

# Base de datos sobre Legislación Indígena - BID

## Derechos a la salud

Argentina:

### 9.1 Acceso – gratuidad

**Ley 17722 de Abril 26 de 1968 por la que se aprueba la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial. Ratificada Octubre 2 de 1968.**

**Artículo 5.**

En conformidad con las obligaciones fundamentales estipuladas en el artículo 2 de la presente Convención, los Estados partes se comprometen a prohibir y eliminar la discriminación racial en todas sus formas y a garantizar el derecho de toda persona a la igualdad ante la ley, sin distinción de raza, color y origen nacional o étnico, particularmente en el goce de los derechos siguientes: [...]

**e)** Los derechos económicos, sociales y culturales, en particular: [...]

**iv)** El derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales; [...]

**Ley Número 23302 de noviembre de 1985**

**Sobre política indígena y apoyo a las comunidades aborígenes**

**Artículo 18.** La autoridad de aplicación coordinará con los gobiernos de provincia la realización de planes intensivos de salud para las comunidades indígenas, para la prevención y recuperación de la salud física y psíquica de sus miembros, creando unidades sanitarias móviles para la atención de las comunidades dispersas . Se promoverá la formación de personal especializado para el cumplimiento de la acción sanitaria en las zonas de radicación de las comunidades.

**Artículo 19.** Se declara prioritario el diagnóstico y tratamiento mediante control periódico, de las enfermedades contagiosas, endémicas y pandémicas en toda el área de asentamiento de las comunidades indígenas. Dentro del plazo de sesenta días. de promulgada la presente ley deberá realizarse un catastro sanitario de las diversas comunidades indígenas, arbitrándose los medios para la profilaxis de las enfermedades y la distribución en forma gratuita bajo control médico de los medicamentos necesarios.

**Artículo 20.** La autoridad de aplicación llevará a cabo planes de saneamiento ambiental, en especial para la provisión de agua potables,

eliminación de instalaciones inadecuadas, fumigación y desinfección, campañas de eliminación de roedores e insectos y los demás que sea necesario para asegurar condiciones higiénicas en los lugares de emplazamiento de las comunidades indígenas promoviéndose a ese efecto, la educación sanitaria de sus integrantes y el acceso a una vivienda digna.

**Artículo 21** En los planes de salud para las comunidades indígenas deberá tenerse especialmente en cuenta:

- a) La atención bucodental;
- b) La realización de exámenes de laboratorio que complementen los exámenes clínicos.
- c) La realización de exámenes cardiovasculares, a fin de prevenir la mortalidad prematura;
- d) El cuidado especial del embarazo y parto y la atención de la madre y el niño;
- e) La creación de centros de educación alimentarias y demás medidas necesarias para asegurar a los indígenas una nutrición equilibrada y suficiente;
- f) El respeto por las pautas establecidas en las Directivas de la Organización Mundial de la Salud respecto de la medicina tradicional, indígena integrando a los programas nacionales de salud a las personas que a nivel empírico realizan acciones de salud en áreas indígenas.
- g) La formación de promotores sanitarios aborígenes especializados en higiene preventiva y primeros auxilios.

Las medidas indicadas en este capítulo lo serán sin perjuicio de la aplicación de los planes sanitarios dictados por las autoridades nacionales, provinciales y municipales, con carácter general para todos los habitantes del país.

**Ley 24071 de Abril 9 de 1992 por la que se aprueba el Convenio No. 169 de 1989 de la OIT sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes. Ratificado Julio 3 de 2000**

**Artículo 7.** [...]

**2.** El mejoramiento de las condiciones de vida y de trabajo y del nivel de salud y educación de los pueblos interesados, con su participación y cooperación, deberá ser prioritario en los planes de desarrollo económico global de las regiones donde habitan. Los proyectos

especiales de desarrollo para estas regiones deberán también elaborarse de modo que promuevan dicho mejoramiento. [...]

**Artículo 25**

**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 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.

**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.

**Artículo 30.**

**1.** Los gobiernos deberán adoptar medidas acordes a las tradiciones y culturas de los pueblos interesados, a fin de darles a conocer sus derechos y obligaciones, especialmente en lo que atañe al trabajo, a las posibilidades económicas, a las cuestiones de educación y salud, a los servicios sociales y a los derechos dimanantes del presente Convenio.

**2.** A tal fin, deberá recurrirse, si fuere necesario, a traducciones escritas y a la utilización de los medios de comunicación de masas en las lenguas de dichos pueblos.

[...]

**Provincia de Formosa**

**Ley No.426 de 1984**

**Boletín Oficial, 20 de Noviembre de 1984**

**Ley Integral del Aborigen**

**Artículo 21.** A los efectos indicados en el artículo precedente, el Instituto de Comunidades Aborígenes tendrá las siguientes atribuciones: [...]

En el área salud

Sin perjuicio de las necesidades de realizaciones mayores, anualmente el Instituto implementará planes en coordinación con el Ministerio de Salud Pública sobre: [...]

c) Puesta en funcionamiento de salas de primeros auxilios y provisión de ambulancias y equipos odontológicos en las distintas comunidades.

[...]

**Provincia de Salta**

**Ley 6.373 de 1986**

**Ley de Promoción y Desarrollo Aborígen**

**Boletín Oficial, 3 de Julio de 1986**

**Artículo 30.** Se implementarán las coordinaciones y acciones necesarias para:

- a) Incrementar la infraestructura existente creando centros sanitarios con atención permanente, para la real cobertura total de la población indígena.
- b) Facilitar el acceso de jóvenes de cada grupo étnico a carreras relacionadas con la salud, medicina, enfermería, nutrición y otras.
- c) Implementar un sistema de becas de estudio a efectos de dar cumplimiento a lo establecido en el inciso anterior.
- d) Revalorizar culturalmente la medicina empírica vigente de cada grupo étnico reconociendo y respetando su aporte en conocimientos, procurando una natural inserción aborígen al sistema sanitario.
- e) Incorporar representaciones aborígenes en los Consejos Asesores sanitarios que indica la Ley 6.277, con las facultades y obligaciones que indica la misma.

[...]

**Provincia de Misiones**

**Ley No. 2.727 de 1989**

**Boletín Oficial, 27 de Diciembre de 1989**

**Deroga Ley 2.435.**

**Artículo 2.** Los beneficios resultantes de la aplicación de la Ley 23.302, de la presente Ley y su reglamentación se otorgarán a las

comunidades indígenas guaraníes que se inscriban en el registro pertinente o en casos excepcionales y por razones debidamente fundadas en forma individual a algunos de sus integrantes

**Artículo 17.** La Dirección Provincial de Asuntos Guaraníes en coordinación con las Autoridades Nacionales y Provinciales instrumentarán un plan de salud integral para las Comunidades Aborígenes.

**Artículo 18.** La Autoridad de Aplicación de la presente Ley, mediante el organismo provincial pertinente, habilitará a promotores indígenas para el desempeño de funciones de enfermería.

**Artículo 19.** La Dirección Provincial de Asuntos Guaraníes solventará los gastos en medicamentos que requiera la asistencia integral de las comunidades guaraníes.

[...]

### **Provincia de Mendoza**

#### **Ley No. 5.754 de 1991**

#### **B.O, 6 de noviembre de 1991**

#### **Adhesión de la Provincia al régimen de la Ley nacional 23302 .**

Adhesión -Ley Nacional 23302- Política Indígena- Comunidades Aborígenes- Poder Ejecutivo- Consejo de Coordinación del Estatuto de Asuntos Indígenas.

**Artículo 1.** Adhiérase la Provincia de Mendoza a la Ley 23.302 sobre "Política Indígena y Apoyo a las Comunidades Aborígenes" sancionada por el Honorable Congreso de la Nación.

**Artículo 2.** Facúltase al Poder Ejecutivo Provincial a designar un representante para integrar el Consejo de Coordinación del Instituto de Asuntos Indígenas, conforme al Art. 5, ap. 1, inc. f) de la Ley N 23.302.

**Artículo 3.** Comuníquese al Poder Ejecutivo.

[...]

### **Provincia de Río Negro**

#### **Ley 2553 de 1992**

#### **Boletín Oficial, 21 de Diciembre de 1992**

**Artículo 1.** Adhiérase a la Ley 23302 sobre política indígena y apoyo a las comunidades indígenas.

**Artículo 2.** El Poder Ejecutivo Provincial designará un representante para integrar el Consejo de Coordinación del Instituto Nacional de Asuntos Indígenas, de acuerdo a lo establecido en el artículo 5 - inciso

I - apartado f) de la Ley 23302 y artículo 9 del Decreto 155 que reglamenta la mencionada Ley.

[...]

## **Provincia de Santa Fe**

### **Ley No.11.078**

#### **Boletín Oficial, 4 de Enero de 1994**

#### **Ley de Comunidades Aborígenes**

**Artículo 30.** El Ministerio de Salud, Medio Ambiente y Acción Social , dentro de sus posibilidades presupuestarias tratará de brindar a las comunidades aborígenes los beneficios de planes especiales de salud para la prevención, atención y rehabilitación física y mental de sus miembros. Para tal fin procurará:

d) El trabajo interdisciplinario ( personal médico, promotores aborígenes de salud, comunidad ) , para el desarrollo de acciones relacionadas con la alimentación, la atención del embarazo y del parto; seguimiento de la madre y el niño durante el primer año de vida; la erradicación y control de las enfermedades endémicas; saneamiento ambiental; provisión de agua potable y mejoramiento de viviendas, campañas de vacunación y la atención buco-dental.

e) La creación y equipamiento de centros asistenciales de primeros auxilios en las comunidades o próximos a ellos.

f) La instrumentación de medios que posibiliten agilizar la comunicación y el traslado de pacientes a centros asistenciales de mayor complejidad.

g) La disponibilidad de medicamentos en los centros de salud para ser entregados en forma gratuita según las necesidades.

[...]

## **Provincia Tierra del Fuego**

### **Ley No. 235 de 1995**

#### **Boletín Oficial , 31 de Julio de 1995**

Adhesión de la Provincia a las Leyes Nacionales 14.932, 23.302 y 24071 sobre Comunidades Indígenas

Aborígen - Indígena – Comunidades Indígenas – Políticas Indígenas - Pueblos Indígenas – Apoyo a Comunidades Aborígenes - Ley 14.932- Ley 23.302-Ley 24.071.

**Artículo 1.** La Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur, adhiere a las Leyes Nacionales Nro. 14.932 sobre Comunidades Indígenas, Nro. 23.302 sobre Políticas Indígenas y Apoyo a las Comunidades Aborígenes y Nro. 24.071 sobre Pueblos Indígenas.

**Artículo 2..** Comuníquese al Poder Ejecutivo Provincial.

[...]

## 9.2 PRACTICAS TRADICIONALES

### **Ley Número 23302 de noviembre de 1985**

#### **Sobre política indígena y apoyo a las comunidades aborígenes**

**Artículo 21** En los planes de salud para las comunidades indígenas deberá tenerse especialmente en cuenta: [...]

f) El respeto por las pautas establecidas en la directiva de la organización Mundial de la salud, respecto a la medicina tradicional indígena integrando a los programas nacionales de salud a las personas que a nivel empírico realizan acciones de salud en áreas indígenas;

[...]

### **Ley 24071 de Abril 9 de 1992 por la que se aprueba el Convenio No. 169 de 1989 de la OIT sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes. Ratificado Julio 3 de 2000**

#### **Artículo 25**

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 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. [...]

[...]

### **Decreto Número 155 de febrero 2 de 1989**

#### **Reglamentación de la Ley Número 23302 de Noviembre de 1985**

**Artículo 3.** Para el cumplimiento de los fines indicados en el artículo 2o. el INSTITUTO NACIONAL DE ASUNTOS INDÍGENAS podrá coordinar, planificar, impulsar y ejecutar por sí o conjuntamente con organismos nacionales o provinciales, programas de corto, mediano y largo plazo destinado al desarrollo integral de las comunidades indígenas, incluyendo planes de salud, educación, vivienda, adjudicación, uso y explotación de tierras, promoción agropecuaria,

pesquera, forestal, minera, industrial y artesanal, desarrollo de la comercialización de sus producciones especialmente de la autóctona, tanto en mercados nacionales como externos, previsión social y en particular:

a) Elaborar y/o ejecutar, en coordinación con la SECRETARIA DE SALUD y los gobiernos provinciales, programas de prevención y asistencia sanitaria en las comunidades indígenas incluyendo conocimientos y modalidades que aporte la medicina tradicional. Se deberá otorgar prioridad a la atención de la salud infantil. Los programas de referencia, deberán estructurarse sobre el principio internacionalmente reconocido que la salud no es solamente la ausencia de enfermedades sino un estado físico, mental y social de bienestar, en el que el saneamiento ambiental y la nutrición adecuada están entre las condiciones esenciales. [...]

[...]

### **Provincia de Salta**

#### **Ley 6.373 de 1986**

#### **Ley de Promoción y Desarrollo Aborigen**

#### **Boletín Oficial, 3 de Julio de 1986**

**Artículo 30.** Se implementarán las coordinaciones y acciones necesarias para:. [...]

d) Revalorizar culturalmente la medicina empírica vigente de cada grupo étnico reconociendo y respetando su aporte en conocimientos, procurando una natural inserción aborigen al sistema sanitario.

e) Incorporar representaciones aborígenes en los Consejos Asesores sanitarios que indica la Ley 6.277, con las facultades y obligaciones que indica la misma.

[...]

### **Provincia de Misiones**

#### **Ley No. 2.727**

#### **Boletín Oficial, 27 de Diciembre de 1989**

#### **Deroga Ley 2.435.**

**Artículo 2.** Los beneficios resultantes de la aplicación de la Ley 23.302, de la presente Ley y su reglamentación se otorgarán a las comunidades indígenas guaraníes que se inscriban en el registro pertinente o en casos excepcionales y por razones debidamente fundadas en forma individual a algunos de sus integrantes

[...]

**Provincia de Santa Fe**  
**Ley No.11.078 de 1994**  
**Boletín Oficial, 4 de Enero de 1994**  
**Ley de Comunidades Aborígenes**

**Artículo 30.** El Ministerio de Salud, Medio Ambiente y Acción Social , dentro de sus posibilidades presupuestarias tratará de brindar a las comunidades aborígenes los beneficios de planes especiales de salud para la prevención, atención y rehabilitación física y mental de sus miembros. Para tal fin procurará:

La recopilación de los conocimientos herborísticos, prácticas curativas y de alimentación propia de la cultura aborígen.

[...]

**Provincia Tierra del Fuego**  
**Ley No. 235 de 1995**  
**Boletín Oficial , 31 de Julio de 1995**

Adhesión de la Provincia a las Leyes Nacionales 14.932, 23.302 y 24071 sobre Comunidades Indígenas

Aborígen - Indígena – Comunidades Indígenas – Políticas Indígenas - Pueblos Indígenas – Apoyo a Comunidades Aborígenes - Ley 14.932- Ley 23.302-Ley 24.071.

**Artículo 1.** La Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur, adhiere a las Leyes Nacionales Nro. 14.932 sobre Comunidades Indígenas, Nro. 23.302 sobre Políticas Indígenas y Apoyo a las Comunidades Aborígenes y Nro. 24.071 sobre Pueblos Indígenas.

**Artículo 2..** Comuníquese al Poder Ejecutivo Provincial.

[...]

**Provincia de Formosa**  
**Decreto No.574 de 1985**  
**Boletín Oficial 2997**  
**Reglamentación de la**  
**LeyNo. 426 de 1984 ley Integral del Aborígen**

**Artículo 21.**[...]

En el área de Salud El Instituto de Comunidades Aborígenes recogerá y sistematizará los elementos medicinales y las interpretaciones que de ellos hacen las comunidades aborígenes, con miras a su armoniosa integración con la medicina científica en dichas comunidades.

### **9.3 PROTECCIÓN DE PLANTAS MEDICINALES**

**Ley 24071 de Abril 9 de 1992 por la que se aprueba el Convenio No. 169 de 1989 de la OIT sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes. Ratificado Julio 3 de 2000**

**Artículo 25.** [...]

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. [...]

[...]

**Provincia de Santa Fe**

**Ley No.11.078**

**Boletín Oficial, 4 de Enero de 1994**

**Ley de Comunidades Aborígenes**

**Artículo 30.** El Ministerio de Salud, Medio Ambiente y Acción Social , dentro de sus posibilidades presupuestarias tratará de brindar a las comunidades aborígenes los beneficios de planes especiales de salud para la prevención, atención y rehabilitación física y mental de sus miembros. Para tal fin procurará:

a) La recopilación de los conocimientos herborísticos, prácticas curativas y de alimentación propia de la cultura aborígen. [...]

### **9.4 ATENCIÓN EN SALUD DE ACUERDO A SUS USOS Y COSTUMBRES**

**Ley Número 23302 de noviembre de 1985**

**Sobre política indígena y apoyo a las comunidades aborígenes**

**Artículo 21** En los planes de salud para las comunidades indígenas deberá tenerse especialmente en cuenta: [...]

f) El respeto por las pautas establecidas en la directiva de la organización Mundial de la salud, respecto a la medicina tradicional indígena integrando a los programas nacionales de salud a las personas que a nivel empírico realizan acciones de salud en áreas indígenas;

[...]

**Ley 24071 de Abril 9 de 1992 por la que se aprueba el Convenio No. 169 de 1989 de la OIT sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes. Ratificado Julio 3 de 2000**

#### **Artículo 25**

**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 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. [...]

[...]

#### **Provincia de Salta**

##### **Ley 6.373 de 1986**

##### **Ley de Promoción y Desarrollo Aborigen**

##### **Boletín Oficial, 3 de Julio de 1986**

**Artículo 29.** El instituto Provincial del Aborigen, en coordinación con los organismos específicos, determinará la obligatoriedad de que todos los profesionales del área sanitaria, médicos, bioquímicos, nutricionistas, enfermeros, y otros, que desarrollen sus actividades en zonas de asentamientos aborígenes, tomen previo conocimiento de los aspectos socioculturales de la población bajo su atención.

[...]

#### **Provincia de Misiones**

##### **Ley No. 2.727 de 1989**

##### **Boletín Oficial, 27 de Diciembre de 1989**

##### **Deroga Ley 2.435.**

**Artículo 2.** Los beneficios resultantes de la aplicación de la Ley 23.302, de la presente Ley y su reglamentación se otorgarán a las comunidades indígenas guaraníes que se inscriban en el registro pertinente o en casos excepcionales y por razones debidamente fundadas en forma individual a algunos de sus integrantes

[...]

#### **Provincia de Mendoza**

##### **Ley No. 5.754 de 1991**

B.O, 6 de noviembre de 1991

##### **Adhesión de la Provincia al régimen de la Ley nacional 23302 .**

Adhesión -Ley Nacional 23302- Política Indígena- Comunidades Aborígenes- Poder Ejecutivo- Consejo de Coordinación del Estatuto de Asuntos Indígenas.

**Artículo 1.** Adhiérase la Provincia de Mendoza a la Ley 23.302 sobre "Política Indígena y Apoyo a las Comunidades Aborígenes" sancionada por el Honorable Congreso de la Nación.

**Artículo 2.** Facúltase al Poder Ejecutivo Provincial a designar un representante para integrar el Consejo de Coordinación del Instituto de Asuntos Indígenas, conforme al Art. 5, ap. 1, inc. f) de la Ley N 23.302.

**Artículo 3.** Comuníquese al Poder Ejecutivo.

[...]

### **Provincia de Río Negro**

#### **Ley 2553 de 1992**

#### **Boletín Oficial, 21 de Diciembre de 1992**

Aborígenes-Instituto Nacional De Asuntos Indígenas—Consejo de Coordinación—Misión y Funciones –Adjudicación de Tierras-Vivienda-Asistencia Social - Consejo Asesor-Tierras: adjudicación-Educación-Salud-Derechos Provisionales-Vivienda - Provincia: adhesión ley 23302-

**Artículo 1.** Adhiérase a la Ley 23302 sobre política indígena y apoyo a las comunidades indígenas.

**Artículo 2.** El Poder Ejecutivo Provincial designará un representante para integrar el Consejo de Coordinación del Instituto Nacional de Asuntos Indígenas, de acuerdo a lo establecido en el artículo 5 - inciso I - apartado f) de la Ley 23302 y artículo 9 del Decreto 155 que reglamenta la mencionada Ley.

[...]

### **Provincia de Santa Fe**

#### **Ley No.11.078 de 1994**

#### **Boletín Oficial, 4 de Enero de 1994**

#### **Ley de Comunidades Aborígenes**

**Artículo 30.** El Ministerio de Salud, Medio Ambiente y Acción Social , dentro de sus posibilidades presupuestarias tratará de brindar a las comunidades aborígenes los beneficios de planes especiales de salud para la prevención, atención y rehabilitación física y mental de sus miembros. Para tal fin procurará:

a) La recopilación de los conocimientos herborísticos, prácticas curativas y de alimentación propia de la cultura aborígen.

- b) La formación de promotores de salud indígenas para la atención de sus comunidades.
- c) La capacitación de personal médico y demás integrantes de los equipos de salud para una mayor comprensión del universo sociocultural aborígen.
- d) El trabajo interdisciplinario ( personal médico, promotores aborígenes de salud, comunidad ) , para el desarrollo de acciones relacionadas con la alimentación, la atención del embarazo y del parto; seguimiento de la madre y el niño durante el primer año de vida; la erradicación y control de las enfermedades endémicas; saneamiento ambiental; provisión de agua potable y mejoramiento de viviendas, campañas de vacunación y la atención buco-dental.
- e) La creación y equipamiento de centros asistenciales de primeros auxilios en las comunidades o próximos a ellos.
- f) La instrumentación de medios que posibiliten agilizar la comunicación y el traslado de pacientes a centros asistenciales de mayor complejidad.
- g) La disponibilidad de medicamentos en los centros de salud para ser entregados en forma gratuita según las necesidades.

[...]

## **Provincia Tierra del Fuego**

### **Ley No. 235 de 1995**

#### **Boletín Oficial , 31 de Julio de 1995**

Adhesión de la Provincia a las Leyes Nacionales 14.932, 23.302 y 24071 sobre Comunidades Indígenas

Aborígen - Indígena – Comunidades Indígenas – Políticas Indígenas - Pueblos Indígenas – Apoyo a Comunidades Aborígenes - Ley 14.932- Ley 23.302-Ley 24.071.

**Artículo 1.** La Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur, adhiere a las Leyes Nacionales Nro. 14.932 sobre Comunidades Indígenas, Nro. 23.302 sobre Políticas Indígenas y Apoyo a las Comunidades Aborígenes y Nro. 24.071 sobre Pueblos Indígenas.

**Artículo 2..** Comuníquese al Poder Ejecutivo Provincial.

**BOLIVIA**

## **9.1 9 ACCESO -GRATUIDAD**

**Decreto Supremo 09345 de 13 de agosto de 1970, elevado a rango de Ley N° 1978 de Mayo 14 de 1999 por el cual se aprueba la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial. Ratificado Septiembre 22 de 1970.**

### **Artículo 5.**

En conformidad con las obligaciones fundamentales estipuladas en el artículo 2 de la presente Convención, los Estados partes se comprometen a prohibir y eliminar la discriminación racial en todas sus formas y a garantizar el derecho de toda persona a la igualdad ante la ley, sin distinción de raza, color y origen nacional o étnico, particularmente en el goce de los derechos siguientes: [...]

**e)** Los derechos económicos, sociales y culturales, en particular: [...]

**iv)** El derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales; [...]

[...]

**Ley 1257 de Julio 11 de 1991 por la que se aprueba el Convenio 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales, en Países Independientes. Ratificado Diciembre 11 de 1991.**

### **Artículo 7 .[...]**

**2.** El mejoramiento de las condiciones de vida y de trabajo y del nivel de salud y educación de los pueblos interesados, con su participación y cooperación, deberá ser prioritario en los planes de desarrollo económico global de las regiones donde habitan. Los proyectos especiales de desarrollo para estas regiones deberán también elaborarse de modo que promuevan dicho mejoramiento. [...]

### **Artículo 25**

**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 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.

**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.

#### **Artículo 30**

**1.** Los gobiernos deberán adoptar medidas acordes a las tradiciones y culturas de los pueblos interesados, a fin de darles a conocer sus derechos y obligaciones, especialmente en lo que atañe al trabajo, a las posibilidades económicas, a las cuestiones de educación y salud, a los servicios sociales y a los derechos dimanantes del presente Convenio.

**2.** A tal fin, deberá recurrirse, si fuere necesario, a traducciones escritas y a la utilización de los medios de comunicación de masas en las lenguas de dichos pueblos.

[...]

### **Decreto Supremo No. 24447 de 20 de diciembre de 1996 Reglamentario a la Ley de Participación Popular y descentralización**

**Artículo 40.** Recursos del TGN.- Serán cubiertos con recursos del Tesoro General de la Nación :

**1)** El personal médico administrativo y técnico especializado, de los establecimientos de salud, responsable de ejecutar las políticas nacionales, con excepción del personal responsable de la administración de las competencias transferidas a los Gobiernos Municipales.

**2)** El cofinanciamiento de los programas nacionales, de acuerdo a prioridades epidemiológicas, definidas por la Secretaría Nacional de Salud, en el marco de convenios específicos firmados con los Gobiernos Municipales.

**3)** La capacitación de los recursos humanos del sector.

**Artículo 41.** Recursos Municipales. **I.** Con los recursos municipales de Participación Popular y los de generación local y los centros hospitalarios y de salud, serán cubiertos los siguientes ítems:

1) Suministro de medicamentos.

2) Insumos y suministros médicos.

3) Mantenimiento y conservación de equipos médicos y vehículos de los establecimientos sanitarios.

- 4) Servicios básicos de agua, energía eléctrica, agua potable, teléfono y limpieza de los establecimientos de salud.
- 5) Mantenimiento de la infraestructura de los centros de salud.
- 6) Construcción de infraestructura médica y equipamiento.
- 7) Aportes locales de contraparte para los programas nacionales.
- 8) Material de escritorio.
- 9) Capacitación de recursos humanos municipales.
- 10) Los requerimientos de personal en forma adicional a los establecidos en el Tesoro General de la Nación para programas específicos.

**II.** Los Gobiernos Municipales presupuestarán recursos de participación popular, para infraestructura de los programas nacionales de epidemiología e inmunizaciones de acuerdo a la realidad local.

**III.** Los recursos propios o de generación local son administrados por el Gobierno Municipal, tomando en cuenta las necesidades identificadas por los Directorios Locales de Salud. Podrán ser utilizados para cubrir los requerimientos de personal en las áreas de administración y de servicios de dichos centros, en forma adicional a los financiados por el Tesoro General de la Nación.

**IV.** Toda contratación de personal será a solicitud de los Directorios Locales de Salud (DILOS).

**V.** En aplicación del artículo 8 de la Ley 1702, los gastos señalados en los parágrafos I y II del presente artículo, serán considerados como gastos elegibles para ser financiados con cargo a recursos de inversión.

**Artículo 42.** Equipamiento. **I.** El equipamiento de los centros de salud es responsabilidad de los Gobiernos Municipales. La Secretaría Nacional de Salud promoverá el cofinanciamiento con recursos internos y/o externos del Gobierno Central para gastos de equipamiento.

**II.** La Secretaría Nacional de Salud prestará asistenciatécnica para la adquisición, mantenimiento y administración de los equipos médicos quirúrgicos.

[...]

## **Ley No.2426 de Noviembre 21 de 2002**

### **Ley del Seguro Universal Materno Infantil**

#### **Artículo 1. (Objeto)**

1. Se crea el Seguro Universal Materno Infantil en todo el territorio nacional con carácter universal, integral y gratuito, para

otorgar las prestaciones de salud en los niveles de atención del Sistema de Nacional de Salud y del Sistema de Seguridad Social de Corto Plazo a:

a) Las mujeres embarazadas desde el inicio de la gestación hasta los 6 meses posteriores al parto.

b) Los niños y niñas desde su nacimiento hasta los 5 años de edad.

II. Las prestaciones del Seguro Universal Materno Infantil, cuando corresponda, se adecuarán y ejecutaran mediante la medicina tradicional Boliviana donde los usos y costumbres de los pueblos indígenas, originarios y campesinos de Bolivia, sea de elección.

III. El Seguro Materno Infantil, es una prioridad de la Estrategia Boliviana de Reducción a la Pobreza.

## **Artículo 2. (Responsabilidades)**

**I.** El Ministerio de Salud y Previsión Social, como la Autoridad Nacional de Salud, tiene la responsabilidad de reglamentar, regular, coordinar, supervisar y controlar la aplicación del Seguro Universal Materno Infantil en todos los niveles establecidos.

**II.** Las disposiciones de esta Ley son de orden público, tienen carácter obligatorio y coercitivo para todo el Sistema Nacional de Salud, Prefecturas, Gobiernos Municipales, el Sistema de Seguridad Social de Corto Plazo, y, sin excepción alguna, para todas las Cajas de Salud y aquellas Instituciones sujetas a convenio.

**III.** Los Gobiernos Municipales tienen la responsabilidad de implementar el Seguro Universal Materno Infantil.

[...]

## **Decreto Supremo Número 26330 de septiembre 22 del 2001**

### **Seguro Básico de Salud Indígena y Originario**

**Artículo 1.** Se implementará el Seguro Básico de Salud Indígena y Originario en coordinación con la CSUTCB y sus respectivas Federaciones Departamentales, CIDOB y sus organizaciones a las cuales representa y otras Organizaciones Indígenas Originarias; en base al Seguro Básico de Salud creado mediante el Decreto Supremo Nú.25265.

**Artículo 2.** La implementación del Seguro Básico de Salud Indígena y originario permitirá: la vigencia y otorgación de Carnets de afiliación, mecanismos y procedimientos de coordinación con la CSUTCB y sus respectivas Federaciones Departamentales, CIDOB y sus

organizaciones a las cuales representa, y otras Organizaciones Indígenas y originarias.

