

EMS: Equipos Multidisciplinarios en Salud.

ETDH: Educación para el trabajo y el desarrollo humano.

IES: Instituciones de Educación Superior.

IETDH: Instituciones de educación para el trabajo y el desarrollo humano.

IPS: Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

MEN: Ministerio de Educación Nacional.

MIAS: Modelo Integral de Atención en Salud.

MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

OTHS: Observatorio de Talento Humano en Salud.

PAIS: Política de Atención Integral en Salud.

PDSP: Plan Decenal de Salud Pública.

PND: Plan Nacional de Desarrollo.

SEIP: Sistema Educativo Indígena Propio.

SENA: Servicio Nacional de Aprendizaje Sena.

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud.

SISPI: Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural.

SNIES: Sistema Nacional de Información de Educación Superior.

THS: Talento Humano en Salud.

PRESENTACIÓN

Este documento contiene los lineamientos para la incorporación transversal del enfoque intercultural en los procesos de formación del Talento Humano en Salud (THS)¹, con los cuales se busca avanzar en la disponibilidad de los diferentes perfiles en salud, con competencias en el enfoque intercultural, para aportar a la respuesta y al goce efectivo del derecho fundamental a la salud de los pueblos indígenas del país. Estos lineamientos están en permanente construcción de tal manera que es posible realizar los ajustes pertinentes para responder a las dinámicas y desarrollo de los procesos que le conciernen.

Lo anterior se da en el marco de los avances impulsados por estos pueblos para la definición del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI), las acciones desarrolladas al interior de la Subcomisión de Salud de la Mesa Permanente de Concertación con los pueblos y Organizaciones Indígenas que agrupan a los 102 pueblos indígenas de Colombia, y de acuerdo con las estrategias para el diálogo permanente entre los avances del SISPI con el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y su Política de Atención Integral en Salud (PAIS).

Las acciones de los grupos étnicos que impulsaron la transformación de la concepción de Colombia como un país homogéneo y mono-cultural, abrió paso al reconocimiento y protección de la diversidad étnica y cultural, y con esto a la comprensión de lo multicultural, lo pluriétnico y lo intercultural. El país reconoció la multiculturalidad, para proteger la diversidad social y cultural tanto de los grupos étnicos como de otras culturas no étnicas. La Constitución Política de Colombia, definió el país como pluriétnico y multicultural, y en este marco reconoció a los grupos étnicos como sujetos de derechos colectivos. Lo anterior posibilitó que los grupos étnicos, entre ellos los pueblos indígenas, pudieran continuar reivindicando sus formas tradicionales y ancestrales de entender y manejar la salud y la enfermedad¹.

En el contexto de la multiculturalidad y lo pluriétnico, la interculturalidad promueve la relación, el reconocimiento, la colaboración y el diálogo respetuoso entre grupos de diversas culturas. Para el caso específico de estos lineamientos, se plantea que la interculturalidad se dé en el contexto de la de la formación en salud, entre la visión de salud de los pueblos indígenas y las culturas no indígenas, dentro de ellas la visión convencional, alopática u occidental de la salud.

En ese sentido, los lineamientos contribuyen al reconocimiento y la protección de la diversidad étnica y cultural del país, mediante la definición de orientaciones que aporten a la formación de personas

¹ Según se define en la Ley 1164 de 2007, “Por Talento Humano en Salud se entiende todo el personal que interviene en la promoción, educación, información de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad de todos los habitantes del territorio nacional dentro de la estructura organizacional de la prestación de los servicios de salud”.

que valoren, interactúen y coordinen comprensivamente las acciones del cuidado² de la salud de los pueblos indígenas. La aplicación de estos lineamientos permitirá aportar a la disponibilidad de Talento Humano en Salud que armonice las diferentes visiones, saberes y prácticas en salud tradicional de cada uno de los pueblos indígenas, con la medicina alopática predominante en el SGSSS, buscando aunar esfuerzos para el buen vivir y la protección de las tradiciones y prácticas ancestrales de estos pueblos.

El documento presenta el marco normativo y los enfoques conceptuales, así como el propósito y el objetivo general. Posteriormente se describen dos (2) estrategias para la formación del Talento Humano en Salud, armonizadas con otros ejes trazadores del desarrollo del THS. Finalmente, y aunque se espera que la transversalización del enfoque intercultural en la formación en salud se dé de manera permanente y sin fecha límite, los lineamientos proponen aspectos de progresividad en la implementación, con seguimientos anuales y evaluación en un plazo de cinco (5) años a la implementación. Lo anterior permitirá los ajustes pertinentes de acuerdo con los avances y los cambios en las políticas y normativas.

Es necesario precisar, que en el marco del componente de formación, capacitación y generación y uso del conocimiento en salud del SISPI (Decreto 1953 de 2014), estos lineamientos solamente incluyen líneas de acción, que alimentan este componente, y que están relacionadas con el enfoque intercultural en salud en el contexto de educación superior, la formación continua, la educación informal y la Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano (ETDH); no contiene acciones para la formación y capacitación en salud propia de los pueblos indígenas.

En el entendido que cada pueblo indígena tiene una realidad, un contexto, unas prácticas y saberes propios y ancestrales con características particulares, se debe establecer un diálogo constructivo y permanente con cada uno de ellos para convenir los ajustes de las estrategias de los lineamientos con las leyes de origen, las estructuras político – organizativas y los planes de vida de cada uno de ellos. En ese sentido, como parte de la implementación dinámica de estos lineamientos, será necesario armonizar las orientaciones aquí consignadas, con las características de los ámbitos territoriales, con los avances del SISPI y los modelos de cuidado de la salud propia e intercultural de los pueblos indígenas, respetando la diversidad de cada uno.

Los lineamientos retoman las reflexiones, desarrollos y perspectivas de organizaciones, comunidades, autoridades indígenas y sabedores (as) tradicionales, partiendo de los insumos recogidos en diversos documentos disponibles en este Ministerio, incluyendo lo relacionado con la construcción del SISPI. También retoman los aprendizajes de las experiencias acompañadas desde

² Según el artículo 81 del decreto 1953 de 2014, el cuidado de salud propia e intercultural hace referencia a las acciones en salud propia y complementaria que se realizan con las personas, las familias, la comunidad y con el territorio, que tiendan a promover y proteger la salud, y a prevenir y tratar la enfermedad con el propósito de promover, recuperar y mantener la armonía y el equilibrio.

este Ministerio para la gestión de la formación con enfoque intercultural de técnicos laborales en salud y formación complementaria, con participación de diferentes pueblos indígenas del país.

Reconoce las políticas actuales sobre educación y talento humano en salud, dentro de ellas la Ley 1164 de 2007 “Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud”, lo dispuesto sobre el SISPI en el Decreto 1953 de 2014 “Por el cual se crea un régimen especial con el fin de poner en funcionamiento los Territorios Indígenas respecto de la administración de los sistemas propios de los pueblos indígenas hasta que el Congreso expida la ley de que trata el artículo 329 de la Constitución Política”, así como lo consignado en el Decreto 1075 de mayo de 2015, “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Educación”, y los lineamientos de política de educación superior inclusiva del Ministerio de Educación Nacional².

Así mismo, atiende a conceptos de expertos en enfoque intercultural, y a los desarrollos y avances internacionales en el tema. Incluye lo propuesto en la Política Andina de Salud Intercultural del 2014³, específicamente la línea estratégica denominada “Fortalecimiento del Recurso Humano en enfoque intercultural en salud”. Acogen lo referido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre medicina tradicional y enfoque intercultural; partiendo de la Declaración de Alma Ata (1977), donde la OMS planteó que la Atención Primaria en Salud (APS), entre otros, “se basa, [...] en personal de salud, con inclusión según proceda, de médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como de personas que practican la medicina tradicional, en la medida que se necesiten, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico, para trabajar como un equipo de salud y atender las necesidades de salud expresadas de la comunidad”⁴. También considera elementos de la estrategia de Medicina Tradicional del 2002 – 2005 de la OMS y su actualización para el período 2014 – 2023, donde se resalta la contribución de la medicina tradicional a la salud, el bienestar y la atención de salud centrada en las personas.

Es necesario precisar que aunque el documento hace referencia específicamente al diálogo, en la formación, entre saberes y prácticas tradicionales en salud de los pueblos indígenas con el SGSSS, estas estrategias esperan servir como punto de referencia en la construcción de orientaciones para la formación en salud con enfoque intercultural desde una mirada más amplia, incluyendo el diálogo entre saberes y prácticas de los diferentes grupos étnicos, las medicinas y terapias alternativas y complementarias y otras formas de cuidado de la salud de otros grupos.

Si bien este documento inició como propuesta del MSPS, es importante resaltar que posteriormente se dio un proceso de construcción de los lineamientos al interior de la Subcomisión de Salud de la Mesa Permanente de Concertación con los Pueblos y Organizaciones Indígenas. De igual manera, previo a la publicación de los lineamientos, se espera generar espacios para su socialización, reflexión y ajustes con otros actores.

La implementación de los lineamientos solo será posible con la participación, articulación y actuación del Estado, la Subcomisión Indígena de Salud, la Autoridad Sanitaria, las Organizaciones y Autoridades Indígenas, los Sabedores(as) Tradicionales, el Sector Educativo en cabeza del Ministerio de Educación Nacional (MEN), el Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), las Instituciones de Educación Superior (IES), los Organismos de Cooperación Internacional y las Organizaciones Gremiales y Sociales, entre otros.

INTRODUCCIÓN

En el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSS) de Colombia, donde predomina la perspectiva convencional (también denominada alopática, facultativa u occidental), se ha denominado medicina tradicional o ancestral a la medicina de los grupos étnicos de Colombia (ROM-Gitanos, Pueblos Indígenas y comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras). De otra parte, el SGSS reconoce las Medicinas y Terapias Alternativas y Complementarias (MTAC) para referirse a “aquellas técnicas, prácticas, procedimientos, enfoques o conocimientos que utilizan la estimulación del funcionamiento de las leyes naturales para la autorregulación del ser humano con el objeto de promover, prevenir, tratar y rehabilitar la salud de la población desde un pensamiento holístico”⁵; si bien estas MTAC incluye medicinas tradicionales de otros países, como la medicina china y la ayurveda, en Colombia estas dos medicinas no son consideradas medicinas tradicionales dado que no hacen parte de las tradiciones de los grupos étnicos del país.