**Artículo 3.** Por el presente Decreto Supremo, se debe delegar la afiliación a las Organizaciones Indígenas y originarias, según la jurisdicción y competencia de los municipios a los que pertenezca la organización de base.

**Artículo 4.** El Ministerio de Salud y Previsión Social realizará campañas de información del Seguro Básico de Salud Indígena y Originarios con el fin de difundir los beneficios del seguro.

[...]

### **Decreto Supremo Número 26333 de septiembre 22 del 2001**

**Artículo 1. (Objeto).** El objeto del presente Decreto Supremo es crear un Consejo interinstitucional encargado de realizar un estudio de factibilidad que permita establecer un Seguro Social Indígena y Originario de Largo Plazo.

**Artículo 2. (Conformación).** El Consejo Interinstitucional del seguro Social Indígena y originario de Largo Plazo, estará conformado por un representante del Ministerio de Hacienda, uno del Ministerio sin Cartera responsable de los Asuntos Campesinos, Pueblos Indígenas y originarios, uno del Ministerio de Salud y Previsión Social, un representante de la Superintendencia de Pensiones, valores y Seguros, y uno de la Confederación Sindical Unica de Trabajadores Campesinos de Bolivia CSUTCB

**Artículo 3. (Plazo)** El Consejo Interinstitucional del seguro Social Indígena y originario de Largo Plazo, deberá presentar el estudio de factibilidad terminado, en un plazo de 90 días, computables a partir de la legal acreditación de los representantes de cada sector mencionado.

**Artículo 4. (Duración).** El Consejo Interinstitucional del Seguro social Indígena y Originario de Largo Plazo, tendrá carácter temporal hasta que cumpla con todos los fines para los que fue creado.

**Artículo 5. (Disposición Final).** La creación del Consejo interinstitucional del seguro Social Indígena y Originario, no constituirá ninguna carga adicional al tesoro general de la Nación asimismo no implicará crecimiento burocrático de ninguna naturaleza.

**Artículo 6. (Vigencia de Normas).** Se abroga y derogan todas las disposiciones contrarias al presente Decreto Supremo.

[...]

### **Decreto Supremo 26874 de Diciembre 21 de 2002**

## **Reglamento de las Prestaciones y Gestión del Seguro Universal Materno Infantil**

**Artículo 1.(Personas Afiliadas).** I. Las personas afiliadas al Seguro Universal Materno Infantil - SUMI, son:  
a. Mujeres embarazadas desde el inicio de la gestación hasta los seis meses después del parto.  
b. Niñas y niños desde su nacimiento hasta los cinco años cumplidos.  
II. Las personas afiliadas al SUMI son todos los bolivianos y extranjeros, con visa de residencia en el país.

**Artículo 8. (Usos y Costumbres).** Las prestaciones del SUMI en los tres niveles de atención se adecuan a los usos, costumbres, idiomas y lenguas de los pueblos campesinos, indígenas y originarios, respetando la identidad, base cultural y con enfoque de género.

[...]

### **Resolución Ministerial No. 0030 de 18 de Enero de 2002**

#### **Reglamento del Seguro Básico de Salud Indígena y Originario (SBS-10)**

**Artículo 1.** (De los componentes del SBS Indígena y originario) El SBS - IO, tendrá los siguientes componentes:

**I.Aseguramiento.** Extensión del sistema de aseguramiento público, con nuevas prestaciones incorporadas al Seguro Básico de Salud, que promuevan: La adecuación cultural, el reconocimiento del equilibrio del cuerpo, el espíritu y el medio, la multiculturalidad en salud.

**II.Interculturalidad.** Con el desarrollo de oficinas interculturales en salud, (yanapiris: el que ayuda) que promuevan y faciliten la atención en los servicios y programas de salud, así como otras acciones que promuevan la interculturalidad.

**III.Auxiliares Comunitarios de Salud.** Para articular el sistema comunitario, organización de la demanda de servicios y promuevan la salud y la vida en los municipios seleccionados.

**IV.Farmacopea Nativa.** Que promueva la utilización científica, difusión, consumo, incorporación, investigación y comercialización de plantas medicinales, medicamentos y sustancias originarias en salud.

**V.Brigadas Integrales en Salud.** Equipos móviles e itinerantes de salud, para la extensión de los servicios a las comunidades indígenas y originarias, dispersas y alejadas en los municipios seleccionados.

**VI.Fomento de Hábitos Nutricionales Tradicionales.** Que promueva, desarrolle y facilite, conocimientos, actitudes y prácticas nutricionales saludables en todo el país y a nivel internacional, a través del consumo de alimentos tradicionales de cada piso ecológico, como la quinua y otros, de alto valor nutricional.

**VII.Desarrollo de Servicios de Salud y Medicina Tradiciona en los Municipios Seleccionados,** que fortalezcan la oferta de servicios, culturalmente adecuados para la población indígena y originaria del país, incorporando y extendiendo coberturas, programas y políticas de salud aplicadas. Así como la adecuación de equipamiento en infraestructura a la práctica y costumbres aceptadas por la población beneficiaria.

**VIII.Capacitación** destinada a formar profesionales indígenas y originarios en salud, así como a desarrollar políticas, programas adecuados a la población indígena y originaria.

**IX.Calidad de Atención y Adecuación de la Oferta,** que en base a una visión comunitaria de la calidad, incluyan en la práctica diaria de los servicios de salud, medicina tradicional, respeto a la cultura, utilización de las propias lenguas y bilingüismo en la prestación de servicios, así como la incorporación de hábitos saludables tradicionales en la población boliviana, así como adecuada práctica profesional tradicional y occidental.

**X.Fortalecimiento de Capital Social, Redes y Gobiernos Municipales que promuevan la Salud con Identidad.** Que en el marco de las organizaciones tradicionales y de las estructuras de Gobierno del país, se fortalezca la visión y misión de la salud con identidad, promoviendo participativamente, planificación estratégica y local, así como un permanente empoderamiento de las comunidades y población beneficiarias por la salud y la vida.

[...]

**Artículo 2.(De la adscripción al SBS Indígena y originario)**

Los Gobiernos Municipales a los que pertenecen los Pueblos Indígenas y Originarios, incorporarán a la población de su jurisdicción a los beneficios del SBS - IO, que será financiado con los recursos del Fondo Local Compensatorio de Salud (FLCS), del SBS creado mediante Decreto Supremo 25265 de Diciembre de 1998.

**Artículo 3.** (De la población asegurada y afiliación al SBS Indígena y Originario)

**I.** Complementariamente a las 92 prestaciones del Seguro Básico de Salud, en anexo se incorporan adicionalmente 10 prestaciones para la población de los municipios que se mencionan en el anexo 1 del presente reglamento. Están asegurados y protegidos por el SBS Indígena y Originario, todas las niñas y niños menores de 5 años,

mujeres en edad fértil, inicialmente se iniciaran con los municipios comprendidos en el anexo 1; posteriormente el Ministerio de Salud y Previsión Social podrá incrementar el número de municipios según necesidades de la población.

**II.** Se crea el carnét de afiliación del Seguro Básico de Salud Indígena y Originario

**III.** Podrán realizar la afiliación, la CSUTCB, CIDOB, CNMBS y otras Organizaciones Indígenas y Originarias reconocidas, así como los municipios comprendidos en el anexo 1.

**IV.** El Gobierno Municipal compartirá la función de carnetización con las organizaciones mencionadas en el inciso II y otras organizaciones de base.

**V.** La presentación del carnét por parte del usuario no es indispensable en la primera atención, pero deberá exigirse el mismo en las atenciones posteriores, para su registro.

**VI.** El único instrumento de afiliación válido para la atención del SBS Indígena y Originario es el carnét diseñado para tal fin y emitido por el Ministerio de Salud y Previsión Social. Se prohíbe la emisión de carnés complementarios para la atención en el SBS Indígena y Originario. [...]

**Artículo 5.** (De las tarifas vigentes)

**I.** Las tarifas establecidas en el presente Reglamento entran en vigencia en todo el territorio nacional a partir de la promulgación de la Resolución Ministerial correspondiente.

**II.** Las prestaciones tienen tarifas fijas para el reembolso por el Gobierno Municipal, no pudiendo realizarse cobros adicionales a los usuarios ni al municipio.

**III.** La Unidad Nacional de Gestión del SBS revisará anualmente las tarifas y las prestaciones del SBS Indígena y Originario.

**Artículo 6.** (De los Instrumentos del SBS Indígena y Originario y sus proveedores)

Los instrumentos del SBS Indígena y Originario son los siguientes:

1. Carnét de afiliación
2. Libro de afiliación
3. CAPO del SBS-IO
4. Formulario de atención ambulatoria
5. Boleta de referencia y contra referencia (se utilizará el mismo formulario del SBS)

Todos estos instrumentos estarán provistos por la UNG/SBS, a excepción del número 5.

**Artículo 7.** (Del llenado de formularios)

**I.** El establecimiento de salud más cercano a la comunidad proporcionará al médico tradicional los instrumentos administrativos para el cobro de las prestaciones.

**II.** El llenado de los formularios podrá realizarse con la participación del

agente comunitario en caso necesario.

**III.** El formulario de atención ambulatoria donde se registrarán las atenciones efectuadas deberán tener el visto bueno de la autoridad comunal correspondiente, certificando de esta manera la veracidad de las prestaciones efectuadas, a excepción del CAPO llenado por el establecimiento de salud.

**IV.** Las prestaciones efectuadas durante el mes deberán ser consolidadas en el CAPO, en original y tres copias y enviado junto con la documentación respaldatoria al establecimiento o distrito de salud que corresponda a la comunidad, para el cobro al Gobierno Municipal correspondiente.

**V.** Para gestionar el reembolso municipal, el responsable de administración del distrito enviará el quinto día hábil del mes al Gobierno Municipal de su jurisdicción el original de los CAPOS de cada comunidad con los originales de los formularios.

**VI.** El distrito de salud se quedará con una copia del o los CAPOS y formularios para efectuar el seguimiento y control sobre las prestaciones declaradas.

**VII.** El distrito de salud podrá delegar la función de cobro a los jefes de área de los establecimientos que por razones geográficas tengan mejor acceso al Gobierno Municipal que al distrito de salud.

**Artículo 8.** ( del proceso de reembolso municipal)

**I.** El Gobierno Municipal recibirá los CAPOS con los originales de los formularios de registro y deberá cancelar la totalidad del monto de los CAPOS registrado por médicos tradicionales o establecimientos de salud. El Gobierno Municipal tiene 10 días hábiles desde la recepción del CAPO para emitir los cheques correspondientes.

**II.** El Gobierno Municipal enviará los cheques al distrito de salud, excepto en el caso de que la jefatura de área se encuentre más cercana al Gobierno Municipal.

**III.** Los Gobiernos Municipales no deberán pagar las prestaciones realizadas en medicamentos ni especies, debiendo hacerlo solamente en recursos financieros sean estos en efectivo o cheque.

**IV.** El distrito de salud una vez recibido el cheque, será el responsable del pago a los médicos tradicionales de acuerdo a los CAPOS presentados. [...]

**Artículo 12.** (De los actores y roles)

**I. En el ámbito Nacional:**

**a)** La gestión del SBS Indígena y Originario está a cargo de la Unidad Nacional de Gestión del Seguro Básico de Salud (UNG/SBS) dependiente del Viceministerio de Salud del MSPS y de la Dirección General de Servicios de Salud (DGSS). Tiene la función de: dictar normas, procedimientos técnicos y administrativos, coordinar con las organizaciones indígenas y originarias a nivel nacional, actividades con los Directores de los SEDES, realizar el seguimiento, evaluación técnica y administrativa en el ámbito nacional.

**II. En el ámbito departamental:**

**a)** La gestión del SBS Indígena y Originario está a cargo de los Servicios Departamentales de Salud (SEDES) a través de la Unidad Departamental de Gestión del Seguro Básico de Salud. Tiene la función de coordinar las actividades del SBS Indígena y Originario en los distritos de salud y todos los establecimientos de su red de servicios; efectuar seguimiento del sistema de vigilancia de calidad de atención, coberturas y coordinar

con las organizaciones indígenas y originarias departamentales.  
**b)** El responsable del SBS en cada SEDES es el encargado de informar mensualmente a la Unidad Nacional de Gestión del SBS, SBS Indígena y Originario, sobre el estado de afiliación por municipio, la ejecución financiera por municipio, el reembolso y deuda municipal, y las prestaciones declaradas en los Certificados Agregados de Prestaciones Otorgadas (CAPOS).

**III. En el ámbito distrital:**

La gestión del SBS Indígena y Originario está a cargo de la Dirección del Distrito de Salud . Tiene las funciones de articular la red de servicios de salud, recopilar, revisar y enviar a los Gobiernos Municipales la documentación de las prestaciones realizadas por los médicos tradicionales de su jurisdicción para su reembolso por los gobiernos municipales.

**I. En el ámbito municipal:**

El Gobierno Municipal es el financiador y cumple además las funciones de controlar el proceso de afiliación y fiscalización del SBS Indígena y Originario.

## **9.2 PRACTICAS TRADICIONALES**

### **Ley 1257 de Julio 11 de 1991 por la que se aprueba el Convenio 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales, en Países Independientes. Ratificado Diciembre 11 de 1991.**

#### **Artículo 25**

**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 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. [...]

[...]

### **Resolución Ministerial No. 0030 de 18 de Enero de 2002**

#### **Reglamento del Seguro Básico de Salud Indígena y Originario (SBS-10)**

**Artículo 1.** (De los componentes del SBS Indígena y originario) El SBS - IO, tendrá los siguientes componentes:

**I. Aseguramiento.** Extensión del sistema de aseguramiento público,

con nuevas prestaciones incorporadas al Seguro Básico de Salud, que promuevan: La adecuación cultural, el reconocimiento del equilibrio del cuerpo, el espíritu y el medio, la multiculturalidad en salud.

**II. Interculturalidad.** Con el desarrollo de oficinas interculturales en salud, (yanapiris: el que ayuda) que promuevan y faciliten la atención en los servicios y programas de salud, así como otras acciones que promuevan la interculturalidad.

**III. Auxiliares Comunitarios de Salud.** Para articular el sistema comunitario, organización de la demanda de servicios y promuevan la salud y la vida en los municipios seleccionados.

**IV. Farmacopea Nativa.** Que promueva la utilización científica, difusión, consumo, incorporación, investigación y comercialización de plantas medicinales, medicamentos y sustancias originarias en salud.

**V. Brigadas Integrales en Salud.** Equipos móviles e itinerantes de salud, para la extensión de los servicios a las comunidades indígenas y originarias, dispersas y alejadas en los municipios seleccionados.

**VI. Fomento de Hábitos Nutricionales Tradicionales.** Que promueva, desarrolle y facilite, conocimientos, actitudes y prácticas nutricionales saludables en todo el país y a nivel internacional, a través del consumo de alimentos tradicionales de cada piso ecológico, como la quinua y otros, de alto valor nutricional.

**VII. Desarrollo de Servicios de Salud y Medicina Tradicional en los Municipios Seleccionados,** que fortalezcan la oferta de servicios, culturalmente adecuados para la población indígena y originaria del país, incorporando y extendiendo coberturas, programas y políticas de salud aplicadas. Así como la adecuación de equipamiento en infraestructura a la práctica y costumbres aceptadas por la población beneficiaria.

**VIII. Capacitación** destinada a formar profesionales indígenas y originarios en salud, así como a desarrollar políticas, programas adecuados a la población indígena y originaria.

**IX. Calidad de Atención y Adecuación de la Oferta,** que en base a una visión comunitaria de la calidad, incluyan en la práctica diaria de los servicios de salud, medicina tradicional, respeto a la cultura, utilización de las propias lenguas y bilingüismo en la prestación de servicios, así como la incorporación de hábitos saludables tradicionales en la población boliviana, así como adecuada práctica profesional tradicional y occidental.

**X.Fortalecimiento de Capital Social, Redes y Gobiernos Municipales que promuevan la Salud con Identidad.** Que en el marco de las organizaciones tradicionales y de las estructuras de Gobierno del país, se fortalezca la visión y misión de la salud con identidad, promoviendo participativamente, planificación estratégica y local, así como un permanente empoderamiento de las comunidades y población beneficiarias por la salud y la vida.  
[...]

### **9.3 PROTECCIÓN DE PLANTAS MEDICINALES**

**Ley 1257 de Julio 11 de 1991 por la que se aprueba el Convenio 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales, en Países Independientes. Ratificado Diciembre 11 de 1991.**

**Artículo 25[...]**

**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. [...]  
[...]

**Resolución Ministerial No. 0030 de 18 de Enero de 2002  
Reglamento del Seguro Básico de Salud Indígena y Originario (SBS-10)**

**Artículo 1.** (De los componentes del SBS Indígena y originario) El SBS - IO, tendrá los siguientes componentes: [...]

**IV. FARMACOPEA NATIVA.** Que promueva la utilización científica, difusión, consumo, incorporación, investigación y comercialización de plantas medicinales, medicamentos y sustancias originarias en salud.  
[...]

### **9.4 ATENCIÓN EN SALUD DE ACUERDO A SUS USOS Y COSTUMBRES**

**Ley 1257 de Julio 11 de 1991 por la que se aprueba el Convenio 169 de la OIT**

**sobre Pueblos Indígenas y Tribales, en Países Independientes. Ratificado Diciembre 11 de 1991.**

**Artículo 25**

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 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. [...]

[...]

### **Ley No.1493 de Septiembre 17 de 1993.**

#### **Ley de Ministerios del poder Ejecutivo**

**Artículo 19.** Compete al Ministerio de Desarrollo Humano actuar en todo lo inherente al desarrollo, la formación, el bienestar y la calidad de vida de las personas, asegurando la compatibilidad de sus actos con las estrategias aprobadas por el Presidente de la República, y en particular: [...]

f) Formular, instrumentar y fiscalizar políticas y programas en salud incluyendo la prevención protección y recuperación de la salud, así como nutrición, saneamiento e higiene; en el desarrollo rural y social de las comunidades y pueblos originarios, preservando su identidad y organización; en el desarrollo urbano con el estímulo de la construcción de la vivienda social, y atender los problemas de la marginalidad urbana y rural. [...]

[...]

### **Ley No.2426 de Noviembre 21 de 2002**

#### **Ley del Seguro Universal Materno Infantil**

##### **Artículo 1. (Objeto)**

1. Se crea el Seguro Universal Materno Infantil en todo el territorio nacional con carácter universal, integral y gratuito, para otorgar las prestaciones de salud en los niveles de atención del Sistema de Nacional de Salud y del Sistema de Seguridad Social de Corto Plazo a:

a) Las mujeres embarazadas desde el inicio de la gestación hasta los 6 meses posteriores al parto.

b) Los niños y niñas desde su nacimiento hasta los 5 años de edad.

II. Las prestaciones del Seguro Universal Materno Infantil, cuando corresponda, se adecuarán y ejecutaran mediante la medicina tradicional Boliviana donde los usos y costumbres de los pueblos indígenas, originarios y campesinos de Bolivia, sea de elección.

III. El Seguro Materno Infantil, es una prioridad de la Estrategia Boliviana de Reducción a la Pobreza.

[...]

## **Decreto Supremo 26874 de Diciembre 21 de 2002 Reglamento de las Prestaciones y Gestión del Seguro Universal Materno Infantil**

**Artículo 1.(Personas Afiliadas).** I. Las personas afiliadas al Seguro Universal Materno Infantil - SUMI, son:  
a. Mujeres embarazadas desde el inicio de la gestación hasta los seis meses después del parto.  
b. Niñas y niños desde su nacimiento hasta los cinco años cumplidos.  
II. Las personas afiliadas al SUMI son todos los bolivianos y extranjeros, con visa de residencia en el país.

**Artículo 8. (Usos y Costumbres).** Las prestaciones del SUMI en los tres niveles de atención se adecuan a los usos, costumbres, idiomas y lenguas de los pueblos campesinos, indígenas y originarios, respetando la identidad, base cultural y con enfoque de género.

[...]

## **Resolución Ministerial No. 0030 de 18 de Enero de 2002 Reglamento del Seguro Básico de Salud Indígena y Originario (SBS-10)**

### **Artículo 4. (De las prestaciones)**

**I.** El SBS-IO cubre la atención ambulatoria de enfermedades que afectan a los menores de 5 años y mujeres en edad fértil, dentro de las prestaciones descritas en el presente Reglamento.

**II.** Las prestaciones consisten en atenciones que incluyen consulta y medicamentos de la farmacopea nativa.

**4.1.** Atención a la Niñez, incluye un conjunto de prestaciones de salud, dirigidas a los menores de cinco años.

No.	Prestaciones	Tarifa	en Bolivianos
1	Bronquitis aguda	- Ch'aki	ch'aju 2
2	Diarrea	- K'echa	onkoy 1.5
3	Parasitosis	- Khurus	o K'uyk'as 2
4	Conjuntivitis-	Mal de	ojo 2
5	Foliculitis	-	Ch'upu 2
6	Mal de susto- ánimo	sarjkata	o mal de ajayu 2.5
7	Sarcoptosis - Rasca rasca - Rasca palomita		3

**4.2.** Atención a la Mujer y Recién Nacido, comprende prestaciones de salud, orientadas a lograr una maternidad segura y un recién nacido sano.

No°	Prestaciones	Tarifa	en Bolivianos
8	Referencia de establecimientos de	de pacientes salud,	embarazadas para atención del parto° 10

9 Entrega de la Placenta\* 0.50  
10 Certificado de Nacimiento\*\* 17

° La prestación 8 corresponde a mujeres embarazadas que sean referidas por el médico tradicional para la atención del parto en establecimientos de salud, para lo cual debe llenarse el formulario de referencia. El médico tradicional que refiera deberá tener como constancia la boleta de contrarreferencia para el cobro de la prestación.

\* La prestación 9 será realizada exclusivamente en establecimientos de salud. El establecimiento que atendió el parto, deberá entregar la placenta en una bolsa de plástico a la paciente o familiar que la reclame, el costo de esta prestación deberá ser incluido en el CAPO del SBSIO, para ser pagado por el municipio

\*\* Los beneficios de la prestación 10, solo se obtendrá cuando el parto sea institucional. que se entregará a la madre o al familiar. El establecimiento de salud es el responsable de realizar el tramite correspondiente para la otorgación de dicho beneficio. Igualmente esta prestación debe ser incluida en el CAPO; para esta prestación se elaborara una reglamentación complementaria en un plazo de 30 días.

- Para las prestaciones 9 y 10, el establecimiento de salud deberá tener un libro de registro donde especificará el nombre y apellido del usuario; la prestación otorgada, la fecha y como constancia la firma de conformidad del asegurado o un familiar.

Artículo 9° (De los prestadores)

**I.** Las prestaciones del SBS Indígena y Originario serán realizadas tanto por los médicos tradicionales (Amautas, Kolliris, Huatos, Yatiris, Qhaqadores, Jampiris, Kakoris, Aysiris, Chamanes, Ipayes) reconocidos según RM 231/87, como por personal institucional de los establecimientos de salud de acuerdo a la siguiente norma:

- Prestaciones 1,2,3,4,5,6,7,8 por médicos tradicionales
- Prestaciones 9 y 10 por personal institucional en servicios de salud.

**II.** Los médicos tradicionales deberán actualizar o realizar su inscripción en el SEDES correspondiente, otorgándosele un plazo de 90 días a partir de la fecha para realizar su inscripción de forma gratuita. Únicamente los acreditados, podrán efectuar cobros del SBS-IO por las prestaciones.

**III.** El SEDES con las representaciones de las organizaciones indígenas y originarias departamentales deberán elaborar la normativa de inscripción en un plazo de 30 días en base a la RM 231/87.

**IV.** El médico tradicional solo esta autorizado a realizar atenciones dentro de la comunidad en la que es reconocido, en caso de traslado o cambio de dirección deberá realizar un nuevo trámite ante el SEDES correspondiente

**Artículo 10. (Del acceso y las referencias)**

**I.** El acceso al SBS Indígena y Originario será a través de los médicos tradicionales de la comunidad a la que pertenece el asegurado/a y/o los establecimientos de salud correspondientes.

**II.** El médico tradicional podrá referir pacientes obstétricas, cuando no pueda solucionar la enfermedad a los centros o puestos de salud más cercanos a su comunidad, para tal efecto deberá llenar el formulario correspondiente.

**III.** En caso de emergencias en las prestaciones del SBS Indígena y Originario, la atención será inmediata e inexcusable en todos los niveles de atención.

**IV.** Los centros o puestos de salud que reciban pacientes referidos deberán atenderlos de manera obligatoria e inexcusable. En caso de comprobada imposibilidad de dar la atención correspondiente, éste servicio deberá garantizar la atención del paciente acompañando la referencia a otro servicio con capacidad de resolución del problema.

**Artículo 11. (Del traslado de embarazadas)**

El médico tradicional podrá solicitar el traslado de mujeres embarazadas a los establecimientos públicos de salud para la atención del parto, por esta derivación el médico tradicional recibirá un incentivo de 10 Bs. Que deberá ser registrado en el CAPO

**BRASIL**

## 9 SALUD

### 9.1 ACCESO -GRATUIDAD

#### **Lei No.6001 de 19 de dezembro de 1973**

##### **Dispõe sobre o Estatuto do Índio**

**Art. 54.** Os índios têm direito aos de proteção à saúde facultados à comunhão nacional

Parágrafo único. Na infância, na maternidade, na doença e na velhice, deve ser assegurada ao silvícola especial assistência dos poderes públicos, em estabelecimentos a esse fim destinados.

**Art. 55.** O regime geral da previdência social será extensivo aos índios, atendidas as condições sociais, econômicas e culturais das comunidades beneficiadas.

[...]

**Decreto No. 65810 de 8 de Dezembro de 1969 que aprova o Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial. Ratificação a 27 de Março de 1968.**

##### **Artigo 5.**

De acordo com as obrigações fundamentais enunciadas no Artigo 2.º da presente Convenção, os Estados Partes obrigam-se a proibir e a eliminar a discriminação racial, sob todas as suas formas, e a garantir o direito de cada um à igualdade perante a lei sem distinção de raça, de cor ou de origem nacional ou étnica, nomeadamente no gozo dos seguintes direitos: [...]

e) Direitos económicos, sociais e culturais, nomeadamente:

iv) Direito à saúde, aos cuidados médicos, à segurança social e aos serviços sociais;

[...]

#### **Lei No 9.836, de 23 de Setembro de 1999**

**Acrescenta dispositivos à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.**

**Art. 1.** A [Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990](#), passa a vigorar acrescida do seguinte Capítulo V ao Título II – Do Sistema Único de Saúde:

"Capítulo V

**Do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena**

**Art. 19-A.** As ações e serviços de saúde voltados para o atendimento das populações indígenas, em todo o território nacional, coletiva ou individualmente, obedecerão ao disposto nesta Lei.

**Art. 19-B.** É instituído um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, componente do Sistema Único de Saúde – SUS, criado e definido por esta Lei, e pela Lei no 8.142, de 28 de dezembro de 1990, com o qual funcionará em perfeita integração.

**Art. 19-C.** Caberá à União, com seus recursos próprios, financiar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

**Art. 19-D.** O SUS promoverá a articulação do Subsistema instituído por esta Lei com os órgãos responsáveis pela Política Indígena do País.

**Art. 19-E.** Os Estados, Municípios, outras instituições governamentais e não-governamentais poderão atuar complementarmente no custeio e execução das ações.

**Art. 19-F.** Dever-se-á obrigatoriamente levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional.

**Art. 19-G.** O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena deverá ser, como o SUS, descentralizado, hierarquizado e regionalizado.

**§ 1º** O Subsistema de que trata o caput deste artigo terá como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

**§ 2º.** O SUS servirá de retaguarda e referência ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, devendo, para isso, ocorrer adaptações na estrutura e organização do SUS nas regiões onde residem as populações indígenas, para propiciar essa integração e o atendimento necessário em todos os níveis, sem discriminações.

**§ 3º.** As populações indígenas devem ter acesso garantido ao SUS, em âmbito local, regional e de centros especializados, de acordo com suas necessidades, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde.

**Art. 19-H.** As populações indígenas terão direito a participar dos organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, tais como o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, quando for o caso."

**Art. 2.** O Poder Executivo regulamentará esta Lei no prazo de noventa dias.

**Art. 3.** Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

[...]

**Decreto Legislativo No.143, de 20- 6- 2002.**

**Aprova o texto da Convenção nº 169 da Organização Internacional do Trabalho sobre os povos indígenas e tribais em países independentes. Ratificou em Genebra em 25 de julho de 2002.**

**Artigo 7.[...]**

**2.** A melhoria das condições de vida e de trabalho e do nível de saúde e educação dos povos interessados, com a sua participação e cooperação, deverá ser prioritária nos planos de desenvolvimento econômico global das regiões onde eles moram. Os projetos especiais de desenvolvimento para essas regiões também deverão ser elaborados de forma a promoverem essa melhoria.

**Artigo 25.**

**1.** Os governos deverão zelar para que sejam colocados à disposição dos povos interessados serviços de saúde adequados ou proporcionar a esses povos os meios que lhes permitam organizar e prestar tais serviços sob a sua própria responsabilidade e controle, a fim de que possam gozar do nível máximo possível de saúde física e mental.

**2.** Os serviços de saúde deverão ser organizados, na medida do possível, em nível comunitário. Esses serviços deverão ser planejados e administrados em cooperação com os povos interessados e levar em conta as suas condições econômicas, geográficas, sociais e culturais, bem como os seus métodos de prevenção, práticas curativas e medicamentos tradicionais.

**3.** O sistema de assistência sanitária deverá dar preferência à formação e ao emprego de pessoal sanitário da comunidade local e se centrar no atendimento primário à saúde, mantendo ao mesmo tempo estreitos vínculos com os demais níveis de assistência sanitária.

**4.** A prestação desses serviços de saúde deverá ser coordenada com as demais medidas econômicas e culturais que sejam adotadas no país.

**Artigo 30.**

**1.** Os governos deverão adotar medidas de acordo com as tradições e culturas dos povos interessados, a fim de lhes dar a conhecer seus direitos e obrigações especialmente no referente ao trabalho e às possibilidades econômicas, às questões de educação e saúde, aos serviços sociais e aos direitos derivados da presente Convenção.

**2.** Para esse fim, dever-se-á recorrer, se for necessário, a traduções escritas e à utilização dos meios de comunicação de massa nas línguas desses povos.

[...]

**Decreto No 3.156 de 27 de Agosto de 1999.**

**Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, pelo Ministério da Saúde, altera dispositivos dos Decretos nºs 564, de 8 de junho de 1992, e 1.141, de 19 de maio de 1994, e dá outras providências**

**Art. 1.** A atenção à saúde indígena é dever da União e será prestada de acordo com a Constituição e com a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, objetivando a universalidade, a integralidade e a equanimidade dos serviços de saúde.

**Parágrafo único.** As ações e serviços de saúde prestados aos índios pela União não prejudicam as desenvolvidas pelos Municípios e Estados, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

**Art. 2.** Para o cumprimento do disposto no artigo anterior, deverão ser observadas as seguintes diretrizes destinadas à promoção, proteção e recuperação da saúde do índio, objetivando o alcance do equilíbrio bio-psico-social, com o reconhecimento do valor e da complementariedade das práticas da medicina indígena, segundo as peculiaridades de cada comunidade, o perfil epidemiológico e a condição sanitária:

I - o desenvolvimento de esforços que contribuam para o equilíbrio da vida econômica, política e social das comunidades indígenas;

II - a redução da mortalidade, em especial a materna e a infantil;

III - a interrupção do ciclo de doenças transmissíveis;

IV - o controle da desnutrição, da cárie dental e da doença periodontal;

V - a restauração das condições ambientais, cuja violação se relacione diretamente com o surgimento de doenças e de outros agravos da saúde;

**VI** - a assistência médica e odontológica integral, prestada por instituições públicas em parceria com organizações indígenas e outras da sociedade civil;

**VII** - a garantia aos índios e às comunidades indígenas de acesso às ações de nível primário, secundário e terciário do Sistema Único de Saúde - SUS;

**VIII** - a participação das comunidades indígenas envolvidas na elaboração da política de saúde indígena, de seus programas e projetos de implementação; e

**IX** - o reconhecimento da organização social e política, dos costumes, das línguas, das crenças e das tradições dos índios.

**Parágrafo único.** A organização das atividades de atenção à saúde das populações indígenas dar-se-á no âmbito do Sistema Único de Saúde e efetivar-se-á, progressivamente, por intermédio dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, ficando assegurados os serviços de atendimento básico no âmbito das terras indígenas.

**Art. 3** O Ministério da Saúde estabelecerá as políticas e diretrizes para a promoção, prevenção e recuperação da saúde do índio, cujas ações serão executadas pela Fundação Nacional de Saúde - FUNASA.

**Parágrafo único.** A FUNAI comunicará à FUNASA a existência de grupos indígenas isolados, com vistas ao atendimento de saúde específico.

**Art. 4.** Para os fins previstos neste Decreto, o Ministério da Saúde poderá promover os meios necessários para que os Estados, Municípios e entidades governamentais e não-governamentais atuem em prol da eficácia das ações de saúde indígena, observadas as diretrizes estabelecidas no art. 2º deste Decreto.

**Art. 5.** Os arts. 2º e 17 do Anexo I ao Decreto nº 564, de 8 de junho de 1992, passam a vigorar com a seguinte redação: [\(Revogado pelo Decreto nº 4.645, de 25.3.2003\)](#)

"Art. 2º A FUNAI tem por finalidade:

V - apoiar e acompanhar o Ministério da Saúde e a Fundação Nacional de Saúde nas ações e serviços destinados à atenção à saúde dos povos indígenas;

"Art. 17. À Diretoria de Assistência compete promover e dirigir, em nível nacional, as ações de assistência aos índios nas áreas de proteção aos grupos indígenas isolados, de execução das atividades relativas à prestação, conservação e recuperação do meio ambiente das terras indígenas, de gerência econômica, patrimônio indígena e de desenvolvimento de atividades sociais produtivas, assim como apoiar e acompanhar as ações de saúde das comunidades indígenas, desenvolvidas pelo Ministério da Saúde." (NR)

**Art. 6.** Os arts. 1º, 2º e 6º do Decreto nº 1.141, de 19 de maio de 1994, passam a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 1º As ações de proteção ambiental e apoio às atividades produtivas voltadas às comunidades indígenas constituem encargos da União."

"Art. 2º As ações de que trata este Decreto dar-se-ão mediante programas nacionais e projetos específicos, de forma integrada entre si e em relação às demais ações desenvolvidas em terras indígenas, elaboradas e executadas pelos Ministérios da Justiça, da Agricultura e do Abastecimento, do Meio Ambiente e da Cultura, ou por seus órgãos vinculados e entidades supervisionadas, em suas respectivas áreas de competência legal, com observância das normas estabelecidas pela Lei nº 6.001, de 19 de dezembro de 1973."

"Art. 6. A Comissão Intersetorial será constituída por:

I - um representante do Ministério da Justiça, que a presidirá;

II - um representante do Ministério da Agricultura e do Abastecimento;

III - um representante do Ministério da Saúde;

IV - um representante do Ministério do Meio Ambiente;

V - um representante do Ministério da Cultura;

VI - um representante do Ministério das Relações Exteriores;

VII - um representante da Fundação Nacional do Índio;

VIII - um representante da Fundação Nacional da Saúde;

IX - dois representantes da Sociedade Civil, vinculados a entidades de defesa dos interesses das comunidades indígenas." (NR)

**Art. 7.** Ficam remanejados, na forma deste artigo e do Anexo I a este Decreto, da Fundação Nacional do Índio - FUNAI para a Fundação Nacional de Saúde - FUNASA, um DAS 101.4; dois DAS 101.3; vinte e quatro DAS 101.1 e quarenta e nove FG-1.

**Parágrafo único.** Em decorrência do disposto no caput deste artigo, os Anexos LXVIII e LXXIV ao Decreto nº 1.351, de 28 de dezembro de 1994, passam a vigorar na forma dos Anexos II e III a este Decreto.

**Art. 8.** A FUNASA contará com Distritos Sanitários Especiais Indígenas destinados ao apoio e à prestação de assistência à saúde das populações indígenas.

**§ 1.** Os Distritos de que trata este artigo serão dirigidos por um Chefe DAS 101.1 e auxiliados por dois Assistentes FG-1.

**§ 2.** Ficam subordinadas aos respectivos Distritos Sanitários Especiais Indígenas as Casas do Índio, transferidas da FUNAI para a FUNASA, cada uma delas dirigida por um Chefe FG - 1.

**§ 3.** Ao Distrito Sanitário Especial Indígena cabe a responsabilidade sanitária sobre determinado território indígena e a organização de serviços de saúde hierarquizados, com a participação do usuário e o controle social.

**§ 4.** Cada Distrito Sanitário Especial Indígena terá um Conselho Distrital de Saúde Indígena, com as seguintes atribuições:

I - aprovação do Plano Distrital;

II - avaliação da execução das ações de saúde planejadas e a proposição, se necessária, de sua reprogramação parcial ou total; e

III - apreciação da prestação de contas dos órgãos e instituições executoras das ações e serviços de atenção à saúde do índio.

**§ 5.** Os Conselhos Distritais de Saúde Indígena serão integrados de forma paritária por:

I - representantes dos usuários, indicados pelas respectivas comunidades; e

II - representantes das organizações governamentais envolvidas, prestadoras de serviços e trabalhadores do setor de saúde.

**Art. 9.** Poderão ser criados, pelo Presidente da FUNASA, no âmbito dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, Conselhos Locais de Saúde, compostos por representantes das comunidades indígenas, com as seguintes atribuições:

I - manifestar-se sobre as ações e os serviços de saúde necessários à comunidade;

II - avaliar a execução das ações de saúde na região de abrangência do Conselho;

III - indicar conselheiros para o Conselho Distrital de Saúde Indígena e para os Conselhos Municipais, se for o caso; e

IV - fazer recomendações ao Conselho Distrital de Saúde Indígena, por intermédio dos conselheiros indicados.

**Art. 10.** As designações dos membros dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena e dos Conselhos Locais de Saúde serão feitas, respectivamente, pelo Presidente da FUNASA e pelo Chefe do Distrito Sanitário Especial Indígena, mediante indicação das comunidades representadas.

**Art. 11.** A regulamentação, as competências e a instalação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas serão feitas pelo Presidente da FUNASA, até a publicação do novo Estatuto e do Regimento Interno da Fundação.

**Art. 12.** Os cargos em comissão e as funções de confiança integrantes das unidades descentralizadas da FUNASA serão providos, exclusivamente, por servidores do Quadro de Pessoal Permanente, ativo ou inativo, da Fundação Nacional de Saúde ou, excepcionalmente, do Ministério da Saúde.

§ 1. Além da exigência estabelecida no caput deste artigo, deverão ocupar, ou ter ocupado, no caso de servidor inativo, cargo permanente de nível superior e ter experiência mínima de cinco anos em cargos de direção ou função de confiança no Ministério da Saúde ou em suas entidades vinculadas, os ocupantes dos seguintes cargos:

I - Coordenador Regional da FUNASA;

II - Diretor do Instituto Hélio Fraga;

III - Diretor do Instituto Evandro Chagas; e

IV - Diretor do Centro Nacional de Primatas.

§ 2. Excetuam-se das disposições deste artigo:

I - os servidores que, na data da publicação deste Decreto, se encontrem no exercício dos mencionados cargos e funções; e

II - as nomeações de advogados para os cargos em comissão de Assessor Jurídico das unidades descentralizadas da FUNASA, até a realização de concurso público específico.

**Art. 13.** Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

**Art. 14.** Ficam revogados os arts. 11, 12, 13 e 14 do Decreto nº 1.141, de 19 de maio de 1994; e os Decretos nºs 1.479, de 2 de maio de 1995, 1.779, de 9 de janeiro de 1996; e 2.540, de 8 de abril de 1998.

[...]

### **Resolução No. 304, de 09 de Agosto de 2000**

#### **Conselho Nacional de Saúde**

**O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Centésima Reunião Ordinária, realizada nos dias 09 e 10 de agosto de 2000, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e**

**Considerando:** [...]

Resolve;

Aprovar as seguintes Normas para Pesquisas Envolvendo Seres Humanos - Área de Povos Indígenas. [...]

**III - Aspectos Éticos da pesquisa envolvendo povos indígenas.**

As pesquisas envolvendo povos indígenas devem obedecer também aos referenciais da bioética, considerando-se as peculiaridades de cada povo e/ou comunidade.

**1 -** Os benefícios e vantagens resultantes do desenvolvimento de pesquisa, devem atender às necessidades de indivíduos ou grupos alvo do estudo, ou das sociedades afins e/ou da sociedade nacional, levando-se em consideração a promoção e manutenção do bem estar, a conservação e proteção da diversidade biológica, cultural, a saúde individual e coletiva e a contribuição ao desenvolvimento do conhecimento e tecnologia próprias.

**2** - Qualquer pesquisa envolvendo a pessoa do índio ou a sua comunidade deve :

**2.1**– Respeitar a visão de mundo, os costumes, atitudes estéticas, crenças religiosas, organização social, filosofias peculiares, diferenças lingüísticas e estrutura política;

**2.2** - Não admitir exploração física, mental, psicológica ou intelectual e social dos indígenas;

**2.3** - Não admitir situações que coloquem em risco a integridade e o bem estar físico, mental e social;

**2.4**- Ter a concordância da comunidade alvo da pesquisa que pode ser obtida por intermédio das respectivas organizações indígenas ou conselhos locais, sem prejuízo do consentimento individual, que em comum acordo com as referidas comunidades designarão o intermediário para o contato entre pesquisador e a comunidade. Em pesquisas na área de saúde deverá ser comunicado o Conselho Distrital;

**2.5** - Garantir igualdade de consideração dos interesses envolvidos, levando em conta a vulnerabilidade do grupo em questão.

**3** - Recomenda-se, preferencialmente, a não realização de pesquisas em comunidades de índios isolados. Em casos especiais devem ser apresentadas justificativas detalhadas.

**4** – Será considerado eticamente inaceitável o patenteamento por outrem de produtos químicos e material biológico de qualquer natureza obtidos a partir de pesquisas com povos indígenas.

**5** – A formação de bancos de DNA, de linhagens de células ou de quaisquer outros materiais biológicos relacionados aos povos indígenas, não é admitida sem a expressa concordância da comunidade envolvida, sem a apresentação detalhada da proposta no protocolo de pesquisa a ser submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa - CEP e à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, e a formal aprovação do CEP e da CONEP;

**6** – A não observância a qualquer um dos itens acima deverá ser comunicada ao CEP institucional e à CONEP do Conselho Nacional de Saúde, para as providências cabíveis. [...]

**Portaria N.º 1163/GM, de 14 de setembro de 1999.**

**Dispõe sobre as responsabilidades na prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no Ministério da Saúde e dá outras providências.**

**Ministério Da Saúde**

**Gabinete do Ministro**

**Art. 1.** Determinar que a execução das ações de atenção à saúde dos povos indígenas darse- á por intermédio da FUNASA, em estreita articulação com a Secretaria de Assistência à Saúde/SAS, em

conformidade com as políticas e diretrizes definidas para atenção à saúde dos povos indígenas.

**Art. 2.** Estabelecer as seguintes atribuições à Fundação Nacional de Saúde, com relação à saúde dos povos indígenas:

**I** – promover a implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI, visando

facilitar o acesso dos povos indígenas às ações e serviços básicos de saúde, observando os seguintes aspectos:

**a)** a organização de cada distrito deve ser entendida como um processo a ser construído

com a participação dos povos indígenas, observando os seus próprios conceitos e práticas

relativos às suas condições de viver e morrer;

**b)** cada distrito deverá contar com uma rede hierarquizada de serviços para atenção básica

dentro das terras indígenas;

**c)** o acesso às estruturas assistenciais de maior complexidade, localizadas fora dos

territórios indígenas, deverá se dar de forma articulada e pactuada com os gestores

municipais e estaduais.

**II** – garantir a referência para a atenção à saúde de média e alta complexidade na rede de

serviços já existentes, sob gestão do estado ou do município;

**III** – garantir a participação dos povos indígenas nas instâncias de controle social

formalizados em nível dos DSEI, por meio dos Conselhos Locais e Distritais de Saúde;

**IV** – conduzir a implantação e operacionalização dos serviços de saúde de atenção básica

desenvolvidos nos DSEI;

**V** - promover a articulação regional entre os diversos distritos, visando à compatibilização

das necessidades de níveis regionais e nacionais, garantindo o funcionamento das Casas de Saúde Indígena de referência regional;

**VI** - garantir a disponibilização de recursos humanos em quantidade e qualidade

necessárias para o desenvolvimento das ações de atenção à saúde dos povos indígenas, utilizando como uma das estratégias, a articulação com municípios, estados, outros órgãos governamentais e organizações não governamentais;

**VII** –realizar acompanhamento, supervisão e avaliação das ações desenvolvidas pelos DSEI;

**VIII** –Promover as condições necessárias para o processo de capacitação dos profissionais de saúde e educação permanente dos agentes indígenas de saúde e dos instrutores/supervisores.

**Art. 3.** Estabelecer que cabe à Secretaria de Assistência à Saúde – SAS, a organização da assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito nacional, conjuntamente com estados e municípios, a garantia do acesso dos índios e das comunidades indígenas ao Sistema Único de Saúde – SUS.

**Parágrafo único:**A recusa de quaisquer instituições, públicas ou privadas, ligadas ao SUS, em prestar assistência aos índios configura ato ilícito, passível de punição pelos órgão competentes.

**Art. 4.**Para o cumprimento da atribuição de que trata o artigo anterior, a SAS se responsabiliza por:

**I** –identificar, nos municípios com áreas indígenas, as estruturas assistenciais de referência para populações indígenas;

**II** –viabilizar que estados e municípios de regiões onde vivem os povos indígenas atuem complementarmente no custeio e execução das ações de atenção ao índio, individual ou coletivamente, promovendo as adaptações necessária na estrutura e organização do SUS;

**III** –garantir que as populações indígenas tenham acesso às ações e serviços do SUS, em qualquer nível que se faça necessário, compreendendo a atenção primária, secundária e

terciária à saúde;

**Art. 5.** instituir o Fator de Incentivo de Atenção Básica aos povos indígenas, destinado às ações e procedimentos de Assistência Básica de Saúde.

§ 1º O incentivo de que trata este artigo, consiste no montante de recursos destinados a apoiar a implantação de agentes de saúde indígena e de equipes multidisciplinares para atenção à saúde das comunidades indígenas.

§ 2º As equipes serão compostas por médico, dentista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente indígena de saúde e poderão ser operadas direta ou indiretamente pela FUNASA, Estados ou por Municípios.

§ 3º No caso de execução direta por Municípios estes terão o valor correspondente acrescido ao seu teto e transferidos fundo a fundo diretamente pela SAS.

§ 4º Quando a execução das ações for realizada direta ou indiretamente pela FUNASA, a SAS transferirá a esta os valores correspondentes para o financiamento da equipes.

§ 5º A FUNASA informará a SAS a composição das equipes em cada um dos municípios e o início de sua efetividade, para efeito do disposto no parágrafo 1º.

**Art. 6.** A Secretaria de Assistência à Saúde, em consonância com a FUNASA

regulamentará, mediante ato específico, a sistemática para a sua operacionalização e o valor do incentivo de que trata o artigo 5º.

**Art. 7.** Criar o fator de incentivo para a assistência ambulatorial, hospitalar e de apoio diagnóstico a população indígena. estabelecimentos hospitalares que considerem as especificidades da assistência à saúde das populações indígenas e que ofereçam atendimento às mesmas, em seu próprio território ou região de referência.

**Art. 8.** Definir que o fator de incentivo que trata o artigo anterior incidirá sobre os

procedimentos pagos através do SIH/SUS, em percentuais proporcionais à oferta de serviços prestados pelo estabelecimento às populações indígenas, no limite de até 30% da produção total das AIH aprovadas.

§ 1º Fica a SAS autorizada a definir os percentuais e as unidades a serem credenciadas para a remuneração adicional.

§ 2º As unidades a que se refere o parágrafo 1º serão definidas pela FUNASA,

considerando como critérios, a relação da oferta dos serviços e a população indígena potencialmente beneficiária.

**Art. 9.** Determinar que a Secretaria Executiva, a Secretaria de Assistência à Saúde e a FUNASA poderão estabelecer, em portaria específicas ou em conjunto outras medidas necessária a implementação desta portaria.

**Art. 10.** Esta portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

[...]

**Portaria Nº 70/GM Em 20 de janeiro de 2004.**

**Aprova as Diretrizes da Gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena.**

**R E S O L V E:**

**Art. 1.** Aprovar as diretrizes da Gestão da Saúde Indígena na forma anexa.

**Art. 2.** Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

**ANEXO**

**DIRETRIZES DO MODELO DE GESTÃO DA SAÚDE INDÍGENA**

**Art.1.** O modelo de gestão de saúde indígena segue as seguintes diretrizes:

**I-** A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, integrante da Política Nacional de Saúde, deve ser compatibilizada com as determinações da Lei Orgânica da Saúde e com a Constituição Federal, que reconhecem as especificidades étnicas e culturais e os direitos sociais e territoriais dos povos indígenas;

**II-** O objetivo da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas é assegurar aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde;

**III -** A implantação da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena adotará modelo de organização dos serviços voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde, que garanta aos povos indígenas o exercício da cidadania;

**IV** – O Subsistema de Saúde Indígena fica organizado na forma de Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), delimitação geográfica que contempla aspectos demográficos e etno-culturais, sob responsabilidade do gestor federal;

**V** – Os Distritos Sanitários Especiais Indígenas devem contar com uma rede interiorizada de serviços de atenção básica organizada de forma hierarquizada e articulada com a rede de serviços do Sistema Único de Saúde para garantir a assistência de média e alta complexidade;

**VI** - A estrutura do Distrito Sanitário Especial Indígena fica composta pelos Postos de Saúde situados dentro das aldeias indígenas, que contam com o trabalho do agente indígena de saúde (AIS) e do agente indígena de saneamento (Aisan); pelos Pólos - Base com equipes multidisciplinares de saúde indígena e pela Casa do Índio (CASAI) que apoia as atividades de referência para o atendimento de média e alta complexidade;

**VII** - O processo de estruturação da atenção à saúde dos povos indígenas deve contar com a participação dos próprios índios, representados por suas lideranças e organizações nos Conselhos de Saúde locais e distritais;

**VIII** – Na execução das ações de saúde dos povos indígenas deverão ser estabelecidos indicadores de desempenho e sistemas de informações que permitam o controle e a avaliação das referidas ações; e

**IX** - A implantação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas deve respeitar as culturas e valores de cada etnia, bem como integrar as ações da medicina tradicional com as práticas de saúde adotadas pelas comunidades indígenas.

**Art. 2.** Ao Ministério da Saúde compete:

**I-** Formular, aprovar e normatizar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas;

**Art. 3.** À Fundação Nacional de Saúde - FUNASA - compete:

**I** - Coordenar, normatizar e executar as ações de atenção à saúde dos povos indígenas, observados os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

**Art.4.** Ao Departamento de Saúde Indígena (DESAI) da Fundação Nacional de Saúde, compete:

**I-** Planejar, promover e coordenar o desenvolvimento de ações integrais de atenção à saúde dos povos indígenas;

**II-** Planejar, coordenar e garantir a assistência farmacêutica no âmbito da atenção à saúde dos povos indígenas;

**III-** Coordenar e executar o sistema de informação da saúde indígena;

**IV-** Promover e divulgar a análise das informações geradas pelos sistemas de informação da saúde indígena;

**V-** Propor normas, critérios, parâmetros e métodos para a alocação de recursos financeiros, o controle da qualidade e avaliação das ações de saúde indígena;

**VI** - Supervisionar e avaliar as ações desenvolvidas no âmbito do DSEI;

**VII-** Implantar instrumentos para organização gerencial e operacional das ações de atenção à saúde dos povos indígenas;

**VIII-** Articular com os órgãos responsáveis pela política indígena no país o desenvolvimento de ações intersetoriais visando interferir nos determinantes sociais do processo saúde - doença das coletividades indígenas; e

**IX -** Propor alterações nas áreas de abrangência dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

**Art. 5.** Às Coordenações Regionais (CORE) da Fundação Nacional de Saúde, compete:

**I-** Coordenar e articular no âmbito de cada Unidade Federada a execução das ações de saúde indígena;

**II-** Planejar em conjunto com os DSEI as ações integrais de saúde indígena;

**III-** Articular junto à Comissão Intergestora Bipartite (CIB) o fluxo de referência de pacientes do distrito sanitário aos serviços de média e alta complexidade do SUS;

**IV-** Articular junto aos Conselhos Estaduais de Saúde a criação de comissões técnicas de saúde indígena;

**V-** Assegurar as condições para a implantação e implementação dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena;

**VI-** Homologar e dar posse aos membros dos Conselhos Locais de Saúde Indígena;

**VII-** Articular no âmbito de cada unidade federada com os órgãos envolvidos com a política indígena o desenvolvimento de ações intersetoriais visando interferir nos determinantes sociais do processo saúde - doença das coletividades; e

**VIII-** Executar atividades administrativas relativas às ações de saúde indígena, nos termos fixados pela Presidência da FUNASA.

**Art. 6.** Ao Distrito Especial de Saúde Indígena (DSEI), compete:

**I-** Planejar, coordenar, e executar as ações integrais de saúde na área de abrangência do distrito sanitário especial indígena;

**II-** Executar o fluxo de referência e contra referência de pacientes no distrito sanitário a serviços de média e alta complexidade;

**III-** Acompanhar e avaliar todas as ações de saúde desenvolvidas em sua área de abrangência com base em indicadores de saúde e desempenho;

**IV-** Avaliar e controlar a qualidade da assistência prestada em seu território de abrangência;

**V-** Alimentar os sistemas de informação da saúde indígena e consolidar as informações epidemiológicas e de saúde referentes à sua área de abrangência;

**VI-** Propor e executar programas e ações emergenciais, fundamentados em dados epidemiológicos;

**VII-** Assegurar as condições para a implantação e implementação do Conselho locais de saúde indígena;

**VIII-** Articular as práticas de Saúde Indígena com a medicina tradicional, respeitando as características culturais indígenas;

**IX-** Executar em conjunto com o Setor de Engenharia e Saúde Pública o Saneamento e a Vigilância Ambiental;

**X-** Executar em conjunto com Assessoria de Comunicação e Educação em Saúde as ações de educação em saúde;

**XI-** Fortalecer o controle social por intermédio dos Conselhos Locais e Distrital de Saúde Indígena;

**XII-** O chefe do DSEI é a autoridade sanitária responsável pela saúde na área de abrangência do Distrito; e

**XIII-** Executar atividades administrativas relativas às ações de saúde indígena, nos termos fixados pela Presidência da FUNASA.

**Art. 7.** Ao Conselho Distrital de Saúde Indígena compete:

**I-** Aprovar e acompanhar a execução do plano distrital de saúde indígena;

**II-** Acompanhar as ações dos Conselhos locais de saúde indígena; e

**III-** Exercer o controle social das atividades de atenção à saúde indígena.

**Art. 8.** Aos Estados, Municípios e Instituições Governamentais e não Governamentais compete:

**I-** Atuar de forma complementar na execução das ações de atenção à saúde indígena definidas no Plano Distrital de Saúde Indígena.

**Parágrafo único.** A Fundação Nacional de Saúde - FUNASA definirá, observando as características das populações envolvidas, as ações complementares que ficarão a cargo das entidades previstas neste artigo.

**Art. 9.** Fica a Fundação Nacional de Saúde - FUNASA autorizada a normatizar e regulamentar as diretrizes da gestão da política nacional de atenção à saúde indígena, previstas nesta portaria.

## **9.2 PRACTICAS TRADICIONALES**

**Decreto Legislativo No.143, de 20- 6- 2002.**

**Aprova o texto da Convenção nº 169 da Organização Internacional do Trabalho sobre os povos indígenas e tribais em países independentes. Ratificou em Genebra em 25 de julho de 2002.**

**Artigo 25.**

**1.** Os governos deverão zelar para que sejam colocados à disposição dos povos interessados serviços de saúde adequados ou proporcionar a esses povos os meios que lhes permitam organizar e prestar tais serviços sob a sua própria responsabilidade e controle, a fim de que possam gozar do nível máximo possível de saúde física e mental.

2. Os serviços de saúde deverão ser organizados, na medida do possível, em nível comunitário. Esses serviços deverão ser planejados e administrados em cooperação com os povos interessados e levar em conta as suas condições econômicas, geográficas, sociais e culturais, bem como os seus métodos de prevenção, práticas curativas e medicamentos tradicionais.[...]

[...]

**Portaria Nº 70/GM Em 20 de janeiro de 2004.**

**Aprova as Diretrizes da Gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena.**

**R E S O L V E:**

**Art. 1.** Aprovar as diretrizes da Gestão da Saúde Indígena na forma anexa.

**Art. 2.** Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

**ANEXO**

**DIRETRIZES DO MODELO DE GESTÃO DA SAÚDE INDÍGENA**

**Art. 6.** Ao Distrito Especial de Saúde Indígena (DSEI), compete: [...]

**VIII-**Articular as práticas de Saúde Indígena com a medicina tradicional, respeitando as características culturais indígenas; [...]

### **9.3 PROTECCIÓN DE PLANTAS MEDICINALES**

**Decreto Legislativo No.143, de 20- 6- 2002.**

**Aprova o texto da Convenção nº 169 da Organização Internacional do Trabalho sobre os povos indígenas e tribais em países independentes. Ratificou em Genebra em 25 de julho de 2002.**

**Artigo 25.** [...]

2. Os serviços de saúde deverão ser organizados, na medida do possível, em nível comunitário. Esses serviços deverão ser planejados e administrados em cooperação com os povos interessados e levar em conta as suas condições econômicas, geográficas, sociais e culturais, bem como os seus métodos de prevenção, práticas curativas e medicamentos tradicionais.[...]

### **9.4 ATENCIÓN EN SALUD DE ACUERDO A SUS USOS Y COSTUMBRES**

**Lei No 9.836, de 23 de Setembro de 1999**

**Acrescenta dispositivos à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o**

**funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.**

**Art. 1.** A [Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990](#), passa a vigorar acrescida do seguinte Capítulo V ao Título II – Do Sistema Único de Saúde:

"Capítulo V

**Do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena**

Art. 19-F. Dever-se-á obrigatoriamente levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional. [...]

**Art. 2.** O Poder Executivo regulamentará esta Lei no prazo de noventa dias.

**Art. 3.** Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

[...]

**Decreto Legislativo No.143, de 20- 6- 2002.**

**Aprova o texto da Convenção nº 169 da Organização Internacional do Trabalho sobre os povos indígenas e tribais em países independentes. Ratificou em Genebra em 25 de julho de 2002.**

Artigo 25.

**1.** Os governos deverão zelar para que sejam colocados à disposição dos povos interessados serviços de saúde adequados ou proporcionar a esses povos os meios que lhes permitam organizar e prestar tais serviços sob a sua própria responsabilidade e controle, a fim de que possam gozar do nível máximo possível de saúde física e mental.

**2.** Os serviços de saúde deverão ser organizados, na medida do possível, em nível comunitário. Esses serviços deverão ser planejados e administrados em cooperação com os povos interessados e levar em conta as suas condições econômicas, geográficas, sociais e culturais, bem como os seus métodos de prevenção, práticas curativas e medicamentos tradicionais.[...]