La OMS, en la Estrategia sobre Medicina Tradicional 2002 – 2005, define la medicina tradicional “como prácticas, enfoques, conocimientos y creencias sanitarias diversas que incorporan medicinas basadas en plantas, animales y/o minerales, terapias espirituales, técnicas manuales y ejercicios aplicados de forma individual o en combinación para mantener el bienestar, además de tratar, diagnosticar y prevenir las enfermedades”⁶.

Ahora bien, para los pueblos indígenas la medicina ancestral se da en el marco de la Salud Propia, la cual es considerada como “la armonía y el equilibrio de acuerdo con la cosmovisión de cada pueblo indígena, resultado de las relaciones de la persona consigo misma, con la familia, la comunidad y el territorio. Comprende procesos y acciones orientados al fomento, protección y recuperación de la salud”⁷.

Los pueblos indígenas basan su concepción del universo en el cúmulo de experiencias generadas y transmitidas históricamente al interior de sus procesos culturales y sistemas de vida. En este sentido, comprenden la vida, la salud, la enfermedad y la muerte desde diversas cosmovisiones, como resultado de la complejidad de los conocimientos y las prácticas ancestrales y milenarias de cada pueblo. Su perspectiva de salud, además de estar cimentada en la perspectiva ancestral, se fundamenta en la práctica, las experiencias sistemáticas, y en la mirada sistémica, holística, familiar, colectiva e integral de la realidad.

En algunos pueblos indígenas, la aproximación al concepto de salud está recogida en la noción del “buen vivir/vivir bien”, la cual trasciende a la persona y más aún la enfermedad⁸. Esta visión incluye la interacción del todo con el universo, lo espiritual, el equilibrio de la madre naturaleza, y la armonía del territorio con las comunidades, las familias y las personas. Considera a la comunidad, a la familia y en ella a las personas como una representación del universo, y parte del cosmos, resultado de la integración del plano físico, mental y espiritual.



MINSALUD



**TODOS POR UN
NUEVO PAÍS**
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

Los pueblos indígenas tienen una relación estrecha con el territorio, considerándolo su fuente de vida sociocultural, espiritual y material; pues es allí donde se estructura su cultura, colectividad, ancestralidad y autonomía. Desde esta relación, establecen una conexión inseparable entre la “madre tierra” y todos los elementos de la naturaleza, sus “hijos, hijas y parientes”, por lo cual, la consideran en general no explotable ni comercializable⁹.

De acuerdo con lo anterior, los sabedores y sabedoras tradicionales son intermediarios para mantener o alcanzar el equilibrio, la armonía y la curación, la cual es una manifestación de una necesidad de aprendizaje para un pueblo, comunidad o persona. Los conocimientos y prácticas son transmitidos de generación en generación, y en la mayoría de los casos, los futuros sabedores son elegidos desde temprana edad para aprender mediante la convivencia con mayores, médicos tradicionales, sabedores, abuelos y padres. En algunos pueblos, los sanadores tienen especialidades en un área específica, algunos se centran en las enfermedades espirituales o propias de acuerdo a la concepción de cada pueblo, otros en la relación con entidades no físicas y la naturaleza, y algunos otros en el uso de plantas medicinales; entre algunos se mencionan las parteras(os), los médicos tradicionales (payés, taitas, mamos, tewalas, piachis, jaibanás, comu, entre otros), los yerbateros, los pulseadores, guaraleros, taakwatungua, curiosos, sobanderos, sagas, curandero, mayores, abuelos.

En el marco del reconocimiento y fortalecimiento de la diversidad y riqueza étnica y cultural del país en general, y conscientes de los avances y cambios impulsados específicamente por los Pueblos Indígenas Colombianos, es prioritario que políticas, programas y lineamientos en salud se desarrollen bajo el enfoque intercultural en salud de tal manera que se garantice el respeto, el diálogo, la construcción conjunta y la colaboración entre las diferentes etnias y culturas. Lo anterior requiere de consensos, interacciones y entendimientos que promuevan modelos de salud incluyentes y pertinentes; así como de mecanismos de coordinación y colaboración entre el personal sanitario, los agentes de la medicina tradicional, y las familias y comunidades de los diferentes territorios, con el objeto de promover que el THS responda al contexto y a la situación de salud de los pueblos indígenas.

En ese sentido, y como parte de las políticas con enfoque intercultural, es indispensable la construcción y puesta en marcha de lineamientos de Talento Humano en Salud (THS) con desarrollos innovadores y diversos, considerando la incorporación de saberes ancestrales de los pueblos en todos sus procesos¹⁰. Lo anterior aporta, en gran medida, al acceso, la calidad, la seguridad, la pertinencia y la atención integral de la salud de los pueblos indígenas.

El THS es un pilar fundamental en todos los sistemas de salud, por tanto, es imprescindible promover su rol de acuerdo con sus competencias, para cuidar integralmente la salud de la población. La disponibilidad del THS en zonas dispersas y/o territorios con población étnica, es compleja. En el 2015, Colombia contaba con 30,6 profesionales de medicina y enfermería por cada 10.000 habitantes, superando la meta de la Organización Mundial de la Salud (OMS), de 25 profesionales de



MINSALUD



**TODOS POR UN
NUEVO PAÍS**
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

medicina y enfermería por cada 10.000 habitantes; sin embargo, departamentos con alta concentración de grupos étnicos, y en territorios rurales y con gran dispersión poblacional, no alcanzaron a cumplir ni siquiera la mitad de la meta de la OMS. Dentro de ellos se destacan los departamentos de Vichada con 4,9 profesionales en medicina y en enfermería por 10.000 habitantes, Chocó con 6,0, Vaupés con 6,9, Guainía con 8,1 y Putumayo con 11,1³.

De acuerdo con el CENSO 2005, la población indígena representa el 3,44% de la población colombiana, con 1.378.884 personas, organizadas en 87 pueblos indígenas⁴, ubicados en los 32 departamentos del país; 1.081.399 (78,4%) ubicados en áreas rurales y 297.485 (21,6%) en zonas urbanas. Los departamentos con mayor población indígena son: La Guajira (20,18%), Cauca (17,98%), Nariño (11,22%) y Córdoba (10,96%). Los departamentos con un porcentaje alto de población indígena, con respecto a la población total del departamento son: Guainía (61,49%), Vaupés (58,07%), La Guajira (42,42%), Amazonas (39,77%), Vichada (39,56%) y Cauca (20,97%). Los departamentos con mayor número de pueblos indígenas son: Amazonas, Vaupés, Guaviare, Putumayo, Guajira, Cauca y Caquetá. Según proyecciones del DANE, a junio de 2014, la población indígena que hacían parte de 837 resguardos equivalía a 1.150.356, ubicados en 240 municipios de 28 departamentos¹¹. En contraste con lo anterior, las Organizaciones Indígenas de la Subcomisión refieren la existencia de 102 pueblos, y un sub-registro del DANE del número de personas indígenas; la confirmación de esta información está pendiente a partir de la tarea conjunta entre el Estado y las Organizaciones Indígenas.

Ahora bien, si existe escasez de THS en zonas con alta dispersión poblacional y presencia de pueblos indígenas que garantice la atención integral en salud, la pertinencia del THS para contribuir al buen vivir de esta población, pasa por la premura de contar con THS que además de reconocer, valorar y respetar sus particularidades y tradiciones, tenga las competencias para armonizar y establecer un diálogo permanente entre los saberes y prácticas que reflejen la realidad de las diversas culturas, y como parte de ellas, de las tradiciones de los pueblos indígenas y las prácticas convencionales (alopáticas u occidentales) predominantes en el SGSSS.

Avanzar con una de las respuesta frente a la situación anterior, seguramente contribuirá a mejorar la situación de salud de los pueblos indígenas; aún más si se tienen en cuenta que estos pueblos presentan inequidades por razones sociales, económicas, políticas y culturales¹², indicadores

³ Fuente: Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud (DDTHS), 2016. Para su análisis, es importante tener en cuenta las siguientes consideraciones metodológicas: a) el número de efectivos o stock, incluye profesionales y especialistas que se encuentran en el país, independientemente de que ejerzan o no su profesión y del tipo área en la que se desempeñen: clínica, asistencial, docente, investigación, administrativa, entre otras; b) La estimación de la distribución regional, es el resultado de un cruce realizado entre la información disponible en esta DDTHS y la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA). El departamento de ubicación, corresponde al departamento desde donde se realizó el aporte, según la información de la PILA en el año 2012; y c) cuando se presentan aportes en más de un lugar, se tuvo en cuenta únicamente el lugar en donde realizó el mayor número de cotizaciones.

⁴ Este dato es diferente al referenciado por la Organización Nacional Indígena de Colombia (ONIC), quien reporta la existencia de 102 pueblos indígenas.

neurálgico en el acceso a derechos básicos como la educación y los servicios públicos, y diferencias desfavorables con respecto al resto de la población, en términos de morbilidad y mortalidad¹³. Si bien se reportaron mejorías en algunos de los indicadores de salud de los pueblos indígenas, entre el 2009 y el 2013, al 2016 estos continuaban evidenciando inequidades en salud y por tanto vulneración del goce efectivo del derecho a la salud, con respecto al resto de la población¹⁴.

Así mismo y en relación con lo anterior, el análisis de necesidades de THS expuestas por los pueblos indígenas en diferentes espacios de participación y concertación, requieren de respuestas pertinentes. Dentro de algunas de estas necesidades evidenciadas, los pueblos indígenas mencionan: i) la pertinencia de estimar las necesidades de THS; ii) la organización del THS en equipos interculturales de salud; iii) el desarrollo de estrategias para garantizar efectivamente la disponibilidad de THS en comunidades indígenas de zonas con dificultades de acceso geográfico y alta dispersión poblacional; iv) la inclusión del enfoque intercultural en la formación del THS; v) el incremento de incentivos, becas, oportunidades y condiciones para que personas integrantes de los pueblos indígenas puedan acceder y permanecer en los procesos de formación de todos los niveles académicos; y vi) la cooperación intersectorial entre diferentes actores en pro del desarrollo de estrategias para que los mismos pueblos indígenas regulen el ejercicio y fortalezcan la formación intergeneracional de los sabedores(as) tradicionales de la salud, en coherencia con el reconocimiento de las culturales médicas tradicionales que se hace la Ley 1164 de 2007, y la función de vigilancia y control que se le asigna a las autoridades indígenas en la Ley 691 de 2001.