[...]

**Portaria Nº 70/GM Em 20 de janeiro de 2004.**

**Aprova as Diretrizes da Gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena.**

**R esolve:**

**Art. 1.** Aprovar as diretrizes da Gestão da Saúde Indígena na forma anexa.

**Art. 2.** Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

#### **ANEXO**

#### **DIRETRIZES DO MODELO DE GESTÃO DA SAÚDE INDÍGENA**

**Art.1.** O modelo de gestão de saúde indígena segue as seguintes diretrizes: [...]

**IV-O** Subsistema de Saúde Indígena fica organizado na forma de Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), delimitação geográfica que contempla aspectos demográficos e etno-culturais, sob responsabilidade do gestor federal; [...]

**IX-** A implantação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas deve respeitar as culturas e valores de cada etnia, bem como integrar as ações da medicina tradicional com as práticas de saúde adotadas pelas comunidades indígenas.

## **CHILE**

### **9.1 ACCESO -GRATUIDAD**

**Ley 19253 Publicada en el Diario oficial el 5 de octubre de 1993 Establece normas sobre protección, fomento y desarrollo de los indígenas, y crea la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena**

**Artículo 73.** Se establece la protección y desarrollo de las comunidades indígenas supervivientes de la XII Región.

Los planes que la Corporación realice en apoyo de estas comunidades deberán contemplar: **a)** apoyo en salud y salubridad, **b)** sistemas apropiados de seguridad social, **c)** Capacitación laboral y organizativa y **d)** programas de autosubsistencia de sus miembros.

La Corporación tendrá a su cargo la realización de un plan especial para el desarrollo y protección de estas comunidades

[...]

**Decreto Supremo 747 de Octubre 26 de 1971 que aprueba la Convención Internacional sobre la eliminación de todas las formas de Discriminación Racial. Ratificado Octubre 20 de 1971.**

**Artículo 5.**

**En conformidad con las obligaciones fundamentales estipuladas en el artículo 2 de la presente Convención, los Estados partes se comprometen a prohibir y eliminar la discriminación racial en todas sus formas y a garantizar el derecho de toda persona a la igualdad ante la ley, sin distinción de raza, color y origen nacional o étnico, particularmente en el goce de los derechos siguientes: [...]**

**e) Los derechos económicos, sociales y culturales, en particular: [...]**

#### **iv) El derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales; [...]**

**Costa Rica:**

##### **9.1 ACCESO -GRATUIDAD**

**Ley 3844 de Enero 5 de 1967 mediante la cual se aprueba la Convención Internacional sobre la eliminación de todas las formas de Discriminación Racial.**

**Ratificada Enero el 16 de 1967,**

**Artículo 5.**

En conformidad con las obligaciones fundamentales estipuladas en el artículo 2 de la presente Convención, los Estados partes se comprometen a prohibir y eliminar la discriminación racial en todas sus formas y a garantizar el derecho de toda persona a la igualdad ante la ley, sin distinción de raza, color y origen nacional o étnico, particularmente en el goce de los derechos siguientes: [...]

**e)** Los derechos económicos, sociales y culturales, en particular: [...]

**iv)** El derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales; [...]

[...]

**Ley 7316 de Noviembre 3 de 1992 mediante la cual se aprueba el Convenio 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales en países Independientes. Ratificado Abril 2 de 1993.**

**Artículo 7 . [...]**

**2.** El mejoramiento de las condiciones de vida y de trabajo y del nivel de salud y educación de los pueblos interesados, con su participación y cooperación, deberá ser prioritario en los planes de desarrollo económico global de las regiones donde habitan. Los proyectos especiales de desarrollo para estas regiones deberán también elaborarse de modo que promuevan dicho mejoramiento. [...]

**Artículo 25**

**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 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.

**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.

### **Artículo 30**

1. Los gobiernos deberán adoptar medidas acordes a las tradiciones y culturas de los pueblos interesados, a fin de darles a conocer sus derechos y obligaciones, especialmente en lo que atañe al trabajo, a las posibilidades económicas, a las cuestiones de educación y salud, a los servicios sociales y a los derechos dimanantes del presente Convenio.

2. A tal fin, deberá recurrirse, si fuere necesario, a traducciones escritas y a la utilización de los medios de comunicación de masas en las lenguas de dichos pueblos.  
[...]

## **9.2 PRACTICAS TRADICIONALES**

**Ley 7316 de Noviembre 3 de 1992 mediante la cual se aprueba el Convenio 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales en países Independientes. Ratificado Abril 2 de 1993.**

### **Artículo 25**

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 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. [...]

[...]

## **9.3 PROTECCIÓN DE PLANTAS MEDICINALES**

**Ley 7316 de Noviembre 3 de 1992 mediante la cual se aprueba el Convenio 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales en países Independientes. Ratificado Abril 2 de 1993.**

### **Artículo 25. [...]**

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. [...]

[...]

**Decreto Número 27800 de Marzo 16 de 1999 Ministerio de Ambiente y Energía MINAE**

**Reglamento para el aprovechamiento del recurso forestal en las Reservas Indígenas.**

**Artículo 5.** Limitaciones: No se podrán dar autorizaciones de eliminación, corta o aprovechamiento forestal en aquellas áreas de interés común, tales como sitios de patrimonio cultural, áreas de recarga acuífera, nacientes de agua para consumo comunitario, áreas de protección de suelos y/o de especies de flora y fauna en peligro de extinción, áreas de aprovisionamiento de plantas medicinales y otros productos no tradicionales del bosque y áreas destinadas al ecoturismo.

## **9.4 ATENCIÓN EN SALUD DE ACUERDO A SUS USOS Y COSTUMBRES**

**Ley 7316 de Noviembre 3 de 1992 mediante la cual se aprueba el Convenio 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales en países Independientes. Ratificado Abril 2 de 1993.**

### **Artículo 25**

**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 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. [...]

[...]

## COLOMBIA

### **9.1 ACCESO -GRATUIDAD**

**Ley 22 de 1981 por la que se aprueba la Convención Internacional sobre la eliminación de todas las formas de Discriminación Racial. Ratificada**

**Septiembre 2 de 1981**

#### **Artículo 5.**

En conformidad con las obligaciones fundamentales estipuladas en el artículo 2 de la presente Convención, los Estados partes se comprometen a prohibir y eliminar la discriminación racial en todas sus formas y a garantizar el derecho de toda persona a la igualdad ante la ley, sin distinción de raza, color y origen nacional o étnico, particularmente en el goce de los derechos siguientes: [...]

**e)** Los derechos económicos, sociales y culturales, en particular: [...]

**iv)** El derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales; [...]

[...]

### **Ley Número 10 de enero 10 de 1990**

**Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones.**

**Artículo 1. Servicio Público de Salud.** La prestación de los servicios de salud, en todos los niveles, es un servicio público a cargo de la Nación, gratuito en los servicios básicos para todos los habitantes del territorio nacional y administrado en asocio de las entidades territoriales, de sus entes descentralizados y de las personas privadas

autorizadas, para el efecto, en los términos que establece la presente Ley. El Estado intervendrá en el servicio público de salud, conforme a lo dispuesto en el artículo 32 de la Constitución Política, con el fin de:

- a)** Definir la forma de prestación de la asistencia pública en salud, así como las personas que tienen derecho a ella,
- b)** Establecer los servicios básicos de salud que el Estado ofrecerá gratuitamente,
- c)** Fijar, conforme a lo señalado en la presente Ley, los niveles de atención en salud y los grados de complejidad, para los efectos de la responsabilidad institucionales en materia de prestación de servicios de salud y, en especial, los servicios de urgencia, teniendo en cuenta las necesidades de la población y la cobertura territorial, principalmente;
- d)** Organizar y establecer las modalidades y formas de participación comunitaria en la prestación de servicios de salud, que aseguren la vigencia de los principios de participación ciudadana y participación comunitaria y, en especial, lo relativo a la composición de la juntas directivas de que trata el artículo 19 de la presente Ley;
- e)** Determinar los derechos y deberes de los habitantes del territorio, en relación con el servicio público de salud y, en particular, con las entidades y personas que conforman el sistema de salud, conforme a los principios básicos señalados en el artículo 3o.;
- f)** Adoptar el régimen, conforme al cual se debe llevar un registro especial de las personas que presten servicios de salud y efectuar su control, inspección y vigilancia;
- g)** Expedir el régimen de organización y funciones para la fijación y control de tarifas, el cual, preverá el establecimiento de una Junta de Tarifas;
- h)** Establecer un sistema de fijación de normas de calidad de los servicios de salud y los mecanismos para controlar y vigilar su cumplimiento;
- i)** Regular los procedimientos para autorizar a las entidades privadas la prestación de servicios de salud en los diferentes niveles y grados de complejidad;
- j)** Adoptar el régimen de presupuesto, contabilidad de costos y control de gestión de las entidades oficiales que presten servicios de salud, así como definir los efectos y consecuencias de tales actividades, conforme a la legislación vigente que le sea aplicable a las entidades;

**k)** Dictar normas sobre la organización y funcionamiento de los servicios de medicina prepagada, cualquiera sea su modalidad, especialmente sobre su régimen tarifario y las normas de calidad de los servicios, así como en relación con el otorgamiento del mismo tipo de servicios por las instituciones de seguridad y previsión social, cuya inspección, vigilancia y control estarán a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud;

**l)** Expedir las normas técnicas para la construcción, remodelación, ampliación y dotación de la infraestructura de salud;

**m)** Organizar y establecer el régimen de referencia y contrarreferencia de pacientes, de los niveles de atención inferiores a los superiores y el régimen de apoyo tecnológico y de recursos humanos especializados que los niveles superiores deben prestar a los inferiores.

[...]

**Ley 21 de Marzo 4 de 1991 por la que se aprueba el Convenio 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes. Ratificado en Agosto 7 de 1991.**

**Artículo 7 . [...]**

**2.** El mejoramiento de las condiciones de vida y de trabajo y del nivel de salud y educación de los pueblos interesados, con su participación y cooperación, deberá ser prioritario en los planes de desarrollo económico global de las regiones donde habitan. Los proyectos especiales de desarrollo para estas regiones deberán también elaborarse de modo que promuevan dicho mejoramiento. [...]

**Artículo 24** Los regímenes de seguridad social deberán extenderse progresivamente a los pueblos interesados y aplicárseles sin discriminación alguna.

**Artículo 25.**

**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 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.

**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.

**Artículo 30.**

**1.** Los gobiernos deberán adoptar medidas acordes a las tradiciones y culturas de los pueblos interesados, a fin de darles a conocer sus derechos y obligaciones, especialmente en lo que atañe al trabajo, a las posibilidades económicas, a las cuestiones de educación y salud, a los servicios sociales y a los derechos dimanantes del presente Convenio.

**2.** A tal fin, deberá recurrirse, si fuere necesario, a traducciones escritas y a la utilización de los medios de comunicación de masas en las lenguas de dichos pueblos.

[...]

**Ley Número 100 de diciembre 23 de 1993**

**Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones**

**Artículo 6. Objetivos.** El Sistema de Seguridad Social Integral ordenará las instituciones y los recursos necesarios para alcanzar los siguientes objetivos:

1. Garantizar las prestaciones económicas y de salud a quienes tienen una relación laboral o capacidad económica suficiente para afiliarse al sistema.
2. Garantizar la prestación de los servicios sociales complementarios en los términos de la presente Ley.
3. Garantizar la ampliación de cobertura hasta lograr que toda la población acceda al sistema, mediante mecanismos que en desarrollo del principio constitucional de solidaridad, permitan que sectores sin la capacidad económica suficiente como campesinos, indígenas y trabajadores independientes, artistas, deportistas, madres comunitarias, accedan al sistema y al otorgamiento de las prestaciones en forma integral. El

Sistema de Seguridad Social Integral está instituido para unificar la normatividad y la planeación de la seguridad social, así como para coordinar a las entidades prestatarias de las mismas, para obtener las finalidades propuestas en la presente ley.

**Artículo 156. Características Básicas del Sistema General de Seguridad Social en Salud.** El Sistema General de Seguridad Social en Salud tendrá las siguientes características:

**n)** Las entidades territoriales, con cargo a los fondos seccionales y locales de salud, cumplirán de conformidad con la ley 60 de 1993 y las disposiciones de la presente ley la financiación al subsidio a la demanda allí dispuesta y en los términos previstos en la presente ley.

**o)** Las entidades territoriales celebrarán convenios con las Entidades Promotoras de Salud para la administración de la prestación de los servicios de salud propios del régimen subsidiado de que trata la presente ley. Se financiarán con cargo a los recursos destinados al sector salud en cada entidad territorial, bien se trate de recursos cedidos, participaciones o propios, o de los recursos previstos para el fondo de solidaridad y garantía. Corresponde a los particulares aportar en proporción a su capacidad socioeconómica en los términos y bajo las condiciones previstas en la presente ley.

**p)** La Nación y las entidades territoriales, a través de las instituciones hospitalarias públicas o privadas en todos los niveles de atención que tengan contrato de prestación de servicios con él para este efecto, garantizarán el acceso al servicio que ellas prestan a quienes no estén amparados por el Sistema General de Seguridad Social en Salud, hasta cuando éste logre la cobertura universal.

**Artículo 157. Tipos de Participantes en el Sistema General de Seguridad Social en salud.** A partir de la sanción de la presente Ley, todo colombiano participará en el servicio esencial de salud que permite el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Unos lo harán en su condición de afiliados al régimen contributivo o subsidiado y otros lo harán en forma temporal como participantes vinculados.

**A. Afiliados al Sistema de Seguridad Social.**

Existirán dos tipos de afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud:

1. Los afiliados al Sistema mediante el régimen contributivo son las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores

públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago. Estas personas deberán afiliarse al Sistema mediante las normas del régimen contributivo de que trata el capítulo I del título III de la presente Ley.

2. Los afiliados al Sistema mediante el régimen subsidiado de que trata el Artículo de la presente Ley son las personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización. Serán subsidiadas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud la población más pobre y vulnerable del país en las áreas rural y urbana. Tendrán particular importancia, dentro de este grupo, personas tales como las madres durante el embarazo, parto y postparto y período de lactancia, las madres comunitarias, las mujeres cabeza de familia, los niños menores de un año, los menores en situación irregular, los enfermos de Hansen, las personas mayores de 65 años, los discapacitados, los campesinos, las comunidades indígenas, los trabajadores y profesionales independientes, artistas y deportistas, toreros y sus subalternos, periodistas independientes, maestros de obra de construcción, albañiles, taxistas, electricistas, desempleados y demás personas sin capacidad de pago.

**Artículo 181. Tipos de Entidades Promotoras de Salud.** La Superintendencia Nacional de Salud podrá autorizar como Entidades Promotoras de Salud, siempre que para ello cumplan con los requisitos previstos en el artículo 180, a las siguientes entidades:

- a. El Instituto de Seguros Sociales;
- b. Las Cajas, Fondos, Entidades o empresas de Previsión y Seguridad Social del sector público, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 236 de la presente Ley;
- c. Las entidades que por efecto de la asociación o convenio entre las Cajas de Compensación Familiar o la existencia previa de un programa especial patrocinado individualmente por ellas se constituyan para tal fin;
- d. Las entidades que ofrezcan programas de medicina prepagada o de seguros de salud, cualquiera sea su naturaleza jurídica;
- e. Las Entidades Promotoras de Salud que puedan crear los departamentos, distritos y municipios y sus asociaciones. Para ello podrán también asociarse con entidades hospitalarias públicas y privadas;

- f. Los organismos que hayan sido organizados por empresas públicas o privadas para prestar servicios de salud a sus trabajadores con anterioridad a la vigencia de la presente Ley, siempre que se constituyan como personas jurídicas independientes;
- g. Las organizaciones no gubernamentales y del sector social solidario que se organicen para tal fin, especialmente las empresas solidarias de salud, y las de las comunidades indígenas;
- h. Las entidades privadas, solidarias o públicas que se creen con el propósito específico de funcionar como Entidad Promotora de Salud.

**Parágrafo 1.** Cuando una Institución Prestadora de Servicios de Salud sea de propiedad de una Entidad Promotora de Salud, la primera tendrá autonomía técnica, financiera y administrativa dentro de un régimen de delegación o vinculación que garantice un servicio más eficiente. Tal autonomía se establecerá de una manera gradual y progresiva, en los términos en que lo establezca el reglamento.

**Parágrafo 2.** Corresponde al Ministerio de Salud y a las Direcciones Seccionales y Locales de Salud la promoción de Entidades Promotoras de Salud donde los usuarios tengan mayor participación y control, tales como las empresas solidarias de salud, las cooperativas y las microempresas médicas.

**Parágrafo 3.** Las empresas que presten los servicios de salud en la forma prevista por el literal f) podrán reemplazarlo, contratando dichos servicios con las Entidades Promotoras de Salud adscritas al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

**Artículo 200.** Promoción de Asociaciones de Usuarios Para aquellas poblaciones no afiliadas al régimen contributivo, el gobierno promover la organización de las comunidades como demandantes de servicios de salud, sobre la base de las organizaciones comunitarias de que trata el artículo 22 de la Ley 11 de 1986, y el Decreto 1416 de 1990, los cabildos indígenas y, en general, cualquier otra forma de organización comunitaria.

**Artículo 216. Reglas Básicas para la Administración del Régimen de Subsidios en Salud.[...]**

**Parágrafo 2.** El 50% de los recursos del subsidio para ampliación de cobertura se distribuir cada año entre los beneficiarios del sector rural y las comunidades indígenas, hasta lograr su cobertura total.[...]

**Artículo 257. Programa y Requisitos.** Establécese un programa de auxilios para los ancianos indigentes que cumplan los siguientes requisitos:

- a) Ser Colombiano;
- b) Llegar a una edad de sesenta y cinco o más años;
- c) Residir durante los últimos diez años en el territorio nacional;
- d) Carecer de rentas o de ingresos suficientes para su subsistencia, o encontrarse en condiciones de extrema pobreza o indigencia, de acuerdo con la reglamentación que para tal fin expida el Consejo Nacional de Política Social;
- e) Residir en una institución sin ánimo de lucro para la atención de ancianos indigentes, limitados físicos o mentales y que no dependan económicamente de persona alguna. En estos casos el monto se podrá aumentar de acuerdo con las disponibilidades presupuestales y el nivel de cobertura. En este evento parte de la pensión se podrá pagar a la respectiva institución. [...]

**Parágrafo 2.** Cuando se trate de ancianos indígenas que residan en sus propias comunidades, la edad que se exige es de cincuenta (50) años o más. Esta misma edad se aplicará para dementes y minusválidos. [...]

[...]

### **Ley Número 691 de Septiembre 18 del 2001**

**mediante la cual se reglamenta la participación de los Grupos Etnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia.**

**Artículo 1. Aplicación.** La presente ley reglamenta y garantiza el derecho de acceso y la participación de los Pueblos Indígenas en los Servicios de Salud, en condiciones dignas y apropiadas, observando el debido respeto y protección a la diversidad étnica y cultural de la nación. En alcance de su aplicación, reglamenta la forma de operación, financiamiento y control del Sistema de Seguridad Social en Salud, aplicable a los Pueblos Indígenas de Colombia, entendiendo por tales la definición dada en el artículo 1° de la Ley 21 de 1991.

**Artículo 2. Objeto.** La presente ley 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, según los términos establecidos en la

Constitución Política, en los Tratados Internacionales y las demás leyes relativas a los pueblos indígenas.

**Artículo 3. De los principios.** Para la interpretación y aplicación de la presente ley, además de los principios generales consagrados en la Constitución Política y de los enunciados en la Ley 100 de 1993, es principio aplicable el de la diversidad étnica y cultural; en virtud del cual, el sistema practicará la observancia y el respeto a su estilo de vida y tomará en consideración sus especificidades culturales y ambientales que les permita un desarrollo armónico a los pueblos indígenas.

**Artículo 4. Autoridades.** Además de las autoridades competentes, del Sistema General de Seguridad Social en Salud, serán para la presente ley, instancias, organismos e instituciones, las autoridades tradicionales de los diversos Pueblos Indígenas en sus territorios, para lo cual siempre se tendrá en cuenta su especial naturaleza jurídica y organizativa.

**Artículo 5. Vinculación.** Los miembros de los Pueblos Indígenas participarán como afiliados al Régimen Subsidiado, en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, excepto en los siguientes casos: 1. Que esté vinculado mediante contrato de trabajo. 2. Que sea servidor público. 3. Que goce de pensión de jubilación. Las tradicionales y legítimas autoridades de cada Pueblo Indígena, elaborarán un censo y lo mantendrán actualizado, para efectos del otorgamiento de los subsidios. Estos censos deberán ser registrados y verificados por el ente territorial municipal donde tengan asentamiento los pueblos indígenas.

**Parágrafo 1.** El Ministerio de Salud vinculará a toda la población indígena del país en el término establecido en el artículo 157 literal b, inciso segundo de la Ley 100 de 1993.

**Parágrafo 2.** La unificación del POS-S al POS del régimen contributivo se efectuará en relación con la totalidad de los servicios de salud en todos los niveles de atención y acorde con las particularidades socioculturales y geográficas de los pueblos indígenas.

**Artículo 6. De los planes de beneficios.** Los Pueblos Indígenas serán beneficiarios de los planes y programas previstos en la Ley 100 de 1993, así: 1. Plan Obligatorio de Salud. 2. Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (conforme se define en el Acuerdo 72 de 1997 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud). 3. Plan de Atención Básica. 4.

Atención Inicial de Urgencias. 5. Atención en Accidentes de Tránsito y Eventos Catastróficos. Las actividades y procedimientos no cubiertos por ninguno de los anteriores Planes y Programas, serán cubiertos con cargo a los recursos del Subsidio a la Oferta en las Instituciones Públicas o las Privadas que tengan contrato con el Estado.

**Artículo 7. El Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado P.O.S.S.** El Plan obligatorio de salud del régimen subsidiado para los Pueblos Indígenas será establecido de manera expresa por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, como un paquete básico de servicios, debidamente adecuado a las necesidades de los Pueblos Indígenas, en concordancia con el artículo anterior y la Ley 100 de 1993.

**Artículo 8. Subsidio Alimentario.** Debido a las deficiencias nutricionales de los Pueblos Indígenas, el P.O.S.S. contendrá la obligatoriedad de proveer un subsidio alimentario a las mujeres gestantes y a los menores de cinco años. El Instituto de Bienestar Familiar –o la entidad que haga sus veces– el Programa Revivir de la Red de Solidaridad (o el organismo que asuma esta función), los departamentos y los municipios darán prioridad a los Pueblos Indígenas, para la asignación de subsidios alimentarios o para la ejecución de proyectos de recuperación nutricional, a partir de esquemas sostenibles de producción.

**Artículo 9. Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo P.O.S.C.** Para efectos de la aplicación de este plan a los miembros de los Pueblos Indígenas con capacidad de pago, las Empresas Promotoras de Salud públicas o privadas, estarán obligadas a diseñar e implementar la prestación de los servicios de P.O.S.C., en igualdad de condiciones de acceso y respetando sus derechos con relación al resto de la comunidad en la que habita. Es decir, tales EPS se sujetarán estrictamente al principio de la no discriminación en contra de los miembros de las comunidades de los Pueblos Indígenas, en materia de criterios, fines, acciones, servicios, costos y beneficios.

**Artículo 10. Plan de Atención Básica.** La ejecución del P.A.B., será gratuita y obligatoria y se aplicará con rigurosa observancia de los principios de diversidad étnica y cultural y de concertación. Las acciones del P.A.B., aplicables a los Pueblos Indígenas, tanto en su formulación como en su implementación, se ajustarán a los preceptos, cosmovisión y valores tradicionales de dichos pueblos, de tal manera

que la aplicación de los recursos garantice su permanencia, cultural y su asimilación comunitaria. El P.A.B. podrá ser formulado por los Pueblos Indígenas, en sus planos de vida o desarrollo, para lo cual las Entidades Territoriales donde estén asentadas prestarán la asistencia técnica y necesaria. Este Plan deberá ser incorporado en los planes sectoriales de salud de las Entidades Territoriales. El P.A.B. se financiará con recursos asignados por los Programas Nacionales del Ministerio de Salud, los provenientes del situado fiscal destinados al fomento de la salud y prevención de la enfermedad, y con los recursos que, para tal efecto, destinen las Entidades Territoriales, así como los que destinen los Pueblos Indígenas. En la ejecución del P.A.B., se dará prioridad a la contratación con las autoridades de los Pueblos Indígenas, sus organizaciones y sus instituciones creadas explícitamente por aquellas comunidades para tal fin.

**Artículo 11. Atención en accidentes de tránsito y eventos catastróficos.** Para la aplicación de este Plan, a los miembros de los Pueblos Indígenas, se considera evento catastrófico el desplazamiento forzado, bien sea por causas naturales o hechos generados por la violencia social o política.

**Artículo 12. Financiación de la afiliación.** La afiliación de los Pueblos Indígenas al régimen subsidiado se hará con cargo a los recursos provenientes de: a) Recursos del Régimen Subsidiado de Seguridad Social en Salud; b) Con aportes del Fosyga, subcuenta de solidaridad; c) Con recursos de los Entes Territoriales, y d) Con aportes de los Resguardos Indígenas.

**Parágrafo 1.** En aquellos asentamientos del territorio nacional, que no hagan parte de ningún municipio, los recursos departamentales provenientes de la conversión de subsidios de oferta a subsidios de demanda, harán parte de las fuentes de financiación de que trata el presente artículo.

**Parágrafo 2.** El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, podrá fijar el valor de la UPC para los Pueblos Indígenas hasta en un cincuenta por ciento (50%), por encima del valor de la UPC normal, atendiendo criterios de dispersión geográfica, densidad poblacional, dificultad de acceso, perfiles epidemiológicos, traslados de personal y adecuación sociocultural de los servicios de salud.

**Artículo 13. De los costos de actividades.** Para la elaboración de los estudios que permitan la adecuación del P.O.S.S. se tendrá en

cuenta los costos de las actividades de salud o aplicaciones terapéuticas que emplean los Pueblos Indígenas de cada comunidad.

**Artículo 14. Administradoras.** Podrán administrar los subsidios de los Pueblos Indígenas, las Entidades autorizadas para el efecto, previo cumplimiento de los requisitos exigidos por la ley. Las autoridades de Pueblos Indígenas podrán crear Administradoras Indígenas de Salud (ARSI), las cuales podrán en desarrollo de la presente ley:

- a) Afiliar a indígenas y población en general beneficiarios del régimen subsidiado de Seguridad Social en Salud;
- b) El número mínimo de afiliados con los que podrán operar las Administradoras Indígenas de Salud (ARSI), será concertado entre el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) y los Pueblos Indígenas teniendo en cuenta sus especiales condiciones de ubicación geográfica y número de habitantes indígenas en la región, de los cuales por lo menos el 60% deberá pertenecer a Pueblos Indígenas tradicionalmente reconocidos;
- c) Disponer de un patrimonio mínimo equivalente al valor de ciento cincuenta (150) smlmv (salarios mínimos legales mensuales vigentes) por cada cinco mil (5.000) subsidios administrados. Para efectos del cálculo del capital mínimo a que se refiere el presente artículo, los bienes que se aporten en especie solamente se computarán hasta por un valor que en ningún caso podrá superar el cincuenta por ciento (50%) del capital mínimo exigido, los cuales serán tomados por el valor en libros.

**Artículo 15. Asesoría.** El Ministerio de Salud, garantizará la asesoría para la conformación, consolidación, vigilancia y control de las entidades creadas o que llegaren a crearse por los Pueblos Indígenas, para la administración del régimen subsidiado. La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá la vigilancia y el Control sobre dichas entidades.

**Artículo 16. Continuidad en la afiliación.** Las entidades territoriales y el Fondo de Solidaridad y Garantías, deben garantizar la continuidad de la afiliación al régimen subsidiado de todos los

miembros de los Pueblos Indígenas y en especial de sus niños desde el momento de su nacimiento.

**Artículo 17. Escogencia de la Administradora.** Cada comunidad indígena, por el procedimiento que ella determine, y en acta suscrita por las autoridades propias, seleccionará la institución administradora de los recursos del sistema subsidiado, a la cual deberá afiliarse o trasladarse la totalidad de los miembros de la respectiva comunidad. Cualquier hecho conducta manifiesta orientada a distorsionar la voluntad de la comunidad, para la afiliación o el traslado de que trata el presente artículo, invalidará el contrato respectivo y en este evento se contará con 45 días hábiles para el traslado.

**Artículo 18. Limitaciones.** Las autoridades de los Pueblos Indígenas, en atención a las facultades que les confiere la Ley y de conformidad con sus usos y costumbres, podrán establecer limitaciones a la promoción de servicios o al mercadeo de las administradoras del régimen subsidiado dentro de sus territorios, en el espíritu y propósito de preservar su identidad e integridad socioculturales.

**Artículo 19. Garantía de atención por migración.** Las entidades territoriales y las administradoras del régimen subsidiado están en la obligación de garantizar la continuidad del subsidio y de la atención en salud, en las condiciones inicialmente pactadas, a los miembros de los Pueblos Indígenas que se desplacen de un lugar a otro del territorio nacional, previa certificación de la autoridad tradicional.

**Artículo 20. Exención.** Los servicios de salud que se presten a los miembros de pueblos indígenas del régimen subsidiado estarán exentos del cobro de cuotas moderadoras y copagos. Los miembros de pueblos indígenas del régimen contributivo, en los términos del artículo 5º, estarán sujetos al pago de cuotas moderadoras y copagos.

**Artículo 21. De los criterios de aplicación.** Los planes y programas de servicios de salud aplicables a los Pueblos Indígenas, tendrán en consideración el saber y las prácticas indígenas, basados en los criterios del pluralismo médico, complementariedad terapéutica e interculturalidad. De esta manera, las acciones en salud deberán respetar los contextos socioculturales particularidades y por tanto, incluirán actividades y procedimientos de medicina tradicional indígena, en procura del fortalecimiento de la integridad cultural de los Pueblos Indígenas.

**Artículo 22. Principio de concertación.** El diseño y la implantación de los planes de beneficios, programas y en general toda acción de salud para los Pueblos Indígenas definidos en el artículo sexto (6°) de la presente ley, se concertarán con sus respectivas autoridades. El Gobierno reglamentará la prestación de servicios de salud en las regiones de la Amazonia, Orinoquia y Costa Pacífica, para lo cual implementará y financiará un modelo operativo de atención.

**Artículo 23. Representatividad.** Los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud tendrán un (1) miembro en representación de los diversos Pueblos Indígenas presentes en el correspondiente territorio, quien será designado por los mecanismos tradicionales de estas comunidades.

**Artículo 24 . Controladores.** Las autoridades de los Pueblos Indígenas harán parte de la red de controladores de Sistema General de Seguridad Social en Salud, con el fin de garantizar el efectivo control y vigilancia a las instituciones prestadoras de servicio de salud (IPS) y a las administradoras de los recursos del régimen subsidiado.

**Artículo 25. De la contratación con IPS públicas.** Para efectos, de la contratación que de manera obligatorio deben efectuar las administradoras del régimen subsidiado con las IPS públicas, se entenderá como parte de la red pública, a las IPS creadas por las autoridades de los Pueblos Indígenas.

**Artículo 26. Programas de capacitación.** En los organismos de inspección y vigilancia o las entidades que cumplan estas funciones, deberán existir programas regulares de capacitación de los funcionarios en aspectos relacionados con la legislación relativa a los Pueblos Indígenas. Los programas de capacitación se harán extensivos tanto a las autoridades tradicionales indígenas, como a los servidores públicos que directa o indirectamente atiendan asuntos con los Pueblos Indígenas.

**Artículo 27. Sistemas de información.** El Ministerio de Salud adecuará los sistemas de información del Sistema General de Seguridad Social en Salud, para que estos respondan a la diversidad étnica y cultural de la Nación colombiana, incluyendo en particular indicadores concernientes a patologías y conceptos médicos tradicionales de los Pueblos Indígenas, en orden a disponer de una información confiable, oportuna y coherente con sus condiciones, usos

y costumbres, que permita medir impacto, eficiencia, eficacia, cobertura y resultados de los Servicios de Salud correspondientes.

**Artículo 28. Comunicaciones.** El Ministerio de Salud asignará un porcentaje no menor del cinco (5%) de los recursos destinados al fortalecimiento de lo Red de Urgencias, para el financiamiento de los sistemas de comunicación, transporte y logísticas que sean necesario, en zonas donde se encuentren asentados Pueblos Indígenas.

**Artículo 29. Sistema de referencia y contrarreferencia.** Para garantizar el acceso a los niveles superiores de atención médica, el Sistema de Referencia y Contrarreferencia permitirá la remisión y atención pronta y oportuna de los Indígenas que lo requieran.

**Parágrafo.** En las ciudades con hospitales de segundo y tercer nivel de atención médica, se dispondrán las acciones pertinentes para organizar casas de paso, en las cuales se hospedarán los acompañantes o intérpretes de los remitidos. Estas casas podrán ser asignadas y adjudicadas por el Consejo Nacional de Estupefacientes de aquellas incautadas en desarrollo de su actividad.

**Artículo 30. Complementariedad jurídica.** Los aspectos no contemplados en la presente ley relativos a la prestación de servicios de salud a los grupos indígenas, se regularán en todo caso por las normas existentes pertinentes o por las que se desarrollen con posterioridad a la expedición de ésta, pero de manera especial atendiendo la Ley 100 de 1993, la Ley 21 de 1991, la Ley 60 de 1993, el Decreto 1811 de 1990 y demás normas sobre la materia.

**Artículo 31. Vigencia.** La presente ley rige a partir de la fecha de su publicación y deroga todas las normas que le sean contrarias.

[...]

#### **Decreto 1416 de Julio 4 de 1990**

**Por el cual se dictan normas relativas a la organización y establecimiento de las modalidades y formas de participación comunitaria en la prestación de servicios de salud.**

**Artículo Primero. Comités de Participación Comunitaria.** En todos los organismos o entidades de prestación de servicios de salud, de los niveles primero y segundo de atención en salud, funcionarán comités de participación comunitaria integrados por:

El alcalde municipal, distrital o metropolitano, o el gobernador, intendente o comisario, o su respectivo delegado, según la entidad territorial de que trate, quien lo presidirá.

En aquellas localidades de las intendencias o comisarías que no pertenecen a una determinada jurisdicción municipal, el comité será presidido por el Intendente o comisario o su delegado. En los resguardos indígenas el comité será presidido por la máxima autoridad indígena respectiva.[...]

[...]

### **Decreto 1811 de Agosto 6 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**

**Artículo 1.** La prestación de servicios de salud a las comunidades indígenas del país, se cumplirá en lo sucesivo con sujeción a las disposiciones del presente Decreto.

**Artículo 2.** Todo programa y, en general, toda acción de salud que se proyecte adelantar en comunidades indígenas deberá ser previamente acordada con ellas y aprobada por los respectivos cabildos o autoridades que ejerzan el gobierno interno de las mismas.

**Parágrafo** Con el fin, de garantizar decisiones fundamentadas en la reflexión, deberá respetarse la lengua, los mecanismos propios de discusión comunitaria y toma de decisiones, y dedicar el tiempo suficiente a los análisis y discusiones preliminares a tales acuerdos. A las discusiones, podrán las autoridades tradicionales, invitar a las organizaciones indígenas o cualquier otra persona que estimen conveniente.

**Artículo 3.** La formulación y ejecución de programas de salud en comunidades indígenas, deberán consultar y aprovechar las reflexiones, trabajos y estudios realizados en esta materia y definir metodologías para acrecentar y depurar la experiencia en dicho campo.

**Artículo 4.** El Ministerio de Salud, las Direcciones Seccionales y Locales de Salud en cuya jurisdicción existan comunidades indígenas, harán convenios con las Escuelas de Ciencias de la Salud, con el fin de que éstas orienten programas o contenidos de formación tendientes a proporcionar profesionales y técnicos socialmente conscientes y capacitados para el trabajo con comunidades indígenas.

Tanto en el diseño como en la ejecución de tales programas de formación, deberá garantizarse una amplia participación a las comunidades indígenas.

**Artículo 5.** En adelante, la selección y el trabajo de los promotores de salud en las comunidades indígenas estarán sometidos a las siguientes normas generales:

- a) La selección del promotor será hecha por la comunidad interesada y será ratificada por la autoridad tradicional del grupo. El cargo, la capacitación y las funciones de cada promotor, se definirán de acuerdo con la comunidad, tomando en cuenta las necesidades de ésta y las capacidades del candidato.
- b) Las direcciones seccionales y locales de salud proporcionarán los medios necesarios para el cumplimiento de las funciones del promotor. De igual manera, definirá y adoptarán un modelo de educación del promotor y un sistema de contactos frecuentes y regulares que permitan apoyar y mejorar acciones y conocimientos. En el cumplimiento de estas últimas responsabilidades, se tendrá como propósito de interés prioritario el establecimiento de una adecuada red de radio-comunicación.
- c) Los promotores de salud de las comunidades indígenas tendrán el carácter de interlocutores permanentes entre las comunidades y las Direcciones Seccionales y Locales de Salud para la ejecución de las acciones y programas convenidos.
- d) Los cabildos o capitanes o. en general, las autoridades tradicionales propias de las comunidades, en coordinación con los organismos seccionales y locales de salud respectivos ejercerán la vigilancia y el control sobre la marcha de los programas de salud, tanto en el cumplimiento del promotor como en el uso de los recursos destinados a tales programas.
- e) Las comunidades indígenas demasiado pequeñas para justificar la creación de un cargo de promotor, que, por especiales razones culturales, lingüísticas o de aislamiento, no puedan disfrutar de los servicios del promotor más cercano, podrán demandar y obtener de las Direcciones Seccionales o locales de Salud, la capacitación de uno de sus miembros como voluntario, cuyo trabajo se regirá por las mismas normas que en este Decreto rigen al del promotor. No podrán las Direcciones Seccionales o Locales de Salud, so pretexto de lo dispuesto en este literal, eludir el debido cubrimiento de salarios a los promotores indígenas. Ni la responsabilidad de creación de los cargos de promotores cuando las condiciones y necesidades así lo demanden.

**Artículo 6.** La prestación de servicios de salud para las comunidades indígenas será gratuita. Esta gratuidad no excluye el que las comunidades, en armonía con su tradición cultural, puedan pactar

contraprestaciones a los servicios recibidos, pero en tal caso, dichas contraprestaciones tendrán que estar representadas en compromisos o acciones decididas por la propia comunidad y orientadas a realizar obras de interés comunitario que faciliten el éxito de los programas de salud.

**Artículo 7.** Con el fin de dar cumplimiento al artículo anterior y dar aplicación a lo ordenado en el artículo 19 de la ley 31 de 1967, el Ministerio de Salud, con la colaboración de las Direcciones Seccionales y Locales de Salud y de las propias comunidades indígenas, estudiarán y adoptarán fórmulas adecuadas para ampliar los recursos que demande el cumplimiento de tales compromisos.

**Artículo 8.** El Ministerio de Salud creará un grupo de atención en salud a las comunidades, compuesto por funcionarios con experiencia en este campo, con dedicación exclusiva y con las siguientes funciones:

- a) Definir las políticas generales para la prestación de servicios de salud en comunidades indígenas, con arreglo a las disposiciones de este decreto;
- b) Centralizar y difundir las reflexiones y experiencias en prestación de servicios de salud a comunidades indígenas;
- c) Asesorar las direcciones seccionales y locales de salud, para la adecuada prestación de tales servicios;
- d) Diseñar modelos especiales de información epidemiológica, que permitan establecer el estado de morbilidad y mortalidad de las comunidades;
- e) Coordinar con la división de Asuntos Indígenas del Ministerio de Gobierno y con las demás entidades estatales que tienen responsabilidades con comunidades indígenas, la formulación de las políticas de salud y de desarrollo, a fin de garantizar una acción coherente y eficaz del estado en las comunidades indígenas, y
- f) Promover la investigación sobre condiciones y mecanismos de diálogo entre las comunidades indígenas, sus sistemas de salud y la medicina institucional.

**Artículo 9.** Los organismos de dirección seccional de salud, en cuya jurisdicción existan comunidades indígenas, integrarán un grupo, o designarán un funcionario para el cumplimiento de las siguientes funciones:

- a) Asumir la responsabilidad de la adecuación y ejecución de las políticas generales para la prestación de servicios de salud de las comunidades indígenas;
- b) Coordinar y supervisar la prestación de servicio de salud a las comunidades indígenas, por los municipios e instituciones de su área de influencia, así como coordinar, con la oficina regional de la División de Asuntos Indígenas del Ministerio de Gobierno y demás entidades estatales, la adecuada prestación de servicios en el departamento, intendencia, o comisaría, y
- c) Coordinar con las instituciones de educación en salud, la formación de recursos humanos y los programas de educación continuada para promotores indígenas.

**Artículo 10.** Los organismos de dirección local, en cuya jurisdicción existan comunidades indígenas, crearán un grupo o designarán un funcionario para el cumplimiento de las siguientes funciones:

- a) Adecuar y ejecutar las políticas, planes y programas de salud para las comunidades indígenas de su territorio y adoptar los sistemas de información epidemiológica;
- b) Actuar como interlocutor permanente entre cada comunidad, la dirección local y la dirección seccional;
- c) Visitar las comunidades de su jurisdicción, por lo menos una vez al año. Evaluar conjuntamente con el cabildo, capitán o cabeza de autoridad tradicional y la comunidad, los planes, programas y acciones del año anterior, y definir los del año siguiente, con los recursos que demande su ejecución. De cada reunión se levantará un acta resumen, aprobada y suscrita por las autoridades del grupo y el funcionario, y de la cual se remitirán copias a la dirección seccional, al alcalde respectivo, a la representación regional de la división de asuntos indígenas y a la organización regional indígena correspondiente, y
- d) Coordinar con las instituciones prestadoras de servicios del municipio respectivo, la atención a pacientes provenientes de las comunidades indígenas con arreglo a las disposiciones del presente Decreto.

**Parágrafo transitorio.** En aquellos lugares donde no se haya conformado organismo de dirección local o que este no pudiere asumir las funciones asignadas en el artículo anterior, la Dirección Seccional, en desarrollo del principio de subsidiaridad las asumirá.

**Artículo 11.** Las relaciones entre las comunidades indígenas y los organismos de Dirección Seccional y local, reguladas por el artículo 9 y

10 del presente Decreto se ejercerán sin perjuicio del derecho de las comunidades a formar parte de los organismos de participación comunitaria del sistema de salud.

[...].

### **Decreto 1088 de Junio 10 de 1993**

**Por el cual se regula la creación de las asociaciones de Cabildos y/o autoridades tradicionales indígenas.**

**Artículo 3. Objeto.** Las asociaciones que regula este Decreto, tienen por objeto, el desarrollo integral de las comunidades indígenas.

Para el cumplimiento de su objetivo podrán desarrollar las siguientes acciones:

- a) Adelantar actividades de carácter industrial y comercial bien sea en forma directa, o mediante convenios celebrados con personas naturales o jurídicas.
- b) Fomentar en sus comunidades proyectos de salud, educación y vivienda en coordinación con las respectivas autoridades nacionales, regionales o locales y con sujeción a las normas legales pertinentes

[...]

### **Decreto Número 2357 de Diciembre 29 de 1995**

**Por medio del cual se reglamentan algunos aspectos del régimen subsidiado del Sistema de Seguridad Social en Salud**

**Artículo 18.** Cuotas de Recuperación. Son los dineros que deben pagar el usuario directamente a las instituciones prestadoras de Servicio de Salud en los siguientes casos:

1. Para la población indígena y la indigente no existirán cuotas de recuperación [...]

[...]

### **Decreto 723 de Marzo 14 de 1997**

**Por el cual se dictan disposiciones que regulan algunos aspectos de las relaciones entre las entidades territoriales, las entidades promotoras de salud y los prestadores de servicios de salud.**

**Artículo 7. Pagos.** El pago de los contratos de aseguramiento en salud deberán efectuarse por anticipado, con la periodicidad que de Común acuerdo establezcan las partes, de tal manera que se garantice la prestación de servicios a los afiliados al sistema, en los términos de la ley 100 de 1993.

**Artículo 8. Obligación de suministrar información por parte de las entidades territoriales.** la entidades territoriales deberán

disponer y suministrar a las entidades administradoras del régimen subsidiado y a los eventuales beneficiarios de subsidios, como mínimo la información que se describe a continuación, sin perjuicio de las demás exigencias contenidas en las diferentes normas:

- Lista de beneficiarios del régimen subsidiado conforme a la priorización fijada por las normas y las disponibilidad de recursos, actualizada dentro de los primeros cinco días de cada mes, estableciendo la entidad administradora a la cual se encuentra afiliados.

- Lista de espera de las personas identificadas como potenciales beneficiarios del régimen subsidiado, con el nivel de SISBEN o su equivalente, actualizado dentro de los cinco primeros días de cada mes.

[...]

### **Decreto 2753 de Noviembre 13 de 1997**

**Por el cual se dictan las normas para el funcionamiento de los Prestadores de Servicios de Salud en el Sistema**

**Artículo 18. Cuotas de Recuperación.** Son los dineros que deben pagar el usuario directamente a las Instituciones Prestadoras de Servicio de Salud en los siguientes casos:

1. Para la población indígena y la indigente no existirán cuotas de recuperación. [...]

[...]

### **Decreto Número 330 de Febrero 27 del 2001**

**Por el cual se expiden normas para la constitución y funcionamiento de Entidades Promotoras de Salud, conformadas por cabildos y/o autoridades tradicionales indígenas.**

**Artículo 1 Requisitos para la Constitución y Funcionamiento de Entidades Promotoras de Salud, EPS Indígenas.** Para organizar y garantizar la prestación de los servicios incluidos en el POS-S, los cabildos y/o autoridades tradicionales indígenas, podrán conformar Entidades Promotoras de Salud, EPS, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, previo el cumplimiento de los siguientes requisitos:

- a) Establecer de manera expresa en sus Estatutos que su naturaleza es la de ser una Entidad Promotora de Salud

- que administra recursos del Régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud;
- b) Constituir una cuenta independiente del resto de las rentas y bienes de cabildos y/o autoridades tradicionales indígenas;
  - c) Estar debidamente autorizada por la Superintendencia Nacional de Salud, previo el cumplimiento de los requisitos establecidos en el presente Decreto para administrar los recursos del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud;
  - d) Las Administradoras del Régimen Subsidiado Indígenas que existan actualmente, como las Entidades Promotoras de Salud Indígenas que en el futuro se constituyan, deberán contar para su funcionamiento, con un número mínimo de 20.000 afiliados indígenas, sin exceder de un 10% de la población afiliada no indígena, a partir del año siguiente de la vigencia del presente Decreto

**Parágrafo.** Las Entidades Promotoras de Salud, EPS Indígenas, que administren recursos del régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, deberán acreditar para su funcionamiento a partir del 1º de abril del año 2003, un mínimo de 50.000 personas afiliadas.

**Artículo 2. Objeto Social.** Las Entidades Promotoras de Salud, EPS Indígenas, tendrán como objeto garantizar y organizar la prestación de los servicios incluidos en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado POS-S. En consecuencia deberán afiliar y carnetizar a la población beneficiaria de subsidios en salud en los términos establecidos por las normas vigentes y administrar el riesgo en salud de los miembros de sus comunidades.

**Artículo 3. Cobertura.** Con el fin de proteger la unidad étnica y cultural de los pueblos indígenas, las Entidades Promotoras de Salud, EPS Indígenas, serán autorizadas por la Superintendencia Nacional de Salud para operar en todo el territorio nacional, de acuerdo con lo establecido en el presente Decreto.

**Artículo 4 Capital Social.** Las Entidades Promotoras de Salud, EPS Indígenas, a que se refiere el presente Decreto, serán autorizadas por la Superintendencia Nacional de Salud para afiliar a beneficiarios del

régimen subsidiado, con el objetivo de garantizar la prestación del POS-S, cuando acrediten mediante contador público, un capital social equivalente a 250 salarios mínimos por cada 5.000 afiliados. Este capital social podrá estar compuesto por los aportes de las comunidades, las donaciones recibidas y los excedentes que logre capitalizar.

**Parágrafo.** Los bienes que se aporten en especie solamente se computarán hasta por un valor que en ningún caso podrá superar al cincuenta por ciento (50%) del capital mínimo exigido, los cuales serán tomados por el valor en libros.

**Artículo 5 Revocatoria.** En los términos del numeral 2° del artículo 230 de la Ley 100 de 1993, la Superintendencia Nacional de Salud podrá revocar la autorización, entre otras causales, cuando la entidad no acredite dentro de los plazos que este organismo le señale:

- a) Un número mínimo de 20.000 afiliados a la fecha de suscripción del contrato de administración de subsidios, de acuerdo con lo establecido en el litera l d) del artículo 1° del presente Decreto y de 50.000 afiliados a partir del 1° de abril del año 2003;
- b) El margen de solvencia previsto en las disposiciones vigentes sobre la materia.

**Artículo 6. Transformación.** Las Empresas Solidarias de Salud, que se hayan conformado por cabildos y/o autoridades tradicionales indígenas y se encuentren autorizadas para su funcionamiento por la Superintendencia Nacional de Salud a la fecha de expedición del presente Decreto, podrán transformarse en una Entidad Promotora de Salud, EPS Indígena. Para tales efectos deberán dar cumplimiento a lo dispuesto por este Decreto y demás disposiciones vigentes y contar con la respectiva autorización de la Superintendencia Nacional de Salud.

**Parágrafo.** En estos eventos, las obligaciones y responsabilidades a cargo de las respectivas entidades serán de la EPS que resulte de la transformación, la cual deberá comunicar su cambio de naturaleza de manera escrita a los afiliados y demás personas naturales o jurídicas, públicas o privadas con las que se relacione.

**Artículo 7. Registro.** La Superintendencia Nacional de Salud llevará un registro independiente de las Entidades Promotoras de Salud, EPS Indígenas.

**Artículo 8. Sujeción a las autoridades indígenas.** Sin perjuicio de lo dispuesto en el presente Decreto y en las normas vigentes sobre la materia, las EPS Indígenas atenderán las directrices y orientaciones que les impartan los Cabildos y/o Autoridades Tradicionales Indígenas, en el ámbito de sus respectivas competencias, de conformidad con las normas vigentes.

**Artículo 9. Normas comunes.** Los aspectos y situaciones que no sean reguladas por el presente Decreto, se regirán por lo dispuesto en el Decreto 2357 de 1995, en el Decreto 1804 de 1999 y en las normas que los adicionen o modifiquen.

**Artículo 10. Vigencia.** El presente Decreto rige a partir de la fecha de su publicación.

[...]

### **Acuerdo Número 23 de 1996**

**Por medio del cual se define la forma y condiciones de operación del régimen subsidiado del Sistema de Seguridad Social en Salud.**

**Artículo 1. Objeto.** El presente Acuerdo define la forma y condiciones de operación del régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud. En consecuencia, determina los criterios para identificar a los beneficiarios de los subsidios, los mecanismos de selección de las entidades administradoras del régimen, define el contenido del plan de beneficios y los mecanismos de financiación, así como la administración de recursos del régimen subsidiado.

**Artículo 2. Beneficiarios del régimen.** Son beneficiarios del régimen subsidiado, toda la población pobre y vulnerable, que no tiene capacidad de cotizar al régimen contributivo y en consecuencia recibe subsidio total o parcial para completar el valor de la UPC-S, de conformidad con los criterios de identificación, el orden de prioridades y el procedimiento previsto en el presente acuerdo.

**Artículo 4. Comunidades Indígenas.** Las comunidades indígenas no están obligadas a aplicar el SISBEN. El Gobernador del Cabildo entregará al Alcalde del municipio un listado censal con el nombre, edad y sexo de las personas pertenecientes a su comunidad que deben ser Beneficiarias del Régimen Subsidiado.

**Artículo 9. Prelación para recibir subsidio.** Una vez identificados los eventuales beneficiarios del subsidio a la demanda, la dirección territorial correspondiente procederá a establecer el número de beneficiarios que podrán afiliarse al sistema general de seguridad

social en salud de acuerdo con los recursos disponibles en la vigencia fiscal correspondiente.

Determinado el número de subsidios que se puedan otorgar, la dirección procederá a identificar a los beneficiarios a quienes se les subsidiará la UPC-S en los términos del presente acuerdo, dando prelación a la población materno infantil, los residentes en áreas rurales y los indígenas.

Para efectos de la identificación de los beneficiarios con derecho preferencial de que trata el inciso anterior, se dará prioridad a la población materno infantil y los residentes en áreas rurales clasificados en el nivel 1 del Sisben.

**Artículo 18.** Valores diferenciales de la UPC-S Para el reconocimiento del pago del POS-S de los beneficiarios del régimen subsidiado, se determina la siguiente escala diferencial por grupos etáreos y por género:

Grupo etáreo	Escala diferencial	Valor real-95 (\$)
Menores de un año	1.61 UPC-S	120.753
Mujeres de 15 a 44 años	1.57 UPC-S	117.785
Otros grupos	0.83 UPC-S	62.234

Para los casos de indigencia debidamente verificadas y las comunidades indígenas las atenciones serán gratuitas y no pagarán copagos ni cuotas moderadoras.

Para los niveles 1 y 2 del Sisben y la población incluida en el listado censal, el copago máximo es del 5% del valor de la cuenta, con un tope máximo a pagar por atención de un mismo evento de 1 salario mínimo legal mensual vigente.

[...]

**Acuerdo Número 25 de 1996**

**Por el cual se establece el régimen de organización y funcionamiento de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud.**

## **Artículo 1. Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud**

. De conformidad con lo dispuesto en el Artículo 175 de la Ley 100 de 1993, los Departamentos, Distritos y Municipios podrán crear Consejos Seccionales, Distritales o Municipales de Seguridad Social en Salud, para el ejercicio de las funciones allí previstas y las que le asigne o delegue el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

**Artículo 2. Creación.** El Jefe de la entidad territorial departamental, distrital o municipal que corresponda, creará el Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud dentro de su respectiva jurisdicción.

**Artículo 3. Conformación.** Los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud, estarán conformados por los siguientes miembros: [...]

**12.** Un representante de las Comunidades Indígenas de la entidad territorial que será elegido por la propia comunidad de acuerdo con sus usos y costumbres. Su aceptación será de carácter obligatorio por parte del Jefe de la Entidad Territorial correspondiente.

**Parágrafo 1.** Los miembros no gubernamentales del Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud, serán designados por un periodo de dos (2) años contados a partir de la fecha de su posesión ante la máxima autoridad local.

**Parágrafo 2.** Esta designación es personal y no se permite nombrar suplentes o delegados.

**Artículo 5. Funciones de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud.** Son funciones de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud:

- 1.** Asesorar a las direcciones de salud en la respectiva jurisdicción en la formulación de planes, estrategias, programas y proyectos de salud, y en la orientación de los Sistemas Territoriales de Seguridad Social en Salud para que desarrollen las políticas definidas por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.
- 2.** Recomendar ante la Dirección de Salud la adecuación y alcance del plan de Atención Básica (PAB) al territorio de su jurisdicción.
- 3.** Asesorar a las Direcciones Departamentales, distritales y locales de salud, en el desarrollo progresivo del Sistema Territorial de Seguridad Social en Salud.
- 4.** Promover los planes de descentralización y ajuste institucional que deban hacerse para dar cabal cumplimiento a las disposiciones legales.

- 5.** Promover la transformación de los hospitales del ente territorial EN Empresas Sociales del estado e impulsar para ellas la adopción de políticas de desarrollo gerencial.
- 6.** Formular las recomendaciones pertinentes que conduzcan al fortalecimiento de las rentas propias como fuente de financiación del sector salud a nivel territorial.
- 7.** Velar por la participación comunitaria estimulando la formación de alianzas o asociaciones de usuarios y comités de participación que hagan congruente la política nacional a nivel territorial.
- 8.** Velar por la constitución de Empresas Solidarias de Salud cuando estén dadas las condiciones para su funcionamiento.
- 9.** Velar por el cumplimiento de las medidas necesarias para evitar la selección adversa de las poblaciones más pobres y vulnerables.
- 10.** Velar por la afiliación al Sistema general de Seguridad Social en Salud en el régimen Contributivo y Régimen Subsidiado.
- 11.** Hacer seguimiento y evaluación del SISBEN y responsabilizarse por el adecuado manejo de la información derivada del mismo, el seguimiento correspondiente de los carnetizados y los ajustes que de ellos se deriven.
- 12.** Promover el aseguramiento en las diferentes administradoras del Régimen Subsidiado de la población más pobre y vulnerable.
- 13.** Promover la ejecución de las políticas, acuerdos y demás determinaciones emanadas del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud por parte de las direcciones seccionales, distritales o municipales de salud, adecuándolas a la realidad territorial.
- 14.** Implantar y evaluar el Plan de Beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud en sus dos regímenes, sus respectivas Unidades de pago por Capacitación (UPC-C/UPC-S), en concordancia con lo establecido en el artículo 172 de la ley 100 de 1993, para

lograr los ajustes necesarios de acuerdo con la situación de salud y la demanda en su respectiva jurisdicción. El ajuste de la UPC-S no podrá superar en ningún caso el valor de la UPC-C.

- 15.** Presentar para aprobación del Consejo nacional de Seguridad Social en Salud el Programa de transformación de subsidios de la oferta a la demanda para su respectiva jurisdicción así como la aplicación de estos recursos en el valor de la UPC-S y los contenidos del Plan Obligatorio de Salud Territorial a aplicarse en su departamento.
- 16.** Autorizar la creación de otros Consejos territoriales de Seguridad Social en Salud en los municipios que a su juicio lo ameriten.

[...]

### **Acuerdo Número 30 de 1996**

#### **Por el cual se define el régimen de pagos compartidos y cuotas moderadoras dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud**

**Artículo 1. Cuotas moderadoras.** Las cuotas moderadoras tienen por objeto regular la utilización del servicio de salud y estimular su buen uso, promoviendo en los afiliados la inscripción en los programas de atención integral desarrollados por las EPS.

**Artículo 2. Copagos.** Los copagos son los aportes en dinero que corresponden a una parte del valor del servicio demandado y tienen como finalidad ayudar a financiar el sistema.

**Artículo 3. Aplicación de las cuotas moderadoras y copagos.** Las cuotas moderadoras serán aplicables a los afiliados cotizantes y a sus beneficiarios, mientras que los copagos se aplicarán única y exclusivamente a los afiliados beneficiarios.

**Artículo 11. Contribuciones de los afiliados dentro del régimen subsidiado.** Los beneficiarios del régimen subsidiado contribuirán a financiar el valor de los servicios de salud que reciban, a través de copagos establecidos según los niveles o categorías fijadas por el SISBEN de la siguiente manera:

**1.** Para los casos de indigencia debidamente verificada y las comunidades indígenas, la atención será gratuita y no habrá lugar al cobro de copagos. [...]

**Artículo 14. Vigencia.** El presente acuerdo rige a partir de la fecha de su publicación en el Boletín del Ministerio de Salud y modifica, en lo

pertinente, los Acuerdos 08, 11 y el artículo 19 del Acuerdo 23, expedidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

[...]