Las políticas actuales en salud, tanto la PAIS como la Política de Talento Humano en Salud (en construcción) reconocen la deuda que tiene la formación en salud para desarrollar procesos que conlleven a contar con talento humano con competencias para responder a la realidad de los territorios, la comprensión del contexto, a la humanización, a la situación de salud de los grupos étnicos y a la implementación del enfoque intercultural¹⁵. Como parte de la respuesta a esta deuda y como aporte a la integridad, a la garantía de los derechos culturales de los pueblos (ver ley 21-acuerdo 169 de la OIT), a la protección de la medicina tradicional, y la disminución de barreras de acceso a la atención integral y holística en salud, se busca orientar a través de este documento, y las acciones necesarias para su gestión, la incorporación transversal del enfoque intercultural en los procesos de formación del THS, en pro de la armonización de la visión de la medicina tradicional de los pueblos, con los paradigmas, estrategias y prácticas de la medicina alopática o convencional en los procesos de educación superior, educación informal, la formación continua y la Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano (ETDH).

Como avance en este propósito, en el año 2011 - 2012, Organizaciones Indígenas convocadas por el MSPS y la Mesa Sectorial de Salud⁵, construyeron la Norma de Competencia Laboral, exclusivamente para orientar la formación propia e intercultural, donde se precisa *“Fortalecer los conocimientos y tradiciones en salud de los pueblos indígenas de acuerdo con los planes de vida prácticas y valores culturales de cada pueblo.”*; conformada por dos elementos: *“1. Desarrollar acciones encaminadas a lograr el equilibrio y la armonización, entre el individuo, la comunidad y el territorio, de acuerdo con la cosmovisión de cada pueblo o etnia y, 2. Fortalecer las formas propias de promoción, mantenimiento y recuperación de la salud de acuerdo con las costumbres y la medicina tradicional de cada pueblo.”*

Esta norma de competencia se describe para ser incorporada de manera transversal en el diseño, desarrollo y evaluación de procesos de formación, sin generar desarrollos aislados con los contenidos y resultados de aprendizaje definidos en los programas. Aunque se construyó para orientar procesos de formación del nivel técnico, se convierte en un insumo importante, considerando la participación de las organizaciones indígenas, en los diferentes niveles educativos.

Ahora bien, en cuanto a la educación superior en Colombia, según la revisión realizada por Campos en el 2010, denominada “El enfoque intercultural en la formación universitaria de recursos humanos para la salud en la región andina”, se encontró que existía una incipiente incorporación del enfoque intercultural en la formación. De 36 escuelas de medicina con programas de pregrado incluidas en la revisión, 17 incorporaban aproximaciones antropológicas, seis (6) de ellas contenían cursos de antropología médica, y las otras de socio-antropología o ciencias sociales y salud; sin embargo no se evidenció si estas aproximaciones incluían el enfoque intercultural y/o la medicina tradicional. De igual manera, de las 15 escuelas de enfermería con programas de pregrado incluidas en la revisión, se encontró que cuatro (4) de ellas enseñaban antropología, pero tampoco se evidenció la incorporación del enfoque intercultural en la formación. De otra parte, se observó que los diplomados, maestrías y doctorados dirigidos al personal de salud, no incluían de manera específica este enfoque; pero sí, diez (10) especialidades en salud y dos (2) doctorados incluían materias de antropología, y tres (3) programas de especialidades médicas incorporaban cursos de antropología¹⁶.

⁵ Las Mesas Sectoriales del SENA “son el espacio natural de concertación con el sector productivo, gubernamental y académico para desarrollar la gestión del talento humano por competencias generando conocimiento transferible a la formación profesional.”



MARCO NORMATIVO

Este lineamiento se desarrolla en el marco de las orientaciones legales y políticas vigentes, establecidas para garantizar los derechos de los pueblos indígenas. Tiene en cuenta lo dispuesto en el Decreto 1811 de 1990 “Por el cual se reglamenta parcialmente la ley 10 de 1990, en lo referente a la prestación de servicios de salud para las comunidades indígenas”. Se basa en el principio fundamental de la **Constitución Política de Colombia** de 1991, donde se expone que “*El Estado reconoce y protege la diversidad étnica y cultural de la nación colombiana*” (artículo 7). Así mismo en el artículo 68 de la Constitución, el cual dispone que “*Los integrantes de los grupos étnicos tendrán derecho a una formación que respete y desarrolle su identidad cultural.*”

Se acoge a lo dispuesto en la **Ley 21 de 1991** “*Por medio de la cual se aprueba el Convenio N° 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes, adoptado por la 76a. reunión de la Conferencia General de la O.I.T., Ginebra 1989*”, la cual, en su parte V sobre seguridad social y salud, prevé que: (...)”1. *Los gobiernos deberán velar porque 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 organizarse, en la medida de lo posible, 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.*” (...) y “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, mantenimiento al mismo tiempo estrechos vínculos con los demás niveles de asistencia sanitaria.*” (...)

Así mismo en su capítulo VI sobre Educación y medios de comunicación, dispone que: “1. *Los programas y los servicios de educación destinados a los pueblos interesados deberán desarrollarse y aplicarse en cooperación con éstos a fin de responder a sus necesidades particulares, y deberán abarcar su historia, sus conocimientos y técnicas, sus sistemas de valores y todas sus demás aspiraciones sociales, económicas y culturales.*” (...) “2. *La autoridad competente deberá asegurar la formación de miembros de estos pueblos y su participación en la formulación y ejecución de programas de educación, con miras a transferir progresivamente a dichos pueblos la responsabilidad de la realización de esos programas, cuando haya lugar.*” Y (...) “*Deberán adoptarse medidas de carácter educativo en todos los sectores de la comunidad nacional, y especialmente en los que estén en contacto más directo con los pueblos interesados, con objeto de eliminar los prejuicios que pudieran tener con respecto a éstos pueblos.*” (...)

Atiende lo dispuesto en la **Ley 691 de 2001** “*Mediante la cual se reglamenta la participación de los Grupos Étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia*”, reglamentada parcialmente por el Decreto Nacional 2716 de 2004, la cual “*tiene por objeto proteger de manera efectiva los*

derechos a la salud de los Pueblos Indígenas, garantizando su integridad cultural de tal manera que se asegure su permanencia social y cultural” [...]

Sigue lo dispuesto en el artículo 20 de la **Ley 1164 de 2007** “*Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud*”, sobre el ejercicio de las culturas médicas tradicionales “*De conformidad con los artículos 7° y 8° de la Constitución Política se garantizará el respeto a las culturas médicas tradicionales propias de los diversos grupos étnicos, las cuales solo podrán ser practicadas por quienes sean reconocidos en cada una de sus culturas de acuerdo a sus propios mecanismos de regulación social (...) El personal al que hace referencia este artículo deberá certificarse mediante la inscripción en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud y se les otorgará la identificación única. Igualmente, el Gobierno Nacional establecerá mecanismos de vigilancia y control al ejercicio de prácticas basadas en las culturas médicas tradicionales*”. Este artículo fue declarado exequible por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-942-09 de 2009, “*en el entendido de que no podrá exigirse formalidad alguna a quien, autorizado por su propia comunidad, ejerza las prácticas médicas tradicionales para ésta.*”

Responde al **Auto 004 de 2009 de la Corte Constitucional** sobre la “*Protección de derechos fundamentales de personas e indígenas desplazados por el conflicto armado en el marco de superación del estado de cosas inconstitucional declarado en sentencia T-025/04*”, donde se ordena formular e iniciar “*la implementación de planes de salvaguarda étnica ante el conflicto armado y el desplazamiento forzado para cada uno de los pueblos identificados*” (...), “*en peligro de ser exterminados cultural o físicamente por el conflicto armado interno, y han sido víctimas de gravísimas violaciones de sus derechos fundamentales individuales y colectivos* (...)

La Ley 1438 de 2011 “*por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones*”, en su capítulo III “*Para la implementación de la Atención Primaria en Salud (APS) en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud*”, contempla dentro de sus elementos la “*Interculturalidad, que incluye entre otros los elementos de prácticas tradicionales, alternativas y complementarias para la atención en salud.*”

Así mismo, la Ley 1438 en su Artículo N° 99 sobre la “*pertinencia y calidad de la formación del talento humano en salud*”, “*Las instituciones y programas de formación buscarán el desarrollo de perfiles y competencias que respondan a las características y necesidades en salud de la población colombiana a los estándares aceptados internacionalmente, y a los requerimientos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, fundamentados en la ética, calidad, pertinencia y responsabilidad social. El Ministerio de Protección Social desarrollará los mecanismos para definir y actualizar las competencias de cada profesión atendiendo las recomendaciones del Consejo Nacional del Talento Humano en Salud.*”

El **Decreto 1953 de 2014** “*Por el cual se crea un régimen especial con el fin de poner en funcionamiento los Territorios Indígenas respecto de la administración de los sistemas propios de los pueblos indígenas hasta que el Congreso expida la ley de que trata el artículo 329 de la Constitución Política*”, en su Título III sobre el Sistema Educativo Indígena Propio – SEIP, se propone: (...) “*Construir y fortalecer espacios de saber desde las cosmovisiones de los pueblos indígenas. (...) Fortalecer la construcción de un Estado pluriétnico y multicultural. Y (...) Preservar y fortalecer las identidades étnicas y culturales de los pueblos indígenas.*”

De igual manera este Decreto, en su Título IV sobre Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural – SISPI, define Interculturalidad como “*la comunicación y coordinación comprensiva entre los diferentes saberes y prácticas de los pueblos y las instituciones del SGSSS, que genera el reconocimiento, la valoración y el respeto a su particularidad, en el plano de la igualdad, armonía y equilibrio.*” e incluye como uno de sus componentes, la “*Formación, capacitación, generación y uso del conocimiento en salud*”, para fomentar la gestión, planificación, diseño y orientación de los programas de formación propia e intercultural, de acuerdo con las necesidades de los pueblos indígenas y del SISPI .

Así mismo responde al llamado que hace el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012 – 2021, adoptado mediante **Resolución 1841 de 2013**, para reducir las inequidades en salud existentes en pueblos indígenas.

El **Decreto 1973 de 2013** “*Por la cual se crea la Subcomisión de Salud de la Mesa Permanente de Concertación con los pueblos y Organizaciones Indígenas*”, como una instancia de trabajo consultivo y técnico para la construcción de políticas en salud para los pueblos indígenas. En ella participan personas delegadas de las instituciones y de las organizaciones indígenas.

Responde a los esfuerzos propuestos por la **Ley 1753 de 2015** “*Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “Todos por un nuevo país”*”, para alcanzar los objetivos que lleven a “*reducir las brechas territoriales y poblacionales existentes, para asegurar el acceso en igualdad de condiciones a servicios fundamentales como la salud, la educación y la vivienda para toda la población.*” Para lo cual es fundamental, entre otros (...) “*privilegiar estrategias preventivas y de medicina familiar y comunitaria, con enfoque intercultural, complementadas con el fortalecimiento del talento humano en salud*” (...)”¹⁷

Este lineamiento también se desarrolla en el marco de la **Resolución 429 de 2016** del Ministerio de Salud y Protección Social “*por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud*” (PAIS) en su Artículo 2°, fundamenta el Marco estratégico de la PAIS en la Atención Primaria en Salud con enfoque de salud familiar y comunitaria, el cuidado, la gestión integral del riesgo y el enfoque diferencial para los distintos territorios y poblaciones; e incluye la interculturalidad de manera transversal en los diferentes componentes del Modelo, la cual acoge las prácticas tradicionales, alternativas y complementarias.

A partir de estas estrategias, la resolución adopta el Modelo Integral de Atención en Salud-MIAS como modelo operacional, con diez (10) componentes, uno de ellos el componente de “*Fortalecimiento del Recurso Humano en Salud – RHS*” para la implementar acciones armonizadas en i) formación, ii) la armonización del talento humano en salud con el esquema de cuidado integral y provisión de servicios, iii) el fortalecimiento del responsable de la planeación y gestión territorial en salud, iv) y el mejoramiento de condiciones laborales.

Tiene en cuenta las disposiciones del **Decreto 1075 de mayo del 2015**, “*Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Educación*”, específicamente la parte 5 sobre la reglamentación de la educación superior, la parte 6 sobre la educación para el trabajo y el desarrollo humano, y la reglamentación sobre educación informal donde se sitúa actualmente la educación continua/complementaria/permanente. En este Decreto se define:

Educación informal: La formación permanente o complementaria, actualmente se da en el marco de la formación informal. De acuerdo con lo establecido en el Decreto Único Reglamentario del Sector Educación (1075 del 2015), Título 6, la educación informal tiene como “objetivo brindar oportunidades para complementar, actualizar, perfeccionar, renovar o profundizar conocimientos, habilidad, técnicas o prácticas.” [...] “Su organización, oferta y desarrollo no requiere de registro por parte de la secretaria de educación de la entidad territorial certificada y sólo dará lugar a la expedición de una constancia de asistencia”.

Formación continua: De acuerdo con el Artículo 98 de la Ley 1438 del 2011 “Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”, “El Gobierno Nacional establecerá los lineamientos para poner en marcha un sistema de formación continua para el Talento Humano en Salud, dando prioridad a la implementación de un programa de Atención Primaria para los agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que deberá implementarse en forma progresiva. Dicho programa contendrá módulos específicos para profesionales, técnicos, tecnólogos, auxiliares de la salud, directivos y ejecutivos de las direcciones territoriales de salud, Entidades Promotoras de Servicios de Salud e Instituciones Prestadoras de Servicios”.

Educación para el trabajo y el desarrollo humano (ETDH). De acuerdo con lo establecido en el Decreto Único Reglamentario del Sector Educación (1075 del 2015), parte 6 sobre la reglamentación de la ETDH, “se ofrece con el objetivo de complementar, suplir conocimientos y formar en aspectos académicos o laborales y conduce a la obtención de certificados de aptitud ocupacional.” [...]. En ese marco, actualmente, son considerados como personal auxiliar en las áreas de la salud el auxiliar Administrativo en Salud, auxiliar en Enfermería, auxiliar en Salud Oral, auxiliar en Salud Pública, y auxiliar en Servicios Farmacéuticos.

Educación superior. De acuerdo con el Ministerio de Educación Nacional, es el proceso de formación permanente, personal, cultural y social que posibilita el desarrollo de las potencialidades del ser humano de una manera integral, se realiza con posterioridad a la educación media y tiene por objeto el pleno desarrollo de los estudiantes y su formación académica o profesional. [...] A la educación superior corresponde, primordialmente, el cultivo de la ciencia, la investigación y el desarrollo tecnológico, con un enfoque pedagógico y curricular que capacite al estudiante como persona y ciudadano, a la vez que ofrece a la sociedad y al país la formación del talento humano que requiere su progreso en todos los campos del conocimiento. [...] La educación superior se imparte en dos niveles: pregrado y posgrado; el nivel de pregrado tiene, a su vez, tres niveles de formación: i) nivel Técnico Profesional (relativo a programas Técnicos Profesionales); ii) nivel Tecnológico (relativo a programas tecnológicos); y iii) nivel Profesional (relativo a programas profesionales universitarios). La educación de posgrado comprende los niveles de: i) Especializaciones (relativas a programas de Especialización Técnica Profesional, Especialización Tecnológica y Especializaciones Profesionales), ii) maestrías; y iii) doctorados.

APROXIMACIÓN A LOS ENFOQUES CONCEPTUALES

Enfoque Intercultural

Estos lineamientos adoptan el concepto de interculturalidad definido en los principios del Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural-SISPI, donde se entiende la interculturalidad como:

“la comunicación y coordinación comprensiva entre los diferentes saberes y prácticas de los pueblos y las instituciones del SGSSS, que genera el reconocimiento, la valoración y el respeto a su particularidad, en el plano de la igualdad, armonía y equilibrio.”

Incluye las consideraciones del enfoque diferencial como estrategia transversal de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), donde se entiende por enfoque intercultural el conjunto de procesos que orientan el reconocimiento integral de las diferencias étnicas y culturales de la población colombiana, en este caso, en todos los componentes del modelo integral de atención en salud; así como la construcción conjunta y el diálogo de saberes con grupos poblacionales que se diferencian por razones étnicas y culturales. Adicional a los grupos étnicos⁶, todas las personas, familias y comunidades, construyen y expresan una dimensión cultural que representa “la manera en la que hacemos las cosas”, esto es, el entramado de acciones y representaciones construidas históricamente en relación a la naturaleza, la espiritualidad, el medio, la familia y la sociedad.

Acoge la definición de interculturalidad propuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social en el documento construido en convenio con la Organización Panamericana de la Salud Colombia¹⁸:

“la interculturalidad está basada en el diálogo de saberes, donde ambas partes se escuchan, donde ambas partes se dicen y cada una toma lo que puede ser tomado de la otra, o sencillamente respeta sus particularidades e individualidades.

No se trata de imponer, de avasallar, sino de reconocer, respetar y concertar, en este sentido pretende: (i) un espacio y tiempo común para los grupos humanos diferenciados por elementos culturales como la lengua, la identidad, étnica o territorial; favorece no sólo el contacto, sino también el encuentro, (ii) incidir en las discriminaciones personales, familiares e institucionales del conjunto social, (iii) promover el conocimiento y el reconocimiento de las

⁶ Son poblaciones cuyas condiciones y prácticas sociales, culturales y económicas, los distinguen del resto de la sociedad y que han mantenido su identidad a lo largo de la historia, como sujetos colectivos que aducen un origen, una historia y unas características culturales propias, que están dadas en sus cosmovisiones, costumbres y tradiciones. Según el censo del DANE 2005, en Colombia el 14,4% de las personas pertenecen a un grupo étnico.



MINSALUD



**TODOS POR UN
NUEVO PAÍS**
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

distintas culturas que conviven, aceptando las diferencias culturales como algo positivo y enriquecedor del entorno social y ambiental, (iv) favorecer la toma de conciencia de un mundo global e interdependiente, accediendo a claves de desigualdad económica y la necesidad de paliar desventajas, (v) afrontar los conflictos de forma positiva, no negando, que existen y son reales, asumiendo que son motores de cambio para mejorar”

Así mismo, recogen la definición de interculturalidad de los “Lineamientos de Política de educación superior inclusiva” del Ministerio de Educación Nacional, donde se incluye a la interculturalidad, como una característica de la educación inclusiva, definida como el:

“Conjunto de relaciones entre diferentes grupos culturales que conduce a un proceso dialéctico de constante transformación, interacción, diálogo y aprendizaje de los diferentes saberes culturales en el marco del respeto. Se asume este término “como el reconocimiento de aprender del que es diferente a cada persona y de la riqueza que se encuentra implícita en la misma diversidad que conforma el grupo social” (19). [...] la interculturalidad promueve un diálogo “abierto, recíproco, crítico y auto-crítico” (20) entre culturas, y de manera más específica entre las personas pertenecientes a esas culturas. [...]