### **Acuerdo Número 32 de 1996.**

**Por el cual se dictan disposiciones sobre la distribución, asignación, administración y utilización de los recursos del régimen subsidiado, para la vigencia de 1996, y se determinan criterios adicionales para la selección de los beneficiarios del mismo**

#### **Ministerio de Salud**

#### **Artículo 13. Aseguramiento de las Comunidades Indígenas.**

Concurrirán en la financiación del aseguramiento de las comunidades indígenas los recursos del municipio donde se encuentren los asentamientos indígenas y los que por cofinanciación destina el Fondo de Solidaridad y Garantía al mismo municipio. Cuando los recursos asignados en principio sean insuficientes, la cofinanciación aumentará con los recursos específicos para subsidio a la población indígena presupuestados al interior de la subcuenta de solidaridad y recursos que los resguardos indígenas destinen para el subsidio con cargo a sus participaciones en los Ingresos Corrientes de la Nación.

**Parágrafo 1.** Para efectos de acceder a los recursos del subsidio, los gobernadores de los cabildos deberán entregar el listado de los miembros de su comunidad al alcalde del respectivo municipio, con copia a la Dirección General de Seguridad Social, Ministerio de Salud.

**Parágrafo 2.** El contenido del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado a las comunidades indígenas podrá ser ajustado, de común acuerdo, entre las administradoras del régimen subsidiado y las comunidades indígenas, previo concepto favorable de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud, dentro del tope máximo de la UPC subsidiada.

#### **Artículo 14. Distribución de los Recursos del Fosyga para la población Indígena.**

Para efectos de la distribución de los recursos del Fosyga con destinación específica para la población indígena, se autoriza al Ministerio de Salud para definir el monto que recibirá cada entidad territorial, sujetándose a los siguientes criterios:

- 1- Volumen de población indígena del ente territorial.
- 2- Esfuerzo financiero de la entidad territorial.
- 3- Esfuerzo financiero de los Resguardos.

[...]

### **Acuerdo Número 57 de 1997**

**Por el cual se modifica el Acuerdo No. 25 en relación con la conformación de los Consejos Territoriales de Seguridad Social.**

#### **Ministerio de Salud**

**Artículo 1.** Modificar el artículo 3o. del Acuerdo No. 25 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, que quedará así:

**Artículo 3. Conformación.** Los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud, estarán conformados por los siguientes miembros: [...]

**12.** Un representante de las Comunidades Indígenas de la entidad territorial que será elegido por la propia comunidad de acuerdo con sus usos y costumbres. Su aceptación será de carácter obligatorio por parte del Jefe de la Entidad Territorial correspondiente.

Serán invitados permanentes el Presidente de la Comisión Territorial correspondiente de la Red de Solidaridad Social, o su delegado y un representante de las Veedurías Comunitarias del territorio correspondiente.

**Parágrafo 1.** Los miembros no gubernamentales del Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud, serán designados por un periodo de dos (2) años contados a partir de la fecha de su posesión ante la máxima autoridad local. Los actuales miembros mantendrán su calidad por el periodo para el cual fueron designados.

**Parágrafo 2.** La designación es personal y no habrá suplentes o delegados. En el caso de los miembros que pueden ser representados por su delegado, la delegación no puede recaer en personas que por derecho propio formen parte del Consejo.

[...]

### **Acuerdo Número 59 de 1997**

**Por el cual se declara como evento catastrófico el desplazamiento masivo de población por causa de la violencia y se adoptan otras medidas relacionadas**

#### **Ministerio de Salud**

**Artículo 1. Declaración de evento catastrófico.** Declarar como evento catastrófico el desplazamiento masivo de la población por causa de la violencia.

Se considera que existe desplazamiento masivo de la población por causa de la violencia, cuando un grupo de personas se ha visto forzado a migrar dentro del territorio nacional, abandonando su lugar habitual de residencia y actividades por que

su vida, integridad física, seguridad o libertad personal ha sido vulnerada o se encuentra amenazada con ocasión de las siguientes situaciones que alteran el orden público:

- **Conflicto armado interno**
- Violaciones masivas de los derechos humanos
- Infracciones al derecho internacional humanitario

**Artículo 2. Atención en Salud a los desplazados.** Los desplazados por la violencia tendrán derecho a recibir los servicios de salud necesarios para la atención oportuna de la enfermedad derivada de la exposición de riesgos inherentes al desplazamiento, con sujeción a lo establecido en el artículo 167 de la Ley 100 de 1993, y en el Decreto 1283 de 1996.

Con los recursos a que se refiere el numeral 4o. del artículo 33 del Decreto 1283 de 1996 se financiará la atención en salud a la población desplazada por la violencia en los términos establecidos en el presente Acuerdo.

**Artículo 3. Ejecución de los Recursos.** En los casos en que se configure un evento catastrófico por desplazamiento masivo de la población por causa de la violencia, con los recursos de que trata el presente Acuerdo, el Ministro de Salud adoptará las medidas requeridas que garanticen la atención en salud a los desplazados que hayan sido identificados de conformidad con el inciso segundo del literal A, artículo 36 del Decreto No. 1283 de 1996.

El Ministro de Salud deberá informar al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, las medidas adoptadas y los recursos ejecutados.

[...]

### **Acuerdo Número 72 de 1997**

#### **Por medio del cual se define el Plan de Beneficios del Régimen Subsidiado.**

##### **Ministerio de Salud**

**Artículo 1. Contenidos del Plan Obligatorio de Salud para el Régimen Subsidiado.** El Plan Obligatorio de Salud Subsidiado comprende los servicios, procedimientos y suministros que el Sistema General de Seguridad Social en Salud garantiza a las personas aseguradas con el propósito de mantener y recuperar su salud.

**Artículo 8. Plan Obligatorio de Salud para comunidades indígenas.** El contenido del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado para las comunidades indígenas podrá ser ajustado y concertado entre las comunidades indígenas, las administradoras del régimen subsidiado y

la entidad territorial, con aprobación de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud, dentro del tope máximo de la PC subsidiada. Igualmente deberán ser concertadas las formas de prestación de servicios del POS objeto de la concertación y las IPSO que constituyen la red prestadora.

[...]

### **Acuerdo Número 77 de 1997**

### **Por medio del cual se define la forma y condiciones de operación del régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud**

#### **Ministerio de Salud**

**Artículo 1. Objeto.** El presente Acuerdo define la forma y condiciones de operación del régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud. En consecuencia, determina el procedimiento para identificar a los potenciales beneficiarios de los subsidios y el mecanismo de selección de los beneficiarios; el procedimiento de afiliación a las Administradoras del Régimen Subsidiado; y la contratación y ejecución de los recursos.

**Artículo 2. Beneficiarios del Régimen.** Son beneficiarios del régimen subsidiado, toda la población pobre y vulnerable, que no tiene capacidad de pago para cotizar al régimen contributivo y en consecuencia recibe subsidio total o parcial para completar el valor de la Unidad de Pago por Capitación subsidiada de conformidad con los criterios de identificación, el orden de prioridades y el procedimiento previsto en el presente Acuerdo.

**Artículo 3. Mecanismos de identificación de potenciales beneficiarios.** La identificación de los potenciales beneficiarios del régimen subsidiado se hará en todos los municipios del país mediante la aplicación del Sistema de Selección de Beneficiarios de Programas Sociales (SISBEN).

Cualquier ciudadano puede solicitar, en cualquier momento, que le sea aplicada la encuesta SISBEN en su municipio de residencia. De igual manera cualquier ciudadano puede solicitar que se revise una o varias encuestas determinadas con el fin de verificar la información allí consignada, o determinar la existencia de variaciones en la información inicial, que modifiquen el puntaje obtenido.

**Artículo 4. Identificación de beneficiarios pertenecientes a comunidades Indígenas.** Las comunidades indígenas no están

obligadas a aplicar el SISBEN. El Gobernador del Cabildo entregará al Alcalde del municipio un listado censal con el nombre, fecha de nacimiento, número de identificación, parentesco, sexo y discapacidad si la presenta, de las personas pertenecientes a su comunidad que deben ser beneficiarias del Régimen Subsidiado.

**Parágrafo.** Los indígenas que pertenezcan al régimen contributivo, por ser servidores públicos o empleados del sector privado, pensionados, o por desarrollar alguna actividad económica que les permita tener capacidad de pago, no podrán pertenecer al régimen subsidiado.

**Artículo 7. Verificación de la identificación de Beneficiarios.** A las Direcciones Locales y Distritales de Salud, Personerías Municipales, Veedurías Comunitarias, Mesas de Solidaridad y a los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud, les corresponde verificar que las personas identificadas como beneficiarios potenciales sean efectivamente las personas más pobres y vulnerables del respectivo municipio. Así mismo revisarán que se encuentren incluidas las personas que tendrían derecho a los subsidios.

**Artículo 9. Selección de nuevos beneficiarios.** Las Alcaldías elaborarán la lista de potenciales afiliados del régimen subsidiado con base en la información obtenida, según lo dispuesto en los artículos 3º, 4º y 5º del presente Acuerdo, y la estimación de recursos disponibles para cada periodo de contratación.

La lista deberá estar conformada por la población perteneciente a los niveles 1 y 2 del SISBEN y la identificada conforme a lo establecido en el artículo 5º del presente Acuerdo, teniendo en cuenta el siguiente orden:

1. Población del área rural.
2. Población indígena.
3. Población urbana.

En cada uno de los grupos de población, señalados en los numerales anteriores se priorizarán los potenciales afiliados así:

1. Mujeres en estado de embarazo y niños menores de cinco años.
2. Población con limitaciones físicas, síquicas y sensoriales.
3. Población de la tercera edad.
4. Mujeres cabeza de familia
5. Demás población pobre y vulnerable.

Dentro de cada grupo de potenciales afiliados se priorizarán de conformidad con el puntaje obtenido en la encuesta SISBEN.

En la identificación de potenciales afiliados se incluirá el Núcleo familiar.

Las Alcaldías elaborarán el listado de potenciales afiliados, en el estricto orden arriba señalado. Este listado deberá mantenerse en forma permanente, en lugar visible al público o también podrá estar a disposición para consultas a través de pantalla, y deberá actualizarse como mínimo dos veces al año, tres (3) meses antes de cada periodo de contratación.

Es obligación de las entidades territoriales identificar a las mujeres en estado de embarazo, mediante certificación expedida por la autoridad o institución que determine el Alcalde, con el fin de que sean tenidas en cuenta para la afiliación, en el orden establecido en el presente artículo. Igualmente, es obligación de las entidades territoriales identificar a los limitados físicos, síquicos y sensoriales, mediante certificación expedida por la autoridad o institución que determine el Alcalde.

La condición de mujer cabeza de familia será acreditada a través del procedimiento establecido en el artículo 2do. de la Ley 82 de 1.993.

**Parágrafo 1.** Se entenderá por Núcleo familiar, el compuesto por los cónyuges o compañeros permanentes y los hijos menores de 18 años, los mayores con deficiencia física o mental, o los mayores de edad menores de 25 años siempre y cuando no tengan capacidad de pago. Las personas que no se encuentren dentro del Núcleo definido deberán ser identificadas como un Núcleo familiar diferente. [...]

**Parágrafo 2.** Las personas que actualmente están afiliadas al régimen subsidiado continuarán en calidad de tales según la identificación establecida por el Núcleo familiar definido en el SISBEN.

Cuando una persona afiliada al régimen subsidiado se traslade al régimen contributivo, lo hará con el núcleo familiar definido para este último. Los demás familiares continuarán como beneficiarios del régimen subsidiado.

**Parágrafo 3.** Los limitados físicos, síquicos y sensoriales que reúnen las condiciones para pertenecer al régimen contributivo como beneficiarios o cotizantes, deberán permanecer en este.

**Artículo 10. Verificación de la selección.** A las Personerías Municipales, Veedurías Comunitarias, Mesas de Solidaridad y a los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud, Asociaciones y a las alianzas de usuarios, les corresponde verificar que la lista de afiliados potenciales se realice en el orden establecido en el presente Acuerdo.

En ejercicio de esta función podrán solicitar a las Alcaldías, Direcciones Seccionales, Distritales o Locales de Salud, la información necesaria para verificar la condición de los beneficiarios. Igualmente podrán ser veedores en la elaboración del listado priorizado de beneficiarios potenciales y solicitar a las autoridades respectivas, la modificación, adición o corrección de las listas.

**Artículo 11. Continuidad de la afiliación.** Los entes territoriales deberán garantizar, antes de cualquier ampliación de cobertura, la destinación de los recursos necesarios para garantizar la continuidad de los afiliados al régimen subsidiado.

**Artículo 12. Periodo de afiliación.** El periodo de afiliación a una Administradora del Régimen Subsidiado será de un año y deberá coincidir con el periodo de contratación, de que trata el artículo 30 del presente Acuerdo.

**Artículo 13. Libre escogencia de Administradora del Régimen Subsidiado.** Todos los afiliados actuales al régimen subsidiado, como los que lleguen a afiliarse tienen el derecho de libre elección de ARS. En el régimen subsidiado no se efectuarán procesos de ratificación de la afiliación, en consecuencia, si antes de 90 días de la terminación del periodo de contratación, el afiliado no manifiesta expresamente su voluntad de cambiar de Administradora, permanecerá en la que ha escogido inicialmente, por otro periodo de contratación.

**Parágrafo.** Los Gobernadores Indígenas, de Común acuerdo con las autoridades legítimamente reconocidas al interior de su comunidad, podrán seleccionar la Administradora del Régimen Subsidiado a la cual se afiliarán todos sus integrantes, buscando mantener la unidad étnica. Lo anterior no obsta para que los indígenas individualmente considerados puedan escoger una Administradora diferente. En este último caso no será imperativa la concertación de que trata el artículo 8° del Acuerdo 72 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

**Artículo 14. Traslado de administradora.** El afiliado podrá trasladarse libremente de Administradora cuando se cumpla cada periodo de afiliación, de conformidad con el siguiente procedimiento:

1. La voluntad de traslado se deberá manifestar, en cualquier momento, después de 6 meses de iniciado el respectivo periodo de afiliación y hasta noventa (90) días calendario antes del vencimiento del periodo.

Para este propósito y durante este tiempo deberá manifestar libremente su voluntad, en el formulario que para tal efecto defina el

Ministerio de Salud, en coordinación con la Superintendencia Nacional de Salud y entregar copia de este a la Administradora del Régimen Subsidiado de la cual se retire. Igualmente, en el mismo periodo, el afiliado entregará copia del formulario, a la Administradora del Régimen Subsidiado que ha escogido con el correspondiente radicado de la anterior Administradora.

2. Las Administradoras del Régimen Subsidiado deberán remitir a la respectiva Alcaldía o Dirección de Salud, la información sobre las personas que se afiliaron a su entidad Administradora, a más tardar sesenta (60) días calendario antes de iniciarse el periodo de contratación.
3. Las Alcaldías o Direcciones Locales de Salud, verificarán los listados enviados por las Administradoras del Régimen Subsidiado e informarán a estas últimas a más tardar cinco (5) días calendario antes de iniciarse el periodo de contratación sobre el listado definitivo de afiliados por los que se realizará el contrato y procederán a la firma del mismo.
4. El traslado de los afiliados se hará efectivo en el momento en que la respectiva entidad territorial suscriba el contrato con la Administradora del Régimen Subsidiado y lo registre presupuestalmente. La fecha del registro presupuestal debe coincidir con la fecha de suscripción del contrato.

**Parágrafo 1.** Cuando se presenten dos o más formularios de traslado de un mismo afiliado a distintas ARS, tendrá validez el que se haya radicado primero en la Alcaldía o Dirección de Salud, dentro del plazo previsto en el numeral 2 del presente artículo.

**Parágrafo 2.** En todo caso, el afiliado que se haya trasladado a otra Administradora del Régimen Subsidiado podrá revocar su voluntad, siempre que dentro de los cuarenta y cinco (45) días calendario siguientes al recibo del carnet, acredite debidamente, por cualquier medio, ante la respectiva Dirección Distrital, Departamental o Local de Salud, que el traslado que se revoca obedeció a hechos que hubieran eliminado o limitado de manera grave su libertad de escogencia.

**Parágrafo 3.** Las actividades que adelanten las Administradoras del Régimen Subsidiado tendientes a obtener el traslado entre ARS de los afiliados a dicho régimen, se circunscribirán únicamente a aquellas de carácter general conforme a las instrucciones que sobre la materia imparta la Superintendencia Nacional de Salud.

**Artículo 15. Proceso de selección de administradora para nuevos afiliados.** Los potenciales afiliados del régimen subsidiado escogerán libremente la Administradora del Régimen Subsidiado de su preferencia, de conformidad con el siguiente procedimiento:

1. Una vez identificados y seleccionados los beneficiarios de subsidios que pueden afiliarse, de conformidad con lo establecido en los capítulos II y III del presente Acuerdo, la Alcaldía les comunicará entre los noventa (90) y sesenta (60) días calendario antes de iniciarse el periodo de contratación, personalmente, por edicto y a través de un medio masivo de comunicación, que deben elegir una Administradora de Régimen Subsidiado, informándoles la lista de entidades posibles que se encuentran inscritas y autorizadas para operar en el municipio de su residencia, con sus direcciones respectivas.
2. Las Alcaldías o Direcciones Locales de Salud, suministrarán a las Administradoras del Régimen Subsidiado inscritas y autorizadas en su territorio, entre los noventa (90) y sesenta (60) días calendario antes de iniciarse el periodo de contratación, la lista priorizada de las personas seleccionadas para recibir el subsidio. Los listados deberán entregarse a todas las ARS en una misma fecha y deberán ser iguales para todas estas.
3. Para proceder a la inscripción, los beneficiarios del subsidio deberán seleccionar una Administradora del Régimen Subsidiado entre los sesenta (60) y treinta (30) días calendario antes de iniciarse el periodo de contratación,
4. Una vez realizadas las inscripciones, las Administradoras del Régimen Subsidiado entregarán a las Direcciones Locales de Salud, a más tardar veinte (20) días calendario antes de iniciarse el periodo de contratación, la lista de afiliados con sus respectivos formularios, con el fin de proceder a la celebración de los respectivos contratos.

5. Las Alcaldías o Direcciones Locales de Salud, verificarán los listados enviados por las Administradoras del Régimen Subsidiado e informarán a estas últimas a más tardar cinco (5) días calendario antes de iniciarse el periodo de contratación sobre el listado definitivo de afiliados por los que se realizará el contrato y procederán a la firma del mismo.
6. Los beneficiarios de subsidios inscritos, se entenderán afiliados, en el momento en que la respectiva entidad territorial suscriba el contrato con la Administradora del régimen subsidiado y lo registre presupuestalmente. La fecha del registro presupuestal debe coincidir con la fecha de suscripción del contrato.

**Parágrafo.** Las Direcciones de Salud deberán mantener en forma permanente y actualizada, en lugar visible al público, la lista y direcciones respectivas de las Administradoras del Régimen Subsidiado autorizadas para funcionar en su territorio.

**Artículo 16. Prohibición de afiliación forzosa.** Bajo ninguna circunstancia se permitirá la asignación forzosa de beneficiarios del Régimen Subsidiado a una determinada Administradora del Régimen Subsidiado.

En el caso en que un potencial afiliado seleccionado como beneficiario no haya hecho uso del derecho de libre escogencia, dentro de los términos establecidos en el presente Acuerdo, deberá esperar para su afiliación hasta el siguiente periodo de contratación dependiendo de la disponibilidad de recursos.

**Artículo 17. Actividades de promoción de servicios y mercadeo de Administradoras del Régimen Subsidiado.** Para efectos de brindar una mayor información a la comunidad beneficiaria, las entidades administradoras seleccionadas podrán realizar actividades de divulgación y promoción de sus servicios, y deberán informar sobre la red de servicios disponibles, con el fin de que el usuario escoja libremente la mejor alternativa

Si la Administradora ofrece servicios adicionales a los contemplados en el Plan de Beneficios del Régimen Subsidiado, estos deberán mantenerse durante el tiempo que el afiliado permanezca en la Administradora, y no podrán financiarse con cargo a la Unidad de Pago por Capitación Subsidiada.

**Parágrafo.** Las autoridades y entidades públicas de los órdenes Nacional, Distrital, Departamental y Municipal, diferentes a las Administradoras del Régimen Subsidiado no podrán promover o inducir, la afiliación a una determinada Administradora del Régimen Subsidiado. En consecuencia, las Administradoras del Régimen Subsidiado no podrán tener personal, propaganda u oficinas al interior de las Gobernaciones Alcaldías Municipales o Direcciones de Salud.

**Artículo 18. Carnetización de afiliados al régimen subsidiado.**

Toda la población afiliada al régimen subsidiado deberá identificarse mediante el carnet que expida la respectiva Administradora del Régimen Subsidiado y entregue de manera indelegable, el cual deberá contener como mínimo la información que para tal efecto definan la Superintendencia Nacional de Salud y el Ministerio de Salud.

Los afiliados deberán estar carnetizados completamente a más tardar treinta (30) días calendario después de haberse suscrito el contrato. La vigencia de los carnets será de acuerdo al periodo de contratación.

La Administradora deberá renovar la vigencia de los carnets de sus afiliados que no han expresado su voluntad de cambio de ARS, una vez vencido el plazo establecido en este Acuerdo para efectuar los traslados de Administradora del Régimen Subsidiado, dentro del plazo previsto en el inciso anterior.

A más tardar 5 días hábiles después de suscrito el contrato, la Entidad Territorial y la Administradora del Régimen Subsidiado deberá suministrar a su red prestadora de servicios, el listado de sus afiliados, con el fin de que puedan acceder a los servicios de salud, aún cuando no hayan recibido su carnet. En estos eventos el usuario podrá recibir los servicios con la presentación del respectivo formulario de afiliación. Una vez vencido el plazo para efectuar la carnetización, la entidad territorial sólo reconocerá a la ARS, los valores causados por concepto de UPC-S, a partir del momento en que el afiliado reciba su carnet, sin perjuicio de que la persona reciba los servicios que requiera desde el momento de la suscripción del contrato.

**Parágrafo 1.** Por carnetización de afiliados, se entenderá la entrega física del carnet a los afiliados.

**Parágrafo 2.** Todas las ARS, informarán a las entidades territoriales, el número e identificación de las personas carnetizadas en cada periodo de contratación.

**Artículo 19. Afiliación de recién nacidos.** Todo recién nacido, hijo de afiliado al régimen subsidiado, automáticamente quedará afiliado a

la Administradora del Régimen Subsidiado a la que pertenecen sus padres, sin perjuicio de que deba ser inscrito por éstos adjuntando el respectivo registro civil de nacimiento. Los entes territoriales reconocerán a la Administradora del Régimen Subsidiado el valor correspondiente a la Unidad de Pago por Capitación Subsidiada a partir de la fecha del nacimiento.

**Artículo 20. Reemplazos de personas inicialmente afiliadas.**

Cuando en una Administradora del Régimen Subsidiado existan cupos de subsidio disponibles por el fallecimiento del beneficiario o por perder la persona la calidad de beneficiario del régimen subsidiado, se asignará únicamente el subsidio para cubrir los nacimientos.

**Artículo 21. Información sobre afiliados.** Los entes territoriales deberán reportar la información que determine el Ministerio de Salud, Dirección General de Seguridad Social, en relación con los afiliados al régimen subsidiado.

**Artículo 22. Deber de información de las ARS.** Las Entidades Administradoras seleccionadas, deberán informar a las personas interesadas, de manera amplia, sobre los planes de beneficios que ofrece la entidad, el régimen de copagos, red de servicios, el sistema de referencia de pacientes y los mecanismos con que cuenta para garantizar una atención en salud con eficiencia, calidad y oportunidad.

**Artículo 23. Pérdida de la calidad de afiliado.** La calidad de afiliado al régimen subsidiado se pierde cuando se cumplen los requisitos definidos por la ley 100 y sus decretos reglamentarios para pertenecer al Régimen Contributivo.

Igualmente se perderá la calidad de afiliado, durante ese período, cuando se compruebe por parte de la entidad territorial, el uso fraudulento del carnet por parte de un afiliado.

Las Personerías Municipales, Veedurías Comunitarias, Mesas de Solidaridad, los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud y Asociaciones de Usuarios, verificarán los eventos en los cuales las personas pierdan la calidad de afiliados al régimen subsidiado.

**Artículo 24. Doble afiliación a los regímenes contributivo y subsidiado.** En el evento en que una persona posea carnet de afiliación al régimen contributivo y al régimen subsidiado, deberá devolver este último a la Administradora del Régimen Subsidiado a la cual se encuentre afiliado. Es obligación de las autoridades municipales, Administradoras del Régimen Subsidiado y de las

Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, retener los carnets del régimen subsidiado, cuando verifiquen la afiliación a los dos regímenes e informar este hecho a la Dirección de Salud.

**Artículo 25. Doble afiliación al régimen subsidiado.** Cuando una Administradora del Régimen Subsidiado, institución prestadora de servicios de salud, o autoridad municipal compruebe la afiliación de una persona a más de una administradora, informará de este hecho a las Direcciones Seccionales, Distritales o Locales de Salud, quienes informarán al afiliado que la ARS, a la cual pertenece es aquella que primero radicó su inscripción en el ente territorial.

En los eventos en que se verifique una doble afiliación, la Administradora del Régimen Subsidiado a la cual deje de pertenecer el afiliado, podrá afiliar otra persona beneficiaria del régimen subsidiado con cargo a estos recursos. En este caso el período de afiliación de la persona será el que falte para terminar el periodo de contratación y podrá ejercer su derecho a la libre escogencia en los plazos previstos en este Acuerdo.

Igual procedimiento se empleará cuando la persona se encuentre afiliada a los regímenes contributivo y subsidiado.

**Artículo 26. Sanciones a Administradoras del Régimen Subsidiado.** Si se comprueba que alguna Administradora ha promovido o inducido deliberadamente la doble afiliación de un beneficiario, la Superintendencia Nacional de Salud, impondrá a la Administradora las sanciones pertinentes.

**Artículo 27. Formulario único de afiliación y traslado.** El formulario único nacional de afiliación y traslado de Administradora del Régimen Subsidiado será el definido por el Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud.

**Artículo 28. Aseguramiento de la población que se traslada de municipio de residencia.** Cuando una persona, fije su residencia en un municipio diferente al que se afilió al régimen subsidiado, e informe de este hecho a la ARS a la que pertenece, tendrá derecho a recibir servicios de salud por parte de la red pública del municipio al que se traslada, con cargo a los recursos de la ARS, a las tarifas establecidas en el Decreto 2423 de 1.996 o las normas que lo adicionen o modifiquen, hasta que se venza el período de contratación respectivo. Para efectos de que la persona continúe siendo beneficiaria del régimen subsidiado, deberá presentar su carnet de afiliación al ente

territorial al que llega, con el fin de que sea tenido en cuenta en forma prioritaria para las siguientes ampliaciones de cobertura de ese municipio.

**Artículo 29. Contratos de Aseguramiento.** Una vez la Alcaldía o la Dirección de Salud verifique el listado de afiliados entregado por las Administradora del Régimen Subsidiado, procederán a suscribir los respectivos contratos de administración de subsidios.

Estos contratos se regirán por el derecho privado y deberán incluir como mínimo la información que determine el Ministerio de Salud. Podrán incluirse cláusulas exorbitantes.

Cuando la Administradora del Régimen Subsidiado cumpla con los requisitos exigidos en las normas para administrar los subsidios y los afiliados la hayan elegido, la Entidad Territorial deberá contratar con ella.

**Artículo 30. Período de contratación.** Los contratos del régimen subsidiado se celebrarán por un año, en dos períodos que comprenderán del primero (1) de abril al treinta y uno (31) de marzo y del primero (1) de octubre al treinta (30) de septiembre del siguiente año.

**Artículo 31. Caducidad del contrato.** Cuando se declare la caducidad de alguno de estos contratos el ente territorial, deberá adelantar el siguiente proceso:

1. Informar a los beneficiarios dentro de los diez (10) días calendario siguientes a la ejecutoria del correspondiente acto administrativo, que ha sido declarada la caducidad del contrato entre el ente territorial y la ARS a la que pertenece y comunicarles que tienen plazo, de quince (15) días calendario contados a partir de la ejecutoria del acto administrativo, para que procedan a hacer la libre elección de otra administradora, advirtiéndoles que si no la realizan dentro de tal término, no tendrá derecho a los subsidios durante ese periodo.
2. Las ARS deberán remitir a la Entidad Territorial el listado de beneficiarios inscritos dentro de los cinco (5) días calendario siguientes a la fecha de vencimiento para escoger administradora.
3. Los contratos con las Administradoras escogidas, se harán durante los cinco (5) días calendario siguientes a la remisión de los listados, por el término que faltare para completar el periodo de contratación correspondiente. Cuando al adelantar el proceso

descrito, se venza el periodo de contratación correspondiente, el nuevo contrato se hará hasta completar el periodo de contratación siguiente.

4. Si existe una sola ARS en el municipio y le es declarada la caducidad, la entidad territorial deberá convocar a otras ARS y en caso de no presentarse ninguna, deberá garantizar a los beneficiarios la atención en salud con cargo a los recursos para subsidios a la oferta, en calidad de vinculados.

**Parágrafo 1.** La declaratoria de caducidad se hará con estricta sujeción a las normas legales que regulan la materia.

**Parágrafo 2.** El ente territorial deberá garantizar la atención en salud de esta población, durante el periodo que transcurra entre la ejecutoria del acto administrativo y la celebración del nuevo contrato, con cargo a los recursos disponibles para subsidios a la oferta, en calidad de vinculados.

**Parágrafo 3.** Las Direcciones Seccionales, Distritales y Locales de Salud, deberán remitir, dentro de los cinco días hábiles siguientes, a la Superintendencia Nacional de Salud copia del acto administrativo ejecutoriado, con el cual se declare la caducidad de alguno de los contratos, con la documentación que fundamentó la decisión, los soportes del procedimiento adelantado y las circunstancias en que quedaron los afiliados a la ARS de que se trate.

**Artículo 32. Reporte de contratos al Ministerio de Salud.** Los contratos entre los entes territoriales y las Administradoras del Régimen Subsidiado o las renovaciones de los ya existentes, deberán reportarse por los entes territoriales, dentro de los plazos que establezca al Ministerio de Salud.

En todo caso, los contratos deben ser reportados a más tardar treinta (30) días calendario después de haberse suscrito. De no reportarse durante este tiempo, no habrá lugar a cofinanciación por parte del FOSYGA.

Igualmente, con el fin de poder determinar la cobertura de afiliación de cada municipio y en consecuencia establecer las políticas de cofinanciación de los recursos para subsidios a la demanda del Fondo de Solidaridad y Garantía, en cada vigencia; los entes territoriales deberán reportar a la Dirección General de Seguridad Social del Ministerio de Salud la suscripción de todo contrato del Régimen

Subsidiado, cualquiera que sea la fuente de financiación del mismo, incluyendo los contratos que se suscriban con las Cajas de Compensación Familiar para la administración de los recursos de que trata el artículo 217 de la ley 100 de 1.993.

**Artículo 33. Sostenibilidad de afiliaciones con recursos de esfuerzo propio.** Cuando los entes territoriales suscriban contratos para ampliación de cobertura con recursos de esfuerzo propio y sin cofinanciación del FOSYGA deberán garantizar durante las siguientes vigencias, la continuidad de dicha afiliación con recursos adicionales a los que por ley deben destinarse a subsidios a la demanda.

**Artículo 34. Ejecución de contratos.** Las Administradoras del Régimen Subsidiado deberán responder por el aseguramiento en salud de la población afiliada, a partir de la suscripción y registro presupuestal del respectivo contrato. En consecuencia los pagos se efectuarán a partir de dicha fecha.

Las ARS presentarán ante la Dirección de Salud de la respectiva entidad territorial la relación de los contratos de prestación de servicios de salud vigentes que acrediten la existencia de la red, cada vez que la Dirección lo solicite. Igualmente deberán informar todo cambio que se presente en la red de servicios disponible.

**Parágrafo.** Las ARS presentarán trimestralmente, ante la Superintendencia Nacional de Salud y ante la Dirección de Salud el estado de cartera frente a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y a proveedores, así como lo que le adeuda la respectiva entidad territorial por concepto de los contratos de aseguramiento vigentes. Con la misma periodicidad, los entes territoriales informarán al Ministerio de Salud y a la Superintendencia Nacional de Salud sobre los recursos del régimen subsidiado pagados y por pagar a las ARS contratadas.

**Artículo 35. Reporte de novedades.** Las ARS, deberán presentar bimestralmente un reporte de novedades a las Direcciones Distritales, Locales o Seccionales de Salud, donde conste el comportamiento de los afiliados a la respectiva Administradora, en virtud de los contratos suscritos con las entidades territoriales.

Dicho reporte de novedades deberá contener como mínimo la siguiente información:

- a. Nombre e identificación de los afiliados que se trasladaron al régimen contributivo.

- b. Nombre e identificación de los afiliados fallecidos.
- c. Nombre de las personas nacidas de afiliados en la respectiva ARS.
- d. Nombre e identificación de los afiliados que cambiaron su municipio de residencia.

**Parágrafo 1.** El pago a las Administradoras, se efectuará de conformidad con la información presentada en el reporte de novedades. Para que sea reconocida la UPC correspondiente a los nacimientos, la ARS deberá hacer entrega al ente territorial del registro civil de nacimiento.

**Parágrafo 2.-** El Ministerio de Salud definirá el formato único nacional para el reporte de novedades.

**Artículo 36. Verificación de la ejecución de los contratos.** Una vez finalizado cada período de contratación del régimen subsidiado, las entidades territoriales procederán a efectuar una verificación de la ejecución del contrato, de conformidad con el periodo de aseguramiento, el número de afiliados realmente carnetizados y el valor de la Unidad de Pago por Capitación Subsidiada.

**Artículo 37. Pagos a las Administradoras del Régimen Subsidiado.** Los pagos de las entidades territoriales a las Administradoras del Régimen Subsidiado deberán efectuarse por anticipado. En consecuencia las Entidades Territoriales no podrán dilatar el pago so pretexto de incumplimiento de la ARS. En caso de presentarse incumplimiento, de parte de las ARS las entidades territoriales deberán adelantar los procedimientos administrativos o judiciales vigentes en las normas.

**Artículo 38.- Interventoría y supervisión de contratos.** Es obligación de las entidades territoriales supervisar el cabal cumplimiento de las obligaciones a cargo de las Administradoras. Para este propósito se deberá establecer una interventoría interna o externa y remitir el resultado de los informes de esta interventoría a los Departamentos, cuando sea procedente, y a la Superintendencia Nacional de Salud.

**Artículo 39.- Contratos de prestación de servicios de salud.** De conformidad con el parágrafo del artículo 22 de la Ley 344 de 1.996 las Administradoras del Régimen Subsidiado deberán contratar con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas el 40 % del

valor de la UPC efectivamente destinada a la prestación de servicios de salud.

Sin perjuicio del cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 344 de 1996, las entidades territoriales al celebrar los contratos de régimen subsidiado, respetarán la libertad que tienen las Administradoras del Régimen Subsidiado para seleccionar los prestadores públicos con los cuales deban celebrar contrato de prestación de servicios de salud y se abstendrán de imponerles cláusulas o condiciones excesivamente gravosas, especialmente en lo correspondiente a la forma de pago.

En los términos del artículo 65 de la Ley 383 de 1997, los recursos de la UPC-S no podrán ser sujetos de retención en la fuente por impuestos de ningún orden.

**Artículo 40. Manejo de los Rendimientos de los recursos de cofinanciación.** Los rendimientos financieros de los Fondos Seccionales o Locales de Salud, que generen los recursos destinados para el subsidio a la demanda, se destinarán en primera instancia, para cubrir el aumento de la UPC-S de un año a otro y los nacimientos en caso de ser necesario. Una vez cubierto el aumento de la UPC-S y la financiación de la afiliación de los nacimientos, se podrán destinar para ampliación de cobertura.

Si se destinan recursos para ampliación de cobertura, las Direcciones Seccionales de Salud, distribuirán estos recursos para nuevos subsidios entre los municipios que presenten menores coberturas o entre los que tengan el menor per cápita de recursos para subsidios a la demanda.

Estas distribuciones deben efectuarse previo concepto del Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud y con la autorización de la Dirección General de Seguridad Social, que evaluará la sostenibilidad de estas nuevas afiliaciones en el tiempo.

**Artículo 41. Alternativa para el pago de subsidios a las Administradoras del Régimen Subsidiado con cargo a recursos transformados de oferta a demanda.** Las Direcciones de Salud podrán pactar con las Administradoras del Régimen Subsidiado, y con las IPS públicas o las Empresas Sociales del Estado, que se encuentren dentro de la red de servicios de la administradora, que una parte de la UPC-S sea cancelada a las ARS en servicios de salud que se comprometen a suministrar dichas prestadoras, de acuerdo con los siguientes parámetros:

1. La cuantía del convenio celebrado entre la ARS, la Dirección de Salud y las IPS no podrá ser superior al 20% del valor de la UPC-S por cada uno de los afiliados.

2. La suma de los convenios de “anticipo” o de “pago en servicios”, de que trata el presente artículo, que celebre la Dirección, no podrá superar el monto total de los recursos transformados.
3. El valor de los servicios que se comprometen a prestar las IPS, constituyen anticipos de los contratos de prestación de servicios que suscriban con las ARS y serán financiados con cargo a los recursos transformados de oferta (situado fiscal y rentas cedidas).
4. La ARS cancelará el valor del convenio con la IPS, en la forma como se estipule. No obstante, el anticipo se irá amortizando hasta con el 50% del valor de cada una de las cuentas que presente la IPS.
5. Las ARS mantendrán su autonomía para contratar la prestación de los servicios de salud con varios proveedores tanto de naturaleza pública como privada.

**Parágrafo.** En todo caso, la Dirección Territorial debe garantizar la sostenibilidad del proceso de transformación de recursos de que trata el presente artículo y en consecuencia el equivalente a los recursos transformados, no podrá programarse nuevamente como transferencias directas de las entidades territoriales en los presupuestos de las instituciones prestadoras de servicios. [...]

**Artículo 43. Aseguramiento de las Comunidades Indígenas.** Concurrirán en la financiación del aseguramiento de las comunidades indígenas los recursos del municipio o del departamento donde se encuentren los asentamientos indígenas y los que por cofinanciación destina el Fondo de Solidaridad y Garantía al mismo municipio. La cofinanciación podrá aumentar con los recursos específicos para subsidio a la población indígena presupuestados al interior de la Subcuenta de Solidaridad y recursos que los resguardos indígenas destinen para el subsidio con cargo a sus participaciones en los Ingresos Corrientes de la Nación.

Para efectos de acceder a los recursos del subsidio, los gobernadores de los cabildos deberán entregar el listado de los miembros de su comunidad al Alcalde, del respectivo municipio, con copia a la Dirección General de Seguridad Social del Ministerio de Salud, informando sobre los recursos del municipio y/o resguardo que están en capacidad de comprometer en el aseguramiento de su población.

**Artículo 45. Manejo de los recursos que administran las Empresas Solidarias de Salud.** Para el manejo de los recursos del régimen subsidiado las Empresas Solidarias de Salud, deberán constituir un encargo fiduciario.

**Artículo 46. Atención en salud para la población desplazada por la violencia.** La población desplazada por la violencia que se encuentra afiliada al régimen subsidiado deberá ser atendida según los contenidos del POS-S, con cargo a los recursos que la respectiva Administradora recibe por la afiliación de estas personas, en el lugar donde se hayan desplazado.

En caso de que no exista contrato de prestación de servicios entre la ARS y la IPS que atienda a la población desplazada por la violencia, la ARS reconocerá el valor de los servicios según las tarifas establecidas en el Decreto 2423 de 1.996 o las normas que lo adicionen o modifiquen.

**Artículo 47. Ampliación de beneficios y de beneficiarios del Régimen Subsidiado.** Una vez se haya logrado en un municipio el aseguramiento de la totalidad de los beneficiarios identificados mediante el SISBEN en los Niveles 1 y 2, y si los recursos que por ley deben destinarse a subsidios a la demanda lo permiten, sin utilizar los recursos del Fosyga, el Alcalde podrá desarrollar las siguientes alternativas, previa recomendación del Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud:

- Ampliación de los beneficiarios del Régimen Subsidiado incluyendo a los identificados como nivel 3 por el SISBEN, en estricto orden del puntaje de menor a mayor, y
- Ampliación de los contenidos del POS-S que le igualen o lo aproximen a lo definido para el POS del Régimen Contributivo, con el respectivo ajuste del valor del Subsidio.

**Artículo 48. Redistribución de recursos por parte de los Consejos Territoriales.** Los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud podrán redistribuir los recursos del FOSYGA, asignados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud para mantener cobertura, previa autorización de la Dirección General de Seguridad Social, siempre y cuando se garantice la continuidad de toda la población afiliada por municipio.

**Artículo 49. Atención a no asegurados.** Las personas, sin capacidad de pago, que no hayan podido afiliarse al régimen

subsidiado por disponibilidad de recursos para subsidios a la demanda, deberán ser atendidas, en calidad de vinculados, en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas o Empresas Sociales del Estado o IPS privadas que tengan contrato con el Estado para el efecto, con cargo a los recursos del subsidio a la oferta.

**Artículo 50. Poblaciones especiales.** Los mecanismos de identificación, selección, afiliación y subsidio de poblaciones especiales definidas por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, continuarán vigentes. Así mismo el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, podrá definir mecanismos especiales para diferentes tipos de población.

**Artículo 51. Contratación con prestadores de servicios de salud de carácter público.** Las ARS, deberán contratar la prestación de servicios de salud directamente con las instituciones prestadoras que tengan capacidad jurídica para efectuar dichos contratos.

En todo caso, siempre se deberá garantizar que los recursos derivados de estos contratos, sean recibidos por quien efectivamente presta el servicio.

**Artículo 52. Información sobre potenciales beneficiarios y afiliados.** Las entidades territoriales deberán mantener actualizada una base de datos única donde estén registrados todos los potenciales beneficiarios del régimen subsidiado independientemente de su mecanismo de identificación y así mismo todos los afiliados al régimen subsidiado por ARS en su territorio. Esta información deberá ser suministrada a la Superintendencia Nacional de Salud y al Ministerio de Salud.

**Parágrafo.** Con el objeto de actualizar la información, en el momento de nuevas afiliaciones por ampliación de cobertura, se validarán las inscripciones hechas en cada ARS y se incluirán en la base de datos.

**Artículo 53. Identificación de múltiples afiliaciones.** En un tiempo no superior a 6 meses contados a partir de la fecha de publicación del presente Acuerdo, las Entidades Territoriales, deberán efectuar un cruce de las bases de datos de los afiliados a cada ARS para identificar aquellos que se encuentren afiliados a más de una Administradora. Para estos efectos las Administradoras deberán entregar al ente territorial las bases de datos de sus afiliados.

Una vez realizada la validación los entes territoriales informarán a las ARS cual es el listado definitivo de sus afiliados, así como al

administrador fiduciario de los recursos del FOSYGA, en forma simultánea. Esta validación e información deberá realizarse semestralmente, en los meses de junio y diciembre a partir de 1998.

El administrador fiduciario de los recursos del FOSYGA reportará la información al Ministerio de Salud y a la Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo con la reglamentación y estructura de datos que el Ministerio de Salud expida para el funcionamiento del sistema de información del Sistema General de Seguridad Social en Salud

[...]

### **Circular 007 de Abril 9 de 1997**

**Para: Secretarios de Salud, Jefes de Servicios Seccionales, Directores de Departamento Administrativo de Servicios de Salud, Directores de hospitales y Centros de Salud.**

**De: Ministra De Salud**

**Asunto:** Atención en salud a la población indígena de Colombia.

Este despacho en ejercicio de las funciones consagradas en los artículos 4o y 7o del Decreto 1292 de 1994 en concordancia con el Decreto 1811 de 1990, y con el fin de garantizar la atención en salud a las comunidades indígenas en todos los niveles, imparte las siguientes instrucciones:

1. La población indígena afiliada a las ARS será atendida con cargo a ellas, en actividades, procedimientos, intervenciones y suministros incluidos en el POS Subsidiado.

De acuerdo con lo dispuesto en el Decreto 1811 de 1990, las actividades, procedimientos, intervenciones y suministros no incluidos en el POS Subsidiado, con cargo a los recursos del Subsidio de Oferta, deberán ser prestados por las instituciones públicas o aquellas privadas con las que se tenga contrato, a toda la población indígena afiliada a las ARS y con carácter prioritario. En ningún caso podrán exigir cuotas de recuperación por los servicios prestados a esta población.

Con el fin de garantizar la Atención en Salud de la Población indígena no afiliada al sistema, en cumplimiento del Decreto 1811 de 1990, ésta será atendida en forma gratuita con cargo a los recursos de oferta transferidos a las instituciones públicas o aquellas privadas que tengan contrato con la Nación o las Entidades Territoriales. [...]

## **9.2 PRACTICAS TRADICIONALES**

**Ley 21 de Marzo 4 de 1991 por la que se aprueba el Convenio 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes. Ratificado en Agosto 7 de 1991**

**Artículo 25.**

**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 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. [...]

[...]

### **Decreto 1811 de Agosto 6 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**

**Artículo 2.** Todo programa y, en general, toda acción de salud que se proyecte adelantar en comunidades indígenas, deberá ser previamente acordada con ellas y aprobada por los respectivos cabildos o autoridades que ejerzan el gobierno interno de las mismas.

**Parágrafo.** Con el fin de garantizar decisiones fundamentales en la reflexión, deberá respetarse la lengua, los mecanismos propios de discusión comunitaria y toma de decisiones, y dedicar el tiempo suficiente a los análisis y discusiones preliminares a tales acuerdos. A las discusiones, podrán las autoridades tradicionales, invitar a las organizaciones indígenas o cualquier otra persona que estimen conveniente.

**Artículo 8.** El Ministerio de Salud creará un grupo de atención en salud a las comunidades, compuesto por funcionarios con experiencia en este campo, con dedicación exclusiva y con las siguientes funciones: [...]

**e)** Promover la investigación sobre condiciones y mecanismos de diálogo entre las comunidades indígenas, sus sistemas de salud y la medicina institucional.

[...]

### **Decreto 2753 de Noviembre 13 de 1997**

#### **Por el cual se dictan las normas para el funcionamiento de los Prestadores de Servicios de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.**

**Artículo 4.** De diseño de los servicios. Los prestadores de servicios de salud deben tener en cuenta en el diseño de sus servicios la diversidad étnica y cultural de la población, y pueden incorporar los diversos procedimientos diagnósticos y terapéuticos de medicina alopática y alternativa. Los procedimientos de las terapias alternativas, sólo pueden ser ejercidos por personal médico. Los prestadores de servicios de salud concertarán con las comunidades indígenas la prestación de los servicios, teniendo en cuenta el respeto por sus tradiciones.

**Parágrafo.** En ningún caso las adecuaciones a que hace referencia este artículo pueden ir en desmedro de la calidad o la responsabilidad de los prestadores de servicios de salud en la prestación de sus servicios.

**Artículo 18. Cuotas de Recuperación.** Son los dineros que deben pagar el usuario directamente a las Instituciones Prestadoras de Servicio de Salud en los siguientes casos:

**2.** Para la población indígena y la indigente no existirán cuotas de recuperación.

[...]

**Resolución Número 005078 de Junio 30 de 1992**

**Por la cual se adoptan normas técnico-administrativas en materia de Medicinas Tradicionales y Terapéuticas Alternativas y se crea el Consejo Asesor para la conservación y el desarrollo de las mismas.**

**Artículo 1. Definiciones.** Para efectos de la presente resolución se adoptan las siguientes definiciones:

**Culturas Médicas Tradicionales.** Son el conjunto de conocimientos, creencias, valores, actitudes y comportamientos que se acostumbran ancestralmente en nuestras comunidades, para la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la explicación de las enfermedades.

Terapéuticas alternativas. son el conjunto de procedimientos terapéuticos derivados de las diversas culturas médicas existentes en el mundo, empleados para la prevención, tratamiento, rehabilitación y explicación de las enfermedades

**Artículo 2** Corresponde a las Instituciones del sistema de Salud:

1. Incentivar la investigación, la recuperación, el respeto y la revalorización de las Culturas Médicas Tradicionales y de las Terapéuticas alternativas.

2. Brindar información adecuada sobre las distintas concepciones y métodos terapéuticos de las diversas culturas médicas, a las personas que lo requieran y a las instituciones educativas en el área de la salud.
3. Propiciar diálogos entre los servicios de salud y la comunidad, para adecuar los servicios asistenciales a las particularidades culturales y sociales de cada región.
4. Diseñar e implementar mecanismos de interacción entre los servicios institucionales de salud, las Culturas Médicas Tradicionales y las Terapéuticas alternativas, sin menoscabo de ninguno de ellos, para la prestación de los servicios especialmente en el Primer Nivel de Atención

**Artículo 3.** El Ministerio de Salud, promoverá y facilitará el intercambio de conocimientos entre los agentes de las Culturas Médicas Tradicionales, el personal institucional de salud y de los Centros de Educación formal e informal.

**Artículo 4.** El Ministerio de Salud, concertará con el Ministerio de Educación, el Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior, ICFES, las universidades y las instituciones educativas, el estudio y ubicación en sus contextos académicos de las Terapéuticas alternativas y de las Culturas Médicas Tradicionales, así como los niveles de formación, condiciones y características de las instituciones educativas en este campo.

**Artículo 5.** El Ministerio de Salud, promoverá la articulación al sistema de prestación institucional de servicios de salud de aquellos recursos y procedimientos de las Culturas Médicas Tradicionales y las Terapéuticas Alternativas, que en cada región resulten como consecuencia de acuerdos entre las autoridades de salud y los representantes de las comunidades.

**Parágrafo** En desarrollo del artículo anterior, las instituciones prestatarias de servicios de salud, podrán vincular profesionales con formación en las Culturas Médicas Tradicionales y Terapéuticas Alternativas, buscando la complementación de distintos saberes.

**Artículo 6.** El Ministerio de Salud, fomentará la realización de eventos en los que se examinen las experiencias de desarrollo de las Culturas Médicas Tradicionales y de las Terapéutica Alternativas y legitimación social que han tenido lugar, las legislaciones que regulen su ejercicio, así como el uso de productos naturales.

**Artículo 7.** Créase el Comité Asesor para el desarrollo de las culturas Médicas Tradicionales y de las Terapéuticas Alternativas, el cual estará integrado por:

- El Ministro de Salud o su delegado, quien lo presidirá.
- Un (1) representante del Instituto Colombiano de Antropología.
- Un (1) representante de cada una de las organizaciones indígenas de carácter nacional.
- Un (1) representante de las agremiaciones de médicos practicantes de las terapéuticas alternativas.
- Un (1) representante de las agremiaciones de homeópatas.
- Un (1) representante de las Facultades de Ciencia de la Salud.
- Un (1) delegado de la Subdirección de Servicios Asistenciales de la Dirección General Técnica de este Ministerio.
- Un (1) delegado de la Subdirección de Recursos Humanos de este organismo.

**Artículo 8.** El Consejo creado en el artículo anterior tendrá las siguientes funciones:

Proponer las políticas, estrategias y programas para la promoción y el desarrollo de las Culturas Médicas Tradicionales y de las Terapéuticas Alternativas.

Proponer las competencias técnicas necesarias para la formación del personal en este campo.

Proponer una reglamentación sobre aspectos éticos atinentes al ejercicio de estas disciplinas.

Proponer mecanismos de control de calidad de los servicios y de las sustancias terapéuticas empleadas.

**Artículo 9.** El Ministro de Salud gestionará ante el Ministerio de Hacienda la provisión de los recursos necesarios en su presupuesto ordinario, para incentivar la investigación, recuperación y difusión, la formación de personal y la realización de experiencias de articulación a la prestación institucional de servicios de las culturas Médicas Tradicionales y de las Terapéuticas alternativas.

**Artículo 10.** La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación.

[...]

### **9.3 PROTECCION DE PLANTAS MEDICINALES**

**Ley 21 de Marzo 4 de 1991 por la que se aprueba el Convenio 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes. Ratificado en Agosto 7 de 1991**

#### **Artículo 25.**

1. [...]

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. [...]

[...]

### **9.4 ATENCIÓN EN SALUD DE ACUERDO A SUS USOS Y COSTUMBRES**

**Ley 21 de Marzo 4 de 1991 por la que se aprueba el Convenio 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes. Ratificado en Agosto 7 de 1991**

#### **Artículo 25**

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 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. [...]

[...]

**Decreto Número 2357 de Diciembre 29 de 1995**

**Por medio del cual se reglamentan algunos aspectos del régimen subsidiado del Sistema de Seguridad Social en Salud**

**Artículo 4. Del Diseño de los servicios. [...]**

Los prestadores de servicios de salud deben tener en cuenta en el diseño de sus servicios la diversidad étnica y cultural de la población y pueden incorporar los

diversos procedimientos diagnósticos y terapéuticos de medicina alopática y alternativa. Los procedimientos de las terapias alternativas, solo pueden ser ejercidos por personal médico. Los prestadores de servicios de salud concertarán con las comunidades indígenas la prestación de los servicios, teniendo en cuenta el respeto por sus tradiciones.

**Parágrafo.** en ningún caso las adecuaciones a que hace referencia este artículo pueden ir en desmedro de la calidad o la responsabilidad de los prestadores de servicios de salud en la prestación de sus servicios.

**Artículo 18.** Cuotas de Recuperación. Son los dineros que deben pagar el usuario directamente a las instituciones prestadoras de Servicio de Salud en los siguientes casos:

1. Para la población indígena y la indigente no existirán cuotas de recuperación [...] [...]

ECUADOR

## 9.1 ACCESO -GRATUIDAD

### Constitución Política

**Artículo 44.** El Estado formulará la política nacional de salud y vigilará su aplicación; controlará el funcionamiento de las entidades del sector, reconocerá, respetará y promoverá el desarrollo de las medicinas tradicional y alternativa, cuyo ejercicio será regulado por la ley e impulsará el avance científico- tecnológico en el área de la salud, con sujeción a los principios bioéticos

**Artículo 45.** El estado organizará un sistema nacional de salud, que se integrará con las entidades públicas, autónomas, privadas y comunitarias del sector. Funcionará de manera descentralizada, desconcentrada y participativa.

**Artículo 60.** El seguro social campesino será un régimen especial del seguro general obligatorio para proteger a la población rural y al pescador artesanal del país. Se financiará con el aporte solidario de los asegurados y empleadores del sistema nacional de seguridad social, la aportación diferenciada de las familias protegidas y las asignaciones fiscales que garanticen su fortalecimiento y desarrollo. Ofrecerá prestaciones de salud, y protección contra las contingencias de invalidez, discapacidad, vejez y muerte.

Los seguros públicos y privados que forman parte del sistema nacional de seguridad social, contribuirán obligatoriamente al financiamiento del seguro social campesino a través del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, conforme lo determine la ley.

[...]

**Decreto Supremo 1037 de Octubre 14 de 1966 por el cual se adhiere a la Convención Internacional sobre la eliminación de todas las formas de Discriminación Racial.**

**Artículo 5.**

En conformidad con las obligaciones fundamentales estipuladas en el artículo 2 de la presente Convención, los Estados partes se comprometen a prohibir y eliminar la discriminación racial en todas sus formas y a garantizar el derecho de toda persona a la igualdad ante la ley, sin distinción de raza, color y origen nacional o étnico, particularmente en el goce de los derechos siguientes: [...]

**e)** Los derechos económicos, sociales y culturales, en particular: [...]

**iv)** El derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales; [...]

[...]

**Resolución Legislativa sin número publicada en Registro Oficial 304 de Abril 24 de 1998 por la cual se aprueba el Convenio 169 de la OIT sobre Pueblos indígenas y Tribales en países independientes. Ratificado Abril 30 de 1998.**

**Artículo 7 . [...]**

**2.** El mejoramiento de las condiciones de vida y de trabajo y del nivel de salud y educación de los pueblos interesados, con su participación y cooperación, deberá ser prioritario en los planes de desarrollo económico global de las regiones donde habitan. Los proyectos especiales de desarrollo para estas regiones deberán también elaborarse de modo que promuevan dicho mejoramiento. [...]

**Artículo 25**

**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 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.

**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.

**Artículo 30**

**1.** Los gobiernos deberán adoptar medidas acordes a las tradiciones y culturas de los pueblos interesados, a fin de darles a conocer sus derechos y obligaciones, especialmente en lo que atañe al trabajo, a las posibilidades económicas, a las cuestiones de educación y salud, a los servicios sociales y a los derechos dimanantes del presente Convenio.

**2.** A tal fin, deberá recurrirse, si fuere necesario, a traducciones escritas y a la utilización de los medios de comunicación de masas en las lenguas de dichos pueblos.

[...]

**Decreto Número 1642 de 30 de septiembre 13 del 1999**

**Por el cual se crea la Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas como una dependencia del Ministerio de Salud Pública, con autonomía técnica, administrativa y funcional**

**Artículo 2.** Asígnase a la Dirección Nacional de Salud de los pueblos indígenas las siguientes funciones: [...]

**3.** La aplicación del Plan Nacional de Salud de este Ministerio en las comunidades y pueblos indígenas

**4.** La respuesta a problemas inmediatos y emergentes en el ámbito de salud en las comunidades indígenas.

**9.2 PRACTICAS TRADICIONALES**

**Constitución Política**

**Artículo 44.** El Estado formulará la política nacional de salud y vigilará su aplicación; controlará el funcionamiento de las entidades del sector, reconocerá, respetará y promoverá el desarrollo de las medicinas

tradicional y alternativa, cuyo ejercicio será regulado por la ley e impulsará el avance científico- tecnológico en el área de la salud, con sujeción a los principios bioéticos

**Artículo 84.** El Estado reconocerá y garantizará a los pueblos indígenas, de conformidad con esta Constitución y la ley, el respeto al orden público y a los derechos humanos los siguientes derechos colectivos:

[...]

9. A la propiedad intelectual colectiva de sus conocimientos ancestrales; a su valoración, uso y desarrollo conforme a la ley.

[...]

A sus sistemas conocimientos y prácticas de medicina tradicional, incluido el derecho a la protección de los lugares rituales y sagrados, plantas, animales, minerales y ecosistemas de interés vital desde el punto de vista de aquella.

[...]

**Resolución Legislativa sin número publicada en Registro Oficial 304 de Abril 24 de 1998 por la cual se aprueba el Convenio 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales en países independientes. Ratificado Abril 30 de 1998.**

**Artículo 25**

**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 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. [...]

[...]

**Decreto 1642 de Septiembre 13 de 1999**

**Por el cual se crea la Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas como una dependencia del Ministerio de Salud Pública, con autonomía técnica, administrativa y funcional**

**Artículo 2.** Asígnase a la Dirección Nacional de Salud de los pueblos indígenas las siguientes funciones:

1. La articulación y coordinación de acciones a fin de incorporar las prácticas de medicina tradicional a las de medicina académica e incentivar la legislación sobre la materia de acuerdo a lo presentado en las normas constitucionales.

La formación de personal indígena de salud tanto en el campo de la medicina tradicional como en el de la medicina académica. [...]

### **9.3 PROTECCIÓN DE PLANTAS MEDICINALES**

#### **Constitución Política**

**Artículo 84.** El Estado reconocerá y garantizará a los pueblos indígenas, de conformidad con esta Constitución y la ley, el respeto al orden público y a los derechos humanos los siguientes derechos colectivos: [...]

12. A sus sistemas conocimientos y prácticas de medicina tradicional, incluido el derecho a la protección de los lugares rituales y sagrados, plantas, animales, minerales y ecosistemas de interés vital desde el punto de vista de aquella;

[...]