Como lo afirma Sáez, “el fundamento de la interculturalidad – como el prefijo inter evoca – es la comunicación o relación intercultural o interacción, significando que lo que se comunica, o se pone en contacto, no son las culturas, sino hombres y mujeres con culturas diversas” (21). La interculturalidad va más allá de una simple cuestión de tolerancia y pretende examinar la capacidad transformadora de las instituciones de educación superior de sus propios sistemas educativos, con el fin de asegurar a toda la población el derecho a una educación de calidad. Se trata de generar nuevas y creativas visiones de la enseñanza, de sus contenidos y de sus procesos de aprendizaje, de tal manera que exista un reconocimiento efectivo de la diversidad.”²²

De acuerdo con lo anterior, el enfoque intercultural es uno de los trazadores de las políticas en salud y educación, a través del cual se dinamizan procesos de reconocimiento, interacción, diálogo y complementariedad entre personas de diferentes sistemas culturales, respetando el quehacer de cada una de ellas, y generando condiciones para la interacción creativa y constructiva entre las diferentes culturas, teniendo como fin último que las comunidades puedan beneficiarse de diversas atenciones en salud que aporten a la calidad y pertinencia en salud^{23 24 25 26}.

La interculturalidad hace posible el encuentro, la interacción, la convivencia y el diálogo, con respeto y aceptación, entre las diferentes etnias, culturas e instituciones del sistema de salud, para la concertación de acciones de atención armónica, holística y equitativa. Invita también al reconocimiento y a la valoración de los saberes, conocimientos y prácticas de los diferentes grupos

sociales, para que a partir de ello, se generen respuestas diferenciales que aporten a su situación de vida y salud^{27 28 29 30 31}.

Permite operativizar el enfoque diferencial, a partir de la promoción de procesos de construcción conjunta con los diferentes grupos sociales, facilitando *“un proceso comunicativo, que propone la definición de condiciones específicas para la interacción equitativa entre grupos culturalmente diferentes, cada uno con una verdad, una visión especial del mundo y un marco de referencia respecto a diferentes aspectos de la realidad”*³².

Precisa la armonización de perspectivas, y requiere del entendimiento entre atenciones aparentemente excluyentes, que confluyen en el objetivo de alcanzar el más alto nivel de salud. Busca fortalecer la construcción de conocimiento y el pensamiento crítico, considerando la interacción de realidades dinámicas y variadas, a la hora de implementar medidas para el cuidado de la salud. Hace un llamado a todos los actores a coordinar esfuerzos para promover, mantener y atender la salud de las diversas culturas del país, con pertinencia. Insta al personal de salud a incorporar nuevas actuaciones que brinden atenciones integradoras, pertinentes, resolutivas, continuas y equitativas al alcance de las comunidades, familias y personas^{33 34 35 36}.

Este enfoque se desarrolla, en gran parte, a través del personal socio-sanitario y su interacción con los agentes en salud que aportan a la atención integral de los diferentes grupos sociales. Las actuaciones con enfoque intercultural del talento humano en salud propia de los pueblos indígenas o con arraigos culturales diferentes a los de estos pueblos, permiten disponer de servicios acordes a las características y necesidades de la población³⁷.

Enfoque de derechos.

El enfoque de derechos surge de la aproximación de los Derechos Humano y el Desarrollo Humano, como orientador de las políticas para el bienestar, la libertad, la dignidad e igualdad de las personas. Este implica considerar a las personas sujetos de derechos que debe garantizar el Estado, dentro de ellos el derecho a la educación y a la salud³⁸. El derecho a la salud, entendido como el “disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social” es inherente a todas las personas independientemente de las condiciones sociales, políticas, económicas, culturales, históricas y de etnia, raza, religión o género.

La Constitución Política de Colombia reconoce a los grupos étnicos como titulares de derechos individuales y colectivos; y desde el enfoque de derechos genera mecanismos, condiciones y políticas para avanzar en la garantía del ejercicio pleno de los derechos de estos grupos y la recuperación de sus derechos vulnerados, partiendo del respeto a sus características y su cultura³⁹.

Para los pueblos indígenas, el derecho a la salud hace alusión al buen vivir/vivir bien. Se basa en los *“derechos colectivos a la autonomía, la territorialidad, la integridad cultural y las formas propias de autoridad y participación”*⁴⁰. En ese marco, se reconocen las Autoridades de los pueblos indígenas, sus estructuras políticas – organizativas con capacidad para decidir, incidir y asumir sus propios procesos políticos, administrativos, institucionales, sociales, culturales y colectivos⁴¹.

Enfoque diferencial.

A partir del reconocimiento de los grupos étnicos como sujetos de derechos colectivos, el enfoque diferencial constituye un método de análisis a través del cual se visibilizan los riesgos, la vulneración y la violación de los derechos humanos de personas, grupos y poblaciones diversas o con necesidades de protección diferenciadas. A partir del análisis, este enfoque guía la priorización y la acción para la atención, el restablecimiento y la protección de los derechos individuales y colectivos; así mismo, promueve el respeto a la diferencia de los grupos étnicos del país^{42 43 44}. En el caso de los lineamientos, orienta las acciones planteadas para la transversalización del enfoque diferencial en la formación en salud, como aporte al cuidado de la salud que tiene como fin último el goce del derecho fundamental a la salud de la población indígena.

De igual manera, podría entenderse como el *“derecho a ejercer una ciudadanía desde la diferencia, en escenarios de una democracia participativa, de inclusión igualitaria de ciudadanos y ciudadanas en la escena política y en la toma de decisiones en la esfera privada y pública”*⁴⁵.

Supone la inclusión de las personas o colectivos excluidos o privados de derechos, considerando su derecho a participar y decidir. Implica la concertación y construcción conjunta con las personas y colectivos involucrados, reconociendo la diversidad cultural. Permite reconocer la diversidad cultural de los grupos sociales y la complejidad de sus realidades sociales, para la protección de sus derechos y la formulación de políticas públicas. Determina el análisis y la implementación de acciones que den cuenta de la diversidad, de acciones afirmativas y sin daño para el logro de la equidad^{46 47}.

Reconoce a las personas como sujetos de derechos, teniendo en cuenta sus condiciones, vulnerabilidades, potencialidades, particularidades y dinámicas comunitarias, territoriales, socioculturales, económicas, religiosas, política, de género y etnia. Es imprescindible en el desarrollo del enfoque de derechos y la actuación estatal. Reconoce las inequidades a subsanar por parte del Estado y la sociedad; y orienta la organización de las acciones para garantizar la igualdad, la equidad y la inclusión. Requiere la adecuación de políticas, programas, proyectos y lineamientos para la atención integral de la población^{48 49}.

La PAIS, incluye al enfoque diferencial como una de las cuatro estrategias transversales para orientar la implementación del MIAS y se define como: *“la estrategia que permite a la política de atención reconocer y organizarse frente a las diferencias de las personas y colectivos frente a los*

determinantes sociales. Estos determinan condiciones de vulnerabilidad y potencialidad asociadas a factores físicos, psíquicos, sociales, psicosociales, culturales (creencias y valores), económicos, ambientales, entre otros. Es una dimensión relativa, pues cada persona tiene su propio nivel y tipo de vulnerabilidad en función de situaciones socioeconómicas, culturales, políticas, religiosas, de género y personales⁵⁰. Además del reconocimiento de la vulnerabilidad, “Esta diferenciación también incluye el fortalecimiento de potencialidades de personas y grupos específicos, como grupos étnicos, [...] que aportan al cuidado de la salud, tanto de modo intramural como extramural, principalmente a nivel familiar y comunitario, en el marco de procesos de construcción intercultural”⁵¹.

De acuerdo con lo dispuesto por la Corte Constitucional, el “*enfoque diferencial del derecho a la salud otorga a las comunidades indígenas las siguientes prerrogativas: 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 iv) intervenir en la planeación, administración y ejecución de los servicios de salud*”⁵².

Enfoque Étnico

El enfoque étnico permite identificar grupos que han construido una conciencia colectiva diferenciada alrededor de aspectos físicos, culturales, históricos y sociales los cuales les identifica y les permite distinguirse de otros grupos sociales en el territorio nacional. Estos grupos étnicos, están ligados a un origen ancestral con tradiciones y cosmovisiones comunes relacionadas con elementos simbólicos como el lenguaje, los mitos, el territorio y su forma de vestir de acuerdo con sus usos y costumbres, entre otros. Estas características diferenciales generan condiciones de vida y salud particulares que requieren ser reconocidas para la adecuación sociocultural y la atención en salud⁵³.

Con grupos étnicos, se hace referencia a “*aquellas comunidades que comparten un origen, una historia, una lengua, y unas características culturales y/o rasgos físicos comunes, que han mantenido su identidad a lo largo de la historia como sujetos colectivos. En Colombia se reconocen legalmente cuatro grupos étnicos: Indígenas, Afrocolombianos (incluye afrodescendientes, negros, mulatos, palenqueros de San Basilio), Raizales del archipiélago de San Andrés y Providencia y Rom o gitano*”⁵⁴.

El enfoque diferencial étnico guía las actuaciones de las políticas sobre las condiciones diferenciales de los grupos étnicos para la atención y protección de sus derechos individuales y colectivos. Busca transversalizar las políticas con acciones que restablezcan y respeten los derechos de los grupos étnicos, y en particular, el derecho al reconocimiento y protección de su diversidad cultural y lingüística, y su autonomía⁵⁵.

Enfoque de competencias

La Ley 1164 de 2007 *“Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud”* adopta el enfoque de competencias para orientar el desarrollo del Talento Humano en Salud en coherencia con los principios, enfoque y características del Sistema de Seguridad Social en Salud. Establece que la *“competencia es una actuación idónea que emerge en una tarea concreta, en un contexto determinado. Esta actuación se logra con la adquisición y desarrollo de conocimientos, destrezas, habilidades, aptitudes y actitudes que se expresan en el ser, saber, el hacer y el saber-hacer.”*

El enfoque de competencias permite definir criterios y referentes comunes para orientar los diferentes procesos de formación y desempeño, de acuerdo con la realidad de las poblaciones, territorios y diferentes escenarios de acción. En este sentido, y de acuerdo a lo dispuesto en la Ley 1164 de 2007, los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud deben respetar y reconocer las competencias de las profesiones y ocupaciones, y desarrollar procesos de gestión y mejoramiento de condiciones laborales acordes a las mismas.

Así mismo, en aras de garantizar la pertinencia y calidad de la formación del talento humano en salud, el MSPS, busca describir el perfil y las competencias del THS coherente con las características y la situación de salud de los pueblos indígenas de Colombia.

PROPÓSITO

Orienta los procesos de formación del THS para la incorporación del enfoque intercultural, como aporte al cuidado de la salud de los pueblos indígenas, en coordinación con el sector educativo del país, en el marco de la planeación sectorial e intersectorial.

OBJETIVO GENERAL

Aportar estrategias para la formación del talento humano en salud, incorporando el enfoque intercultural en salud, para fortalecer competencias que favorezcan el diálogo y la armonización permanente entre saberes y prácticas de diversas culturas como aporte al buen vivir y al derecho fundamental a la salud.

RESPONSABLES

El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) en coordinación con el Ministerio de Educación Nacional (MEN) como entes rectores de los sistemas de salud y de educación respectivamente, serán quienes orienten el desarrollo de las estrategias, en coordinación con los demás actores responsables de su desarrollo progresivo.

La implementación de estos lineamientos requiere de la coordinación de agendas intersectoriales entre salud y educación a nivel nacional y territorial, y de la participación de las Autoridades, Organizaciones y sabedores tradicionales indígenas; Instituciones de Educación Superior (IES), Instituciones para el Trabajo y el Desarrollo Humano, al Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), las Alcaldías, las Gobernaciones, las Empresas Promotoras de Salud (EPS) e Empresas Promotoras de Salud Indígena (EPS - I), las Empresas Sociales del Estado (E.S.E.), las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) e Instituciones Prestadoras de Servicios Indígenas (IPS -I) del territorio y a otras instituciones de acuerdo con los requerimientos de la formación en cada nivel.

ESTRATEGIAS

Gestión para la formación del Talento Humano en Salud con enfoque intercultural.

Objetivo específico

Fomentar la incorporación del enfoque intercultural en salud en los procesos de formación del talento humano en salud que aporta al cuidado de la salud de la población.

Líneas de acción

1. El MSPS como ente rector de las políticas en salud, orientará y apoyará la inclusión del enfoque intercultural en salud en la normatividad, las políticas, los lineamientos y programas que se diseñen para el desarrollo del THS.
2. Promover la inclusión de competencias relacionadas con el enfoque intercultural en salud en las competencias profesionales y laborales, según corresponda, de técnicos, tecnólogos, profesionales y especialistas (profesionales de la salud con posgrado). Esta inclusión servirá de referente para el diseño de los programas de formación, el desempeño y la gestión del personal de salud que labora en el sector.
3. De acuerdo con la conformación de equipos para la atención en salud de los pueblos indígenas, se fomentará la implementación de planes de formación continua dirigido a los equipos, que incorporen de manera transversal el enfoque intercultural; lo anterior en concordancia con el modelo de salud propio e intercultural de cada pueblo. En los casos donde los pueblos indígenas consideren pertinente integrar en sus equipos gestores comunitarios en salud, las personas que asuman este cargo laboral deberán recibir formación complementaria en salud con enfoque intercultural.
4. En cuanto al diseño de programas de formación del área de la salud con enfoque intercultural, será pertinente:
 - Gestionar la incorporación del enfoque intercultural en el análisis de pertinencia de los nuevos programas de educación superior del área de la salud que realiza el MSPS, a través del Comité de Pertinencia (Resolución 1786 de 2014 del Ministerio de salud y Protección Social), con el objeto de orientar y verificar su desarrollo en la elaboración de los documentos maestros, de acuerdo a lo estipulado la Ley 1188 de 2008 y la Ley 1438 de 2011.

- Promover la inclusión y aplicación transversal del enfoque intercultural, en los lineamientos de calidad para los programas de educación superior del área de la salud, en coordinación con el MEN y las instituciones de educación superior.
- Promover el desarrollo de programas de formación preparatoria, que favorezcan el ingreso de las personas de los pueblos indígenas a los programas universitarios de pregrado y posgrado del área de la salud, apoyados con el talento humano del Sistema de Educación Indígena Propia (SEIP).
- Promover estrategias para que las IES, instituciones de educación para el trabajo y el desarrollo humano y el SENA, desarrollen procesos de formación continua en el enfoque intercultural, dirigida a la comunidad educativa, formadores, instructores, y facilitadores de los procesos de aprendizaje.
- Armonización de la formación en salud en el marco del SISPI, con la implementación del Sistema Educativo Indígena Propio (SEIP), de acuerdo a la coordinación con el Ministerio de Educación Nacional (MEN).

Meta

Cinco (5) años, posterior a la publicación de los lineamientos se habrá dado la inclusión progresiva y sostenida del enfoque intercultural en las políticas para el desarrollo del talento humano en salud del país.

Cinco (5) años, posterior a la publicación de los lineamientos se habrá dado la inclusión progresiva y sostenida del enfoque intercultural en las competencias laborales (formación de auxiliares en salud), y en las competencias profesionales.

Dos (2) años después de la publicación de los lineamientos, se habrá incorporado el enfoque intercultural en el análisis de pertinencia de los nuevos programas académicos de educación superior del área de la salud que realiza el MSPS.

Cinco (5) años después de la publicación de los lineamientos, se habrá incluido de manera trasversal el enfoque intercultural en lineamientos de calidad para los programas académicos del área de la salud.

Cinco (5) años después de la publicación de los lineamientos, las Autoridades Indígenas, el MSPS, el MEN, las IES y el SENA, habrán promovido la implementación de al menos dos (2) acciones para el desarrollo de programas de formación preparatoria dirigidas a personas de los pueblos indígenas, para facilitar su acceso a los programas de formación para el trabajo y el desarrollo humano,

programas universitarios de pregrado y posgrado en salud, en el marco de los planes de formación concertados con los pueblos indígenas.

Cinco (5) años después de la publicación de los lineamientos, se habrán promovido dos (2) estrategias para que las IES, Instituciones de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano (IETDH) y el SENA desarrollen procesos de formación continua en el enfoque intercultural, dirigida a la comunidad educativa, formadores y facilitadores de los procesos de aprendizaje.

Cinco (5) años después de la publicación de los lineamientos, se habrá gestionado de manera progresiva y sostenida, la implementación de una estrategia para la incorporación del enfoque intercultural en los planes curriculares de las instituciones formadoras de talento humano.

Cinco (5) años después de la publicación de los lineamientos, se habrá gestionado de manera progresiva y sostenida, la incorporación del enfoque intercultural en los programas de formación continua de los equipos de las IPS, IPS-I, E.S.E que contribuye al cuidado de la salud de los pueblos indígenas.

Responsables

La Autoridad Sanitaria será quien oriente el desarrollo de esta estrategia. Según corresponda, se deberá garantizar la participación de Autoridades y Organizaciones Indígenas, Asociaciones, Colegios y Agremiaciones de profesionales de la salud, personas expertas en el tema, Ministerio de Educación Nacional, Comisión Intersectorial de Talento Humano en Salud (CITHS), el MSPS, el SENA, las Instituciones de Educación Superior (IES), Entidades Territoriales, EPS, EPS-I, Empresas Sociales del Estado (E.S.E.), Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), IPS-I del territorio y a otras instituciones de acuerdo con los requerimientos.

Armonización de los procesos de formación del Talento Humano en salud con los desarrollos de los modelos de salud de los Pueblos Indígenas

Objetivo específico

Promover procesos de formación en salud acordes con los desarrollos de los Modelos de Cuidado de la Salud Propia e Intercultural de cada pueblo indígena, para aportar a la disponibilidad de Talento Humano en Salud (THS) de los equipos en salud.

Líneas de acción

1. Promover el reconocimiento de las prácticas de cuidado, la situación de salud de los pueblos indígenas, los avances en la construcción de modelos de cuidado de la salud propios e interculturales y las necesidades de THS para su implementación, para a partir de ello elaborar y gestionar la implementación de planes de formación a corto, mediano y largo plazo. Lo anterior implica:
 - Recopilar información y analizar la disponibilidad de oferta y demanda del THS que participa en los procesos de atención a los pueblos indígenas, para establecer el número y los perfiles con los cuentan los equipos que aportan al cuidado de la salud de la población indígena. Lo anterior, en coordinación interinstitucional y con Autoridades Indígenas.
 - Reconocer las prácticas de cuidado, la situación de salud, los avances en la construcción de modelos de cuidado de la salud propios e interculturales de cada pueblo indígena y las necesidades de THS para su implementación (inicialmente con la revisión documental⁷ y posteriormente en diálogo de concertación intersectoriales, con la participación de las Autoridades Indígenas y los Sabedores Tradicionales). Esto busca precisar las respuestas en salud con enfoque intercultural, a las cuales aportarán las personas una vez hayan cursado la formación.
 - A partir de lo anterior, definir los perfiles y estimar el número de personas con formación profesional, técnica, tecnológica, especializada (posgrado) y continua que se requieren para integrar los equipos de salud.
 - Finalmente, en coordinación interinstitucional y con Autoridades Indígenas, se deberán establecer, implementar y hacer seguimiento a planes de formación con enfoque intercultural de acuerdo con los desarrollo del componente de cuidado de la salud, en el marco de la construcción e implementación del SISPI y los avances de los modelos de salud.
2. Gestionar la conformación de un comité de medicinas ancestrales indígenas, apoyo al Consejo Nacional de Talento Humano en Salud (CNTHS), de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 7 de la Ley 1164 de 2007. En este comité participarán personas integrante de los Consejos de Sabios de los pueblo indígenas, asumirá las funciones estipuladas por el CNTHS, y en el caso de ser

⁷ Podrá consultar documentos como los resultados de caracterización de EPS-I, las fichas de caracterización de los pueblos indígenas que han avanzado con esta documentación, los planes de salvaguarda, los planes de vida de los pueblos indígenas, los documentos de los modelos indígenas y otros documentos que les sean proporcionados por los propios pueblos.

conformado el comité de las culturas médicas tradicionales del que habla la Ley 1164, este comité pasará a formar parte de dicho comité.

Metas

Cinco (5) años posteriores a la publicación de los lineamientos se habrá gestionado la definición, implementación y seguimiento de los planes de formación con enfoque intercultural, de acuerdo con las necesidades y avances en la construcción de los modelos de salud de los pueblos indígenas.

Dos (2) años posteriores a la publicación de los lineamientos se habrá gestionado la conformación de un comité de medicinas ancestrales indígenas, como apoyo al Consejo Nacional de Talento Humano en Salud (CNTHS).

Responsables

La Autoridad Sanitaria será quien oriente el desarrollo de esta estrategia. Según corresponda, se deberá garantizar la participación y gestión con Instituciones de Educación Superior (IES), Instituciones para el Trabajo y el Desarrollo Humano (ITDH), Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), Autoridades y Organizaciones Indígenas, Alcaldías, Gobernación, EPS, EPS-I, Empresas Sociales del Estado (E.S.E.), IPS, IPS-I del territorio y a otras instituciones de acuerdo con los requerimientos de la formación. Se requiere gestión y seguimiento por partes de las Entidades Territoriales, a través de las secretarías de salud a nivel departamental, distrital y municipio, la Superintendencia Nacional de Salud y el Ministerio de Salud y Protección Social.

PROGRESIVIDAD, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN

La implementación del lineamiento requiere un desarrollo gradual que permita la progresividad de las estrategias; y aunque se espera que estas estrategias se implementen y fortalezcan sin límite de tiempo, se plantean metas para un plazo de cinco (5) años.

Anualmente, durante los cinco (5) años, se realizará el seguimiento a las metas y finalizados los 5 años se realizará un informe de evaluación sobre el alcance de los objetivos. Acorde con cada estrategia, los responsables generarán espacios de análisis y seguimiento participativo a partir de los cuales se tomen las medidas respectivas y los ajustes pertinentes para el alcance de las metas y objetivos.

Tanto los seguimientos, como la evaluación final deberán reflejar el análisis de los avances, dificultades y necesidades de ajuste del proceso. Los seguimientos se darán de acuerdo con los instrumentos generados durante el primer año posterior a la publicación de los lineamientos, por el MSPS en coordinación con el MEN, las organizaciones y autoridades indígenas y demás actores que participan en el desarrollo de cada estrategia.

CONSTRUCCIÓN, AJUSTE Y SOCIALIZACIÓN DE LOS LINEAMIENTOS.

Cronograma para la construcción de los lineamientos, retroalimentación, publicación y socialización.

Momento	Actores	Actividad	Fecha
Construcción	Subcomisión de Salud Indígena	Presentación y retroalimentación inicial de la propuesta con la Subcomisión.	Agosto de 2017
	Subcomisión de Salud Indígena	Encuentro en el marco de la sesión de la Subcomisión, para continuar con la construcción conjunta.	Octubre de 2017
	MSPS - Personas delegadas por la Subcomisión Indígena de Salud.	Incorporaciones y ajustes al documento	Octubre de 2017
Socialización, retroalimentación y validación	Actores claves: OPS, MSPS y Subcomisionados Indígenas.	Envío de la propuesta a través de comunicación electrónica, y solicitud de aportes.	Noviembre de 2017
	MSPS - Personas delegadas por la Subcomisión Indígena de Salud.	Incorporación y ajuste del documento	Noviembre de 2017
	MSPS y Personas delegadas por la Subcomisión Indígena de Salud.	Ajustes al documento de acuerdo con los aportes de la socialización, retroalimentación y validación.	Noviembre de 2017
	Subcomisión Indígena de Salud	Presentación de la versión ajustada de los documentos para revisión y visto bueno de la subcomisión.	2017 - 2018
Publicación y socialización	MSPS - Subcomisión Indígena de Salud.	Publicación y envío de los lineamientos para su socialización.	2018 – 2019
	Agremiaciones de profesionales, IES, SENA, Entidades Territoriales, MEN, OPS, Organizaciones Indígenas y sabedores tradicionales.	Una (1) reunión de socialización y retroalimentación en el marco de una sesión de la subcomisión indígena de salud.	2018

RECURSOS

La socialización, el ajuste y la validación, así como el seguimiento y la evaluación de los lineamientos, se darán con recursos destinados a las sesiones de la Subcomisión de Salud Indígena, según competencias de cada institución y de los diferentes actores participantes en el proceso.

Su desarrollo será posible con la participación de los actores involucrados, en el marco de sus competencias; así como en la medida en que la planificación social y económica consignada en los Planes de Desarrollo Territoriales y los desarrollo del SISPI incluyan la formación del talento humano que aporta al cuidado de la población indígena, como una de las prioridades definidas en los Planes Territoriales de Salud y los Planes de Vida de los Pueblos Indígenas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹Ministerio de la Protección Social, Dirección General de Promoción Social, Organización Panamericana de la Salud. Insumos para la conceptualización y discusión de una política de protección social en salud para los grupos étnicos de Colombia [Internet pdf.] Bogotá, Colombia; 2013 [Consultado el 12 de septiembre] Disponible en:

http://www.paho.org/col/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-ops-oms-colombia&alias=533-insumos-conceptualizacion&Itemid=688

² Ministerio de Educación Nacional, Dirección de Fomento para la Educación Superior. Lineamientos - Política de Educación Superior Inclusiva [Internet pdf.] Bogotá, Colombia; 2013 [Consultado el 20 de abril] Disponible en: <http://redes.colombiaaprende.edu.co/ntg/men/pdf/Lineamientos.pdf>

³ Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue. Política Andina de Salud Intercultural [Internet pdf] Lima, Perú; septiembre, 2014 [Consultado el 14 de abril de 2017] disponible en: <http://www.orasconhu.org/sites/default/files/POLITICA%20ANDINA%20DE%20SALUD%20INTERCULTURAL%202014.pdf>

⁴ Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. Declaración de Alma-Ata, Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud [Pdf.] URSS; 6-12 de septiembre de 1978 [Consultado el 14 de mayo de 2017] disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004&Itemid=270

⁵ Ley 1164 de 2007 Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud [internet] Bogotá; 2007 [citado 22 de enero de 2017] Disponible en: http://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201164%20DE%202007.pdf

⁶ OMS. Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2002 – 2005 [internet, pdf.] Ginebra, Suiza; 2002 [Citado el 22 de enero de 2017] Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/95008/1/9789243506098_spa.pdf?ua=1

⁷ Decreto 1953 de 2014 “Por el cual se crea un régimen especial con el fin de poner en funcionamiento los Territorios Indígenas respecto de la administración de los sistemas propios de los pueblos indígenas hasta que el Congreso expida la ley de que trata el artículo 329 de la Constitución Política”. Página 41.

⁸ Naciones Unidas – CEPAL. Los pueblos indígenas en América Latina, Avances en el último decenio y retos pendientes para la garantía de sus derechos. LC/L.3893/Rev.1, Original en español [Internet Pdf.] Impreso en Santiago, Chile; noviembre de 2014 [Consultado el 10 de abril] Disponible en: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37050/4/S1420783_es.pdf

⁹ Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo | PNUD – 2007, en Ministerio de Salud y Protección Social. Perfil de Salud de la Población Indígena, y medición de desigualdades en salud [Pdf] Colombia, 2016 [Consultado el 12 de abril de 2017] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/Perfil-salud-pueblos-indigenas-colombia-2016.pdf>

¹⁰ Naciones Unidas – CEPAL. Los pueblos indígenas en América Latina, Avances en el último decenio y retos pendientes para la garantía de sus derechos. LC/L.3893/Rev.1, Original en español [Internet Pdf.] Impreso en Santiago, Chile; noviembre de 2014 [Consultado el 10 de abril] Disponible en:

http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37050/4/S1420783_es.pdf

¹¹ Ministerio de Salud y Protección Social. Perfil de Salud de la Población Indígena, y medición de desigualdades en salud [Pdf] Colombia 2016 [Consultado el 12 de abril de 2017] Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/Perfil-salud-pueblos-indigenas-colombia-2016.pdf>

¹² John F. Ariza-Montoya, Mario E. Hernández-Álvarez. Equidad de Etnia en el Acceso a los Servicios de Salud en Scielo Public Health - Revista de Salud Pública Print. versión ISSN 0124-00642007 [Web] Bogotá, Colombia; 2007 [Consultado el 12 de junio de 2017] Disponible en:

http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642008000600006

¹³ Convenio 485 de 2010 suscrito entre el Ministerio de Salud y Protección Social y la Organización Panamericana de la Salud. 2. Perfil Epidemiológico de Pueblos Indígenas de Colombia [Internet pdf] Colombia; 2010 [consultado el 15 de abril de 2017] Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/perfil-epidemiologico-indigenas-parte2.pdf>

¹⁴ Ministerio de Salud y Protección Social. Perfil de Salud de la Población Indígena, y medición de desigualdades en salud - Colombia 2016 [Consultado el 12 de abril de 2017] Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/Perfil-salud-pueblos-indigenas-colombia-2016.pdf>

¹⁵ Ministerio de Salud y Protección Social. Política de Atención Integral en Salud [Repositorio institucional] 2016 [Citado el 20 de abril de 2017] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/politica-integral-de-atencion-en-salud.aspx>

¹⁶ Campos N. El enfoque intercultural en la formación universitaria de recursos humanos para la salud en la región andina [en prensa] México; 2010.

¹⁷ Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 429 de 2016 “Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud” [Repositorio institucional] Colombia; 2016 [Citado el 20 de abril de 2017] Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/Paginas/politica-integral-de-atencion-en-salud.aspx>

¹⁸ Sanchez S., Trujillo J. Guzmán M. Caja de herramientas para la adecuación técnica y la pertinencia cultural de los programas, y servicios de salud pública con los pueblos indígenas, afrocolombianos y Rom. MSPS - Cooperación Técnica, OPS/OMS Colombia. En: Ministerio de Salud y Protección Social. Orientaciones y recomendaciones para la inclusión del enfoque diferencial étnico en la atención integral en salud, con pertinencia cultural [Internet pdf.] Bogotá; 2015 [Consultado el 17 de abril] Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/Anexo-tecnico-pertinencia-cultural.pdf>

¹⁹ Marín María G. Atención educativa en contextos interculturales. En: Ministerio de Educación Nacional, Dirección de Fomento para la Educación Superior. Lineamientos - Política de Educación Superior Inclusiva [Internet pdf.] Bogotá, Colombia; 2013 [Consultado el 20 de abril] Disponible en:

<http://redes.colombiaaprende.edu.co/ntg/men/pdf/Lineamientos.pdf>

²⁰ Sáez R. La educación intercultural. Universidad Complutense de Madrid. Revista de Educación, 339 (2006), pp. 859-881 [Internet pdf] Fecha de entrada: 07-10-2003; fecha de aceptación: 13-02-2004 [Consultada el 14 de abril de 2017] Disponible en: <http://www.revistaeducacion.mec.es/re339/re339a37.pdf>

²¹ *Ibíd.*

²² Ministerio de Educación Nacional, Dirección de Fomento para la Educación Superior. Lineamientos - Política de Educación Superior Inclusiva [Internet pdf.] Bogotá, Colombia; 2013 [Consultado el 20 de abril] Disponible en: <http://redes.colombiaaprende.edu.co/ntg/men/pdf/Lineamientos.pdf>

²³ Ministerio de Educación Nacional, Dirección de Fomento para la Educación Superior. Lineamientos - Política de Educación Superior Inclusiva [Internet Pdf.] Bogotá, Colombia; 2013 [Consultado el 20 de abril] Disponible en: <http://redes.colombiaaprende.edu.co/ntg/men/pdf/Lineamientos.pdf>

²⁴ Organización Panamericana de la Salud. Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas. Biblioteca Sede OPS [Internet pdf.] Washington, D.C 20037; 2008 [Consultado el 14 de abril de 2017] disponible en: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/54-VisionSaludInterculturalPI.pdf>

²⁵ Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue. Política Andina de Salud Intercultural [Internet pdf] Lima, Perú; septiembre, 2014 [Consultado el 14 de abril de 2017] disponible en: <http://www.orasconhu.org/sites/default/files/POLITICA%20ANDINA%20DE%20SALUD%20INTERCULTURAL%202014.pdf>

²⁶ *Ibíd.*

²⁷ Ministerio de Educación Nacional, Dirección de Fomento para la Educación Superior. Lineamientos - Política de Educación Superior Inclusiva [Internet pdf.] Bogotá, Colombia; 2013 [Consultado el 20 de abril] Disponible en: <http://redes.colombiaaprende.edu.co/ntg/men/pdf/Lineamientos.pdf>

²⁸ Organización Panamericana de la Salud. Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas. Biblioteca Sede OPS [Internet pdf.] Washington, D.C 20037; 2008 [Consultado el 14 de abril de 2017] disponible en: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/54-VisionSaludInterculturalPI.pdf>

²⁹ Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue. Política Andina de Salud Intercultural [Internet pdf] Lima, Perú; septiembre, 2014 [Consultado el 14 de abril de 2017] disponible en: <http://www.orasconhu.org/sites/default/files/POLITICA%20ANDINA%20DE%20SALUD%20INTERCULTURAL%202014.pdf>

³⁰ *Ibíd.*

³¹ Sanchez S., Trujillo J. Guzmán M. Caja de herramientas para la adecuación técnica y la pertinencia cultural de los programas, y servicios de salud pública con los pueblos indígenas, afrocolombianos y Rom. MSPS - Cooperación Técnica, OPS/OMS Colombia. En: Ministerio de Salud y Protección Social. Orientaciones y recomendaciones para la inclusión del enfoque diferencial étnico en la atención integral en salud, con pertinencia cultural [Internet pdf] Bogotá; 2015 [Consultado el 17 de abril] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/Anexo-tecnico-pertinencia-cultural.pdf>

³² Secretaría de Salud de México D.F. Interculturalidad en salud, experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud, 2008. En: Ministerio de Salud y Protección Social. Orientaciones y recomendaciones para la inclusión del enfoque diferencial étnico en la atención integral en salud, con pertinencia cultural

- [Internet pdf] Bogotá; 2015 [Consultado el 17 de abril] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/Anexo-tecnico-pertinencia-cultural.pdf>
- ³³ Ministerio de Educación Nacional, Dirección de Fomento para la Educación Superior. Lineamientos - Política de Educación Superior Inclusiva [Internet pdf.] Bogotá, Colombia; 2013 [Consultado el 20 de abril] Disponible en: <http://redes.colombiaaprende.edu.co/ntg/men/pdf/Lineamientos.pdf>
- ³⁴ Organización Panamericana de la Salud. Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas. Biblioteca Sede OPS [Internet pdf.] Washington, D.C 20037; 2008 [Consultado el 14 de abril de 2017] disponible en: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/54-VisionSaludInterculturalPI.pdf>
- ³⁵ Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue. Política Andina de Salud Intercultural [Internet pdf] Lima, Perú; septiembre, 2014 [Consultado el 14 de abril de 2017] disponible en: <http://www.orasconhu.org/sites/default/files/POLITICA%20ANDINA%20DE%20SALUD%20INTERCULTURAL%202014.pdf>
- ³⁶ *Ibíd.*
- ³⁷ *Ibíd.*
- ³⁸ Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue. Política Andina de Salud Intercultural [Internet pdf] Lima, Perú; septiembre, 2014 [Consultado el 14 de abril de 2017] disponible en: <http://www.orasconhu.org/sites/default/files/POLITICA%20ANDINA%20DE%20SALUD%20INTERCULTURAL%202014.pdf>
- ³⁹ Departamento Nacional de Planeación, Desarrollo Territorial Sostenible, Equipo Asuntos Étnicos. Lineamientos para la implementación del enfoque de derechos y la atención diferencial a grupos étnicos en la gestión de las entidades territoriales [Pdf.] Colombia; 2016 [citado 12 de septiembre de 2017] Disponible en: <file:///C:/Users/ybarajas/Desktop/Lineamientos%20Enfoque%20Diferencial%20C3%89TNICO%20VPublicabl e%20FINAL%20260216.pdf>
- ⁴⁰ Ministerio de Salud y Protección Social. Orientaciones y recomendaciones para la inclusión del enfoque diferencial étnico en la atención integral en salud, con pertinencia cultural [Internet pdf] Bogotá; 2015 [Consultado el 17 de abril] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/Anexo-tecnico-pertinencia-cultural.pdf>
- ⁴¹ *Ibíd.*
- ⁴² ACNUR, Agencia de la ONU para los refugiados y Ministerio de la Protección Social. Directriz de enfoque diferencial para el goce efectivo de los derechos de las personas en situación de desplazamiento con discapacidad en Colombia [Internet pdf] Colombia; 2012 [Consultado el 12 de septiembre] Disponible en: <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/BDL/2011/7536.pdf>
- ⁴³ ACNUR-Colombia. Enfoque diferencial étnico de la Oficina del ACNUR en Colombia: estrategia de transversalización y protección de la diversidad población indígena y afro colombiana [Internet pdf] Colombia; 2015 [Consultado el 12 de septiembre] Disponible en: <http://www.acnur.org/fileadmin/scripts/doc.php?file=fileadmin/Documentos/BDL/2006/4554>

⁴⁴ Ministerio de la Protección Social, Dirección General de Promoción Social, Organización Panamericana de la Salud. Insumos para la conceptualización y discusión de una política de protección social en salud para los grupos étnicos de Colombia [Internet pdf.] Bogotá, Colombia; 2013 [Consultado el 12 de septiembre] Disponible en:

http://www.paho.org/col/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-ops-oms-colombia&alias=533-insumos-conceptualizacion&Itemid=688

⁴⁵ Casttells M. La Era de la Información. El poder de la Identidad. 1997. En: Ministerio de Salud y Protección Social. Orientaciones y recomendaciones para la inclusión del enfoque diferencial étnico en la atención integral en salud, con pertinencia cultural [Internet pdf] Bogotá; 2015 [Consultado el 17 de abril] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/Anexo-tecnico-pertinencia-cultural.pdf>

⁴⁶ Ministerio de Salud y Protección Social. Orientaciones y recomendaciones para la inclusión del enfoque diferencial étnico en la atención integral en salud, con pertinencia cultural [Internet pdf] Bogotá; 2015 [Consultado el 17 de abril] Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/Anexo-tecnico-pertinencia-cultural.pdf>

⁴⁷ Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021 - La salud en Colombia la construyes tú [Internet pdf] Bogotá D.C., abril de 2013 [Consultado el 17 de abril] Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/PDSP.pdf>

⁴⁸ Ibíd.

⁴⁹ Ministerio de Salud y Protección Social. Orientaciones y recomendaciones para la inclusión del enfoque diferencial étnico en la atención integral en salud, con pertinencia cultural [Internet pdf] Bogotá; 2015 [Consultado el 17 de abril] Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/Anexo-tecnico-pertinencia-cultural.pdf>

⁵⁰ Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 429 de 2016 “Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud” [Repositorio institucional] Colombia; 2016 [Citado el 20 de abril de 2017]

Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/politica-integral-de-atencion-en-salud.aspx>

⁵¹ Ibíd.

⁵² Corte Constitucional. Sentencia T-920 de 2011 sobre el derecho a la salud y el respeto a la identidad étnica y cultural de comunidades indígenas [Web] Colombia; 2011. Pág. 1. [citado 12 de septiembre de 2017]

Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2011/T-920-11.htm>

⁵³ Ministerio de Salud y Protección Social – Biblioteca Digital. Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021 [internet] Bogotá; 2013 [citado 2 de abril de 2017] Disponible en:

<http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/PDSP.pdf>

⁵⁴ Departamento Administrativo Nacional de Estadística –DANE. Glosario Etnias [Pdf.]] Colombia [citado 24 de julio de 2017] Disponible en: https://www.dane.gov.co/files/censo2005/etnia/sys/Glosario_etnicos.pdf

⁵⁵ Departamento Nacional de Planeación, Desarrollo Territorial Sostenible, Equipo Asuntos Étnicos.

Lineamientos para la implementación del enfoque de derechos y la atención diferencial a grupos étnicos en la



MINSALUD



**TODOS POR UN
NUEVO PAÍS**

PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

gestión de las entidades territoriales [Pdf.] Colombia; 2016 [citado 12 de septiembre de 2017] Disponible en:
<file:///C:/Users/ybarajas/Desktop/Lineamientos%20Enfoque%20Diferencial%20C3%89TNICO%20Publicabl%20FINAL%20260216.pdf>