**Resolución Legislativa sin número publicada en Registro Oficial 304 de Abril 24 de 1998 por la cual se aprueba el Convenio 169 de la OIT sobre Pueblos indígenas y Tribales en países independientes. Ratificado Abril 30 de 1998.**

**Artículo 25**[...]

**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. [...]

[...]

### **9.4 ATENCIÓN EN SALUD DE ACUERDO A SUS USOS Y COSTUMBRES**

**Resolución Legislativa sin número publicada en Registro Oficial 304 de Abril 24 de 1998 por la cual se aprueba el Convenio 169 de la OIT sobre Pueblos indígenas y Tribales en países independientes. Ratificado Abril 30 de 1998.**

**Artículo 25**

**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 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. [...]  
[...]

## EL SALVADOR

### **9.1 ACCESO -GRATUIDAD**

Decreto Ley 2709 de Septiembre 18 de 1958 por el que se aprueba el Convenio 107 de 1957 de la OIT sobre Poblaciones Indígenas y Tribales. Ratificado en el Diario Oficial 183 de Octubre 2 de 1958.

#### **Artículo 19.**

**Los sistemas existentes de seguridad social se deberán extender progresivamente, cuando sea factible:**

- a) **a los trabajadores asalariados pertenecientes a las poblaciones en cuestión;**
- b) **a las demás personas pertenecientes a dichas poblaciones.**

#### **Artículo 20.**

**1. Los gobiernos asumirán la responsabilidad de poner servicios de sanidad adecuados a disposición de las poblaciones en cuestión.**

**2. La organización de esos servicios se basará en el estudio sistemático de las condiciones sociales, económicas y culturales de las poblaciones interesadas.**

**3. El desarrollo de tales servicios estará coordinado con la aplicación de medidas generales de fomento social, económico y cultural.**

[...]

Decreto Ley 27 de Noviembre 23 de 1979 por el que se aprueba la Convención Internacional sobre la eliminación de todas las formas de Discriminación Racial. Ratificada en el Diario Oficial 218 de Noviembre 23 de 1979

#### **Artículo 5.**

**En conformidad con las obligaciones fundamentales estipuladas en el artículo 2 de la presente Convención, los Estados partes se comprometen a prohibir y eliminar la discriminación racial en todas sus formas y a garantizar el derecho de toda persona a la igualdad ante la ley, sin**

**distinción de raza, color y origen nacional o étnico, particularmente en el goce de los derechos siguientes: [...]**

**e) Los derechos económicos, sociales y culturales, en particular: [...]**

**iv) El derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales; [...]**

## GUATEMALA

### **9.1 ACCESO -GRATUIDAD**

#### **Constitución Política.**

**9.2 Artículo 98.** Participación de las comunidades en programas de salud. Las comunidades tienen el derecho y el deber de participar activamente en la planificación, ejecución y evaluación de los programas de salud.

[...]

**Decreto Ley 105-82 de Noviembre 30 de 1982 que aprueba la Convención Internacional sobre la eliminación de todas las formas de Discriminación Racial. Ratificado Noviembre 30 de 1982.**

#### **Artículo 5.**

En conformidad con las obligaciones fundamentales estipuladas en el artículo 2 de la presente Convención, los Estados partes se comprometen a prohibir y eliminar la discriminación racial en todas sus formas y a garantizar el derecho de toda persona a la igualdad ante la ley, sin distinción de raza, color y origen nacional o étnico, particularmente en el goce de los derechos siguientes: [...]

**e) Los derechos económicos, sociales y culturales, en particular: [...]**

**iv) El derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales; [...]**

[...]

**Decreto Legislativo 9-96 de Marzo 5 de 1996 que aprueba el Convenio 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes.**

**Ratificado Abril 10 de 1996.**

#### **Artículo 7 .[...]**

**2.** El mejoramiento de las condiciones de vida y de trabajo y del nivel de salud y educación de los pueblos interesados, con su participación y

cooperación, deberá ser prioritario en los planes de desarrollo económico global de las regiones donde habitan. Los proyectos especiales de desarrollo para estas regiones deberán también elaborarse de modo que promuevan dicho mejoramiento. [...]

**Artículo 25**

**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 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.

**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.

**Artículo 30**

**1.** Los gobiernos deberán adoptar medidas acordes a las tradiciones y culturas de los pueblos interesados, a fin de darles a conocer sus derechos y obligaciones, especialmente en lo que atañe al trabajo, a las posibilidades económicas, a las cuestiones de educación y salud, a los servicios sociales y a los derechos dimanantes del presente Convenio.

**2.** A tal fin, deberá recurrirse, si fuere necesario, a traducciones escritas y a la utilización de los medios de comunicación de masas en las lenguas de dichos pueblos.

[...]

**Decreto Legislativo Número 295 de Octubre 28 de 1946**

**Ley Orgánica del Instituto guatemalteco de Seguridad Social.**

**Artículo 61.** El Instituto debe coordinar su acción con los organismos públicos o privados que se dediquen al mejoramiento económico,

social y cultural de los grupos indígenas, con el objeto de trazar y llevar a la práctica la política integral indigenista que ordena el artículo 83 de la Constitución.

Cuando dichos organismos pertenezcan al Estado o estén subvencionados por éste, quedan obligados a ayudar al Instituto, con el objeto de facilitar sus labores.

[...]

### **Decreto Legislativo Número 90-97 de Octubre 2 de 1997**

### **Código de Salud con participación de la comunidad en programas de servicios de salud.**

**Artículo 1. Del derecho a la salud.** Todos los habitantes de la República tienen derecho a la prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de su salud, sin discriminación alguna.

**Artículo 4. Obligación del Estado.** El Estado, en cumplimiento de su obligación de velar por la salud de los habitantes y manteniendo los principios de equidad, solidaridad y subsidiaridad, desarrollará a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en coordinación con las instituciones oficiales centralizadas, descentralizadas y autónomas, comunidades organizadas y privadas, acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de salud, así como las complementarias pertinentes, a fin de procurar a los guatemaltecos el más completo bienestar físico, mental, social. Asimismo, el Ministerio de salud pública y asistencia social garantizará la prestación de servicios gratuitos a aquellas personas y sus familias cuyo ingreso personal no les permita costear parte o la totalidad de los servicios de salud prestados.

**Artículo 5. Participación de la comunidad.** El Estado garantizará el ejercicio del derecho y el cumplimiento del deber de la comunidad de participar en la administración parcial o total de los programas y servicios de salud. Para fines de este código, en lo sucesivo la administración comprenderá la planificación, organización, dirección, ejecución, control y fiscalización social.

**Artículo 18. Modelo de atención integral de salud.** El Ministerio de Salud debe definir un modelo de atención, que promueva la participación de las demás instituciones sectoriales y de la comunidad organizada, que priorice las acciones de promoción y prevención de salud, garantizando la atención integral de salud, en los diferentes

niveles de atención y escalones de complejidad del sistema, tomando en cuenta el contexto nacional multiétnico, pluricultural y multilingüe.

[...]

### **Decreto Legislativo Número 42-2001 de Septiembre 27 de 2001**

#### **Ley de Desarrollo Social con especial atención a los Pueblos Indígenas y otros grupos de población considerados de mayor vulnerabilidad social.**

**Artículo 24. Protección a la salud.** Todas las personas tienen derecho a la protección integral de la salud y el deber de participar en la promoción y defensa de la salud propia, así como la de su familia y su comunidad. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en coordinación con el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, atenderá las necesidades de salud de la población mediante programas, planes, estrategias y acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, mediante la prestación de servicios integrados, respetando, cuando clínicamente sea procedente, las prácticas de medicina tradicional e indígena.

### **9.3 PRACTICAS TRADICIONALES**

#### **Decreto Legislativo 9-96 de Marzo 5 de 1996 que aprueba el Convenio 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes.**

**Ratificado Abril 10 de 1996.**

##### **Artículo 25**

**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 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. [...]

[...]

**Decreto Legislativo Número 90-97 de Octubre 2 de 1997**

**Código de Salud con participación de la comunidad en programas de servicios de salud.**

**Artículo 39. Programas de educación.** Los programas de educación e información para la promoción de salud, deberán ser diseñados para su fácil y adecuada comprensión; en el caso de los grupos étnicos deberán ser realizados en su propio idioma, valorando, respetando y considerando sus creencias, culturas, prácticas.

**Artículo 161. Sistemas alternativos.** El Estado a través del Sector, incorporará, regulará y fortalecerá los sistemas alternativos, como la homeopatía, la medicina natural, la medicina tradicional, medidas terapéuticas y otras para la atención de la salud, estableciendo mecanismos para su autorización, evaluación y control.

[...]

**Decreto Legislativo Número 42-2001 de Septiembre 27 de 2001**

**Ley de Desarrollo Social con especial atención a los Pueblos Indígenas y otros grupos de población considerados de mayor vulnerabilidad social.**

**Artículo 24. Protección a la salud.** Todas las personas tienen derecho a la protección integral de la salud y el deber de participar en la promoción y defensa de la salud propia, así como la de su familia y su comunidad. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en coordinación con el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, atenderá las necesidades de salud de la población mediante programas, planes, estrategias y acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, mediante la prestación de servicios integrados, respetando, cuando clínicamente sea procedente, las prácticas de medicina tradicional e indígena.

#### **9.4 PROTECCIÓN DE PLANTAS MEDICINALES**

**Decreto Legislativo 9-96 de Marzo 5 de 1996 que aprueba el Convenio 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes. Ratificado Abril 10 de 1996.**

**Artículo 25** [...]

**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. [...]

[...]

## **9.5 ATENCIÓN EN SALUD DE ACUERDO A SUS USOS Y COSTUMBRES**

**Decreto Legislativo 9-96 de Marzo 5 de 1996 que aprueba el Convenio 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes. Ratificado Abril 10 de 1996.**

### **Artículo 25**

**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 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. [...]

[...]

## HONDURAS

### **9.1 ACCESO -GRATUIDAD**

**Decreto 26 de Mayo 25 de 1994 que aprueba el Convenio 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes. Ratificado Marzo 28 de 1995.**

### **Artículo 7 .[...]**

**2.** El mejoramiento de las condiciones de vida y de trabajo y del nivel de salud y educación de los pueblos interesados, con su participación y cooperación, deberá ser prioritario en los planes de desarrollo económico global de las regiones donde habitan. Los proyectos especiales de desarrollo para estas regiones deberán también elaborarse de modo que promuevan dicho mejoramiento. [...]

### **Artículo 25**

**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 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.

**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.

#### **Artículo 30**

**1.** Los gobiernos deberán adoptar medidas acordes a las tradiciones y culturas de los pueblos interesados, a fin de darles a conocer sus derechos y obligaciones, especialmente en lo que atañe al trabajo, a las posibilidades económicas, a las cuestiones de educación y salud, a los servicios sociales y a los derechos dimanantes del presente Convenio.

**2.** A tal fin, deberá recurrirse, si fuere necesario, a traducciones escritas y a la utilización de los medios de comunicación de masas en las lenguas de dichos pueblos.

[...]

**Decreto 61-2002 de Julio 6 de 2002 que aprueba la Convención Internacional sobre la eliminación de todas las formas de Discriminación Racial.**

**Instrumento de adhesión de Septiembre 13 de 2002.**

#### **Artículo 5.**

En conformidad con las obligaciones fundamentales estipuladas en el artículo 2 de la presente Convención, los Estados partes se comprometen a prohibir y eliminar la discriminación racial en todas sus formas y a garantizar el derecho de toda persona a la igualdad ante la ley, sin distinción de raza, color y origen nacional o étnico, particularmente en el goce de los derechos siguientes: [...]

**e)** Los derechos económicos, sociales y culturales, en particular: [...]

**iv)** El derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales; [...]  
[...]

## **9.2 PRACTICAS TRADICIONALES**

**Decreto 26 de Mayo 25 de 1994 que aprueba el Convenio 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes. Ratificado Marzo 28 de 1995.**

**Artículo 25**

**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 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. [...]

[...]

## **9.3 PROTECCIÓN DE PLANTAS MEDICINALES**

**Decreto 26 de Mayo 25 de 1994 que aprueba el Convenio 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes. Ratificado Marzo 28 de 1995.**

**Artículo 25[...]**

**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. [...]

[...]

## **9.4 ATENCIÓN EN SALUD DE ACUERDO A SUS USOS Y COSTUMBRES**

**Decreto 26 de Mayo 25 de 1994 que aprueba el Convenio 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes. Ratificado Marzo 28 de 1995.**

### **Artículo 25**

**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 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. [...]

[...]

## MÉXICO

### **9.1 ACCESO -GRATUIDAD**

#### **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos Modificada por Decreto de Abril 25 del 2001**

**Artículo 2.** La Nación Mexicana es única e indivisible.[...]

**B** [...]

Para abatir las carencias y rezagos que afectan a los pueblos y comunidades indígenas, dichas autoridades, tienen la obligación de: [...]

**III.** Asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud mediante la ampliación de la cobertura del sistema nacional, aprovechando debidamente la medicina tradicional, así como apoyar la nutrición de los indígenas mediante programas de alimentación, en especial para la población infantil.[...]

[...]

**Convención Internacional sobre la eliminación de todas las formas de Discriminación Racial. Aprobada por el Senado el 6**

**de diciembre de 1973 y Ratificada por el Ejecutivo el 20 de febrero de 1975.**

**Artículo 5.**

En conformidad con las obligaciones fundamentales estipuladas en el artículo 2 de la presente Convención, los Estados partes se comprometen a prohibir y eliminar la discriminación racial en todas sus formas y a garantizar el derecho de toda persona a la igualdad ante la ley, sin distinción de raza, color y origen nacional o étnico, particularmente en el goce de los derechos siguientes: [...]

**e)** Los derechos económicos, sociales y culturales, en particular: [...]

**iv)** El derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales; [...]

[...]

**Convenio 169 de la OIT. Convenio 169 de la OIT.- Aprobado por el Senado el 11 de julio de 1990 y Ratificado por el Ejecutivo el 5 de septiembre de 1990.**

**Artículo 7 .[...]**

**2.** El mejoramiento de las condiciones de vida y de trabajo y del nivel de salud y educación de los pueblos interesados, con su participación y cooperación, deberá ser prioritario en los planes de desarrollo económico global de las regiones donde habitan. Los proyectos especiales de desarrollo para estas regiones deberán también elaborarse de modo que promuevan dicho mejoramiento. [...]

**Artículo 25**

**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 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.

**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.

**Artículo 30**

**1.** Los gobiernos deberán adoptar medidas acordes a las tradiciones y culturas de los pueblos interesados, a fin de darles a conocer sus derechos y obligaciones, especialmente en lo que atañe al trabajo, a las posibilidades económicas, a las cuestiones de educación y salud, a los servicios sociales y a los derechos dimanantes del presente Convenio.

**2.** A tal fin, deberá recurrirse, si fuere necesario, a traducciones escritas y a la utilización de los medios de comunicación de masas en las lenguas de dichos pueblos.

[...]

**Constitución Política del estado Libre y Soberano de Chiapas  
Periódico Oficial de Entidad Federativa de 9-Oct-90**

**Artículo 13.** [...]

El estado protegerá y promoverá el desarrollo de la cultura, lenguas, usos, costumbres, tradiciones y formas de organización social, política y económica de las comunidades indígenas. También garantizará a sus integrantes el acceso pleno a la justicia, a los servicios de salud y a una educación bilingüe que preserve y enriquezca su cultura. Fomentará; asimismo, la plena vigencia de los derechos de los indígenas a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos, a una vivienda digna y decorosa, así como los derechos de las mujeres y los niños.

Se reconoce y protege el derecho de las comunidades indígenas para elegir a sus autoridades tradicionales de acuerdo a sus usos, costumbres y tradiciones. [...]

Los derechos indígenas que esta Constitución consagra, deberán ser protegidos y regulados por la ley reglamentaria respectiva y por las demás leyes, en sus correspondientes ámbitos de competencia, y serán, además, garantizados por las autoridades estatales y municipales, así como por las autoridades tradicionales de las comunidades indígenas.

[...]

**Ley de Derechos y Cultura Indígena del Estado de Chiapas  
Expedida el 29 de Julio de 1999**

**Artículo 48.** El acceso efectivo de los indígenas a los servicios de salud constituye una acción prioritaria para el Estado.

**Artículo 49.** El Estado instrumentará programas específicos para la construcción y mejoramiento de clínicas de salud regionales, así como para el funcionamiento de unidades móviles de salud en las comunidades indígenas más apartadas, para satisfacer las necesidades de servicios de salud de los indígenas.

[...]

**Ley de Derechos, Cultura y Organización Indígena del Estado de Quintana Roo.**

**Publicada en el Periódico Oficial del Estado el 30 de julio de 1998**

**Artículo 35.** El Estado, en coordinación con los municipios, proporcionará lugares específicos adecuados, como casas tradicionales de salud, para que los médicos tradicionales mayas lleven a cabo su labor, dotándolos de los materiales que necesiten para su desempeño.

[...]

## **9.2 PRACTICAS TRADICIONALES**

**Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos**

**Modificada por Decreto de abril 25 del 2001**

**Artículo 2.** La Nación Mexicana es única e indivisible.[...]

**B** [...]

Para abatir las carencias y rezagos que afectan a los pueblos y comunidades indígenas, dichas autoridades, tienen la obligación de:

[...]

**III.** Asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud mediante la ampliación de la cobertura del sistema nacional, aprovechando debidamente la medicina tradicional, así como apoyar la nutrición de los indígenas mediante programas de alimentación, en especial para la población infantil.[...]

[...]

**Convenio 169 de la OIT. Convenio 169 de la OIT.- Aprobado por el Senado el 11 de julio de 1990 y Ratificado por el Ejecutivo el 5 de septiembre de 1990.**

**Artículo 25**

**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 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. [...]

[...]

### **Ley Forestal**

**D.O.F. del 20 mayo de 1997**

**Artículo 13.** El aprovechamiento con fines comerciales de los recursos naturales no maderables que señalen las normas oficiales mexicanas, requerirá de un aviso que el interesado presente por escrito en la secretaría, en los términos del reglamento de esta ley.

El aprovechamiento de recursos y materias primas forestales para uso doméstico, así como las actividades silvopastoriles en terrenos forestales, se sujetarán a las normas oficiales mexicanas que expida la Secretaría.

Se considerarán de uso doméstico aquellos recursos y materias primas forestales que utilicen las comunidades indígenas en sus rituales.

[...]

### **Constitución Política del estado Libre y Soberano de Campeche Periódico Oficial de Entidad Federativa de 6-Jul--96**

**Artículo 7.** [...]

En la educación básica que imparta el estado será obligatoria la enseñanza de una lengua indígena, en aquellas comunidades en donde la existencia de integrantes de pueblos indígenas sea de regular proporción. El Estado apoyará el desarrollo y promoción de conocimientos, medicina tradicional y tecnologías indígenas.

[...]

### **Ley de Derechos y Cultura Indígena del Estado de Chiapas Expedida el 29 de Julio de 1999**

**Artículo 50.** Los médicos tradicionales indígenas podrán practicar sus conocimientos ancestrales sobre la medicina tradicional y herbolaria para fines curativos y rituales, con las modalidades que al respecto

establezca la Ley de Salud de la entidad y sin que estos suplan la obligación del Estado de ofrecer los servicios institucionales de salud.

**Artículo 51.** Las clínicas y unidades de salud a que se refiere el Artículo 49 de esta Ley, deberán proporcionar espacios y apoyos a los médicos tradicionales indígenas para la práctica de su medicina.

[...]

## **Constitución Política del Estado libre y soberano de Tabasco 5-4-1917**

**Artículo 2.** El Estado de Tabasco, reconoce expresamente en términos del artículo 2º. De la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que como parte de la nación mexicana tiene una composición pluricultural, sustentada en la diversidad de pueblos y comunidades indígenas que se encuentran asentados y conviven en su territorio.

Se reconoce a los pueblos y comunidades indígenas establecidos en el Estado, su derecho a la libre determinación, mismo que se ejercerá en un marco constitucional de autonomía que asegure la unidad estatal y nacional en consecuencia tendrán autonomía para: [...]

### **VII [...]**

El Estado apoyará el desarrollo y promoción de los conocimientos y la medicina tradicional indígena.[...]

### **9.3 PROTECCIÓN DE PLANTAS MEDICINALES**

**Convenio 169 de la OIT. Convenio 169 de la OIT.- Aprobado por el Senado el 11 de julio de 1990 y Ratificado por el Ejecutivo el 5 de septiembre de 1990.**

**Artículo 25.**[...]

**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. [...]

[...]

### **Ley Forestal**

**D.O.F. del 20 mayo de 1997**

**Artículo 13.** El aprovechamiento con fines comerciales de los recursos naturales no maderables que señalen las normas oficiales mexicanas, requerirá de un aviso que el interesado presente por escrito en la secretaría, en los términos del reglamento de esta ley.

El aprovechamiento de recursos y materias primas forestales para uso doméstico, así como las actividades silvopastoriles en terrenos forestales, se sujetarán a las normas oficiales mexicanas que expida la Secretaría.

Se considerarán de uso doméstico aquellos recursos y materias primas forestales que utilicen las comunidades indígenas en sus rituales.

[...]

### **Ley de Derechos y Cultura Indígena del Estado de Chiapas Expedida el 29 de Julio de 1999**

**Artículo 52.** Los programas estatales y municipales que se diseñen para la conservación y desarrollo de la medicina tradicional indígena contendrán, por lo menos, la asesoría necesaria para la debida recolección y clasificación de plantas y productos medicinales, así como métodos y sistemas de investigación y capacitación para la superación de quienes practican la medicina tradicional.

### **Ley General de Desarrollo Forestal sustentable Publicada en el D.O.F de Febrero 25 de 2003.**

**Artículo 105.** La Comisión deberá promover y apoyar el conocimiento biológico tradicional de los pueblos y comunidades indígenas y ejidos, así como el fomento y el manejo sustentable de los árboles, arbustos y hierbas para la autosuficiencia y para el mercado, de los productos de las especies útiles, incluyendo medicinas, alimentos, materiales para la construcción, leña combustible, forrajes de uso doméstico, fibras, aceites, gomas, venenos, estimulantes, saborizantes, colorantes, insecticidas, ornamentales, aromatizantes, artesanales y melíferas.

## **9.4 ATENCIÓN EN SALUD DE ACUERDO A SUS USOS Y COSTUMBRES**

**Convenio 169 de la OIT. Convenio 169 de la OIT.- Aprobado por el Senado el 11 de julio de 1990 y Ratificado por el Ejecutivo el 5 de septiembre de 1990.**

### **Artículo 25**

**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 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. [...]

[...]

## **Constitución Política del estado Libre y Soberano de Chihuahua**

**Periódico Oficial de Entidad Federativa de 1- Oct- -94**

### **Artículo 10.** [...]

Los servicios de salud que el estado proporcione a los pueblos indígenas se plantearán en coordinación con éstos, teniendo en cuenta su idioma, usos y costumbres.

[...]

## **Ley de Derechos, Cultura y Organización Indígena del Estado de Quintana Roo.**

**Publicada en el Periódico Oficial del Estado el 30 de julio de 1998**

**Artículo 33.** Los programas institucionales de salud establecerán los medios para que beneficien a las comunidades indígenas, los cuales en su aplicación respetarán sus usos, costumbres y tradiciones, en particular la medicina tradicional.

**Artículo 34.** Las instituciones de salud que actúen en las comunidades indígenas, promoverán y fomentarán el uso de la medicina tradicional, para lo cual, registrarán y acreditarán a la personas que usen los métodos tradicionales de salud y atención maternal, con el apoyo necesario en su aplicación, dotándolos de los elementos para que lleven a cabo su labor de manera adecuada.

La Secretaría de Salud del Estado instrumentará las medidas necesarias para que el personal de las instituciones de salud pública que actúen en las comunidades indígenas, cuenten con los conocimientos básicos sobre la cultura, costumbres e idioma de estas comunidades.

NICARAGUA

## 9.1 ACCESO -GRATUIDAD

### **Constitución Política**

#### **Artículo 105.** [...]

Los servicios de educación, salud y seguridad social, son deberes indeclinables del Estado, que está obligado a prestarlo sin exclusiones, a mejorarlos y ampliarlos.

Las instalaciones e infraestructura de dichos servicios propiedad del estado, no pueden ser enajenados bajo ninguna modalidad.

Se garantiza la gratuidad de la salud para los sectores vulnerables de la población, priorizando el cumplimiento de los programas materno-infantil. Los servicios estatales de salud y educación deberán ser ampliados y fortalecidos. [...]

[...]

#### **Acuerdo Ejecutivo No. 15 de Septiembre 19 de 1977 por el que se aprueba la Convención Internacional sobre la eliminación de todas las formas de discriminación racial. Ratificada Diciembre 3 de 1977.**

##### **Artículo 5.**

En conformidad con las obligaciones fundamentales estipuladas en el artículo 2 de la presente Convención, los Estados partes se comprometen a prohibir y eliminar la discriminación racial en todas sus formas y a garantizar el derecho de toda persona a la igualdad ante la ley, sin distinción de raza, color y origen nacional o étnico, particularmente en el goce de los derechos siguientes: [...]

**e)** Los derechos económicos, sociales y culturales, en particular: [...]

**iv)** El derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales; [...]

[...]

#### **Decreto No. 53- 94 de 7 de diciembre de 1994.**

#### **Creación del Comité Nacional del Decenio Internacional de las Poblaciones Indígenas (CONADIPI)**

**Artículo 4.** CONADIPI tendrá las siguientes atribuciones: [...]

**b)** Diseñar propuestas de políticas nacionales de demarcación y legalización de tierras y dotación de servicios de Salud, Educación, Empleo, Asistencia Técnica, Protección a la Economía Tradicional y Desarrollo Sostenible para los Pueblos Indígenas.

**c)** Promover la coordinación o participación del Gobierno y de los Pueblos y Comunidades Indígenas en conjunto con Organismos No

Gubernamentales, nacionales o extranjeros y las Instituciones Internacionales interesadas en los asuntos indígenas en el esfuerzo del fortalecimiento de la Cooperación Nacional e Internacional en la solución de problemas que enfrentan los Pueblos Indígenas en las esferas de Derechos Humanos, Medio Ambiente, Desarrollo, Educación y Salud. [...]

[...]

### **Decreto A.N. Número 3584 de Julio 9 del 2003**

#### **Reglamento a la Ley Número 28 "Estatuto de Autonomía de las regiones de la Costa Atlántica de Nicaragua"**

**Artículo 3.** Para efectos del presente Reglamento se establecen las siguientes definiciones: [...]

**Modelo Regional de Salud.** Es el conjunto de principios, normas, disposiciones, regímenes, planes, programas, intervenciones e instrumentos adoptados por las regiones autónomas por medio de resoluciones de carácter vinculante y obligatorio que orientan y dirigen la acción de salud en sus respectivas regiones autónomas.

**Artículo 15.** El plan de inversiones del sector en las Regiones Autónomas debe de orientarse hacia el fortalecimiento de la capacitación de los recursos humanos, la infraestructura física y a mejorar el equipamiento y los suministros médicos y no médicos.

**Artículo 16.** Las Regiones Autónomas, en coordinación con el Ministerio de Salud, elaborarán e impulsarán una estrategia de desarrollo global en dicho sector, que contribuya al fortalecimiento de servicios de atención primaria, medicina preventiva, rehabilitación de la salud, incorporando la promoción de la participación comunal e intersectorial.

## **9.2 PRACTICAS TRADICIONALES**

### **Ley No.28 de Septiembre 2 de 1987**

#### **Estatuto de la Autonomía de las regiones de la Costa Atlántica de Nicaragua**

**Artículo 11.** Los Habitantes de las comunidades de la Costa Atlántica tienen derecho

a: [...]

**8.** Rescatar en forma científica y en coordinación con el sistema nacional de salud, los conocimientos de medicina natural acumulados a lo largo de su historia. [...]

[...]

**Decreto A.N. Número 3584 de Julio 9 del 2003**

**Reglamento a la Ley Número 28 "Estatuto de Autonomía de las regiones de la Costa Atlántica de Nicaragua"**

**Artículo 14.** Los servicios de salud, serán prestados teniendo como base las políticas y normas, definidas por el Ministerio de Salud, rescatando en forma científica el uso, desarrollo y difusión de los conocimientos de la medicina tradicional de las comunidades de la Costa Atlántica de Nicaragua.

**Artículo 16.** Las Regiones Autónomas, en coordinación con el Ministerio de Salud, elaborarán e impulsarán una estrategia de desarrollo global en dicho sector, que contribuya al fortalecimiento de servicios de atención primaria, medicina preventiva, rehabilitación de la salud, incorporando la promoción de la participación comunal e intersectorial.

### **9.3 PROTECCIÓN DE PLANTAS MEDICINALES**

### **9.4 ATENCIÓN EN SALUD DE ACUERDO A SUS USOS Y COSTUMBRES**

**Ley No.162 de 22 de junio de 1993**

**Ley de Uso Oficial de las Lenguas de las Comunidades de la Costa Atlántica de Nicaragua**

**Artículo 12.** Los mensajes de Salud Pública deben ser elaborados y diseñados de acuerdo a las características culturales de la Comunidad de la Costa Atlántica, también traducida y ampliamente divulgados en dichas lenguas, en las Regiones Autónomas.

En las unidades de salud que operan en estas Regiones Autónomas deberá asegurarse el servicio de intérprete y traductor cuando el caso lo requiera.

## PANAMA

### **9.1 ACCESO -GRATUIDAD**

**Ley No.49 de Febrero 2 de 1967 que aprueba la Convención Internacional sobre la eliminación de todas las formas de Discriminación Racial. Ratificado en Agosto 16 de 1967.**

#### **Artículo 5.**

En conformidad con las obligaciones fundamentales estipuladas en el artículo 2 de la presente Convención, los Estados partes se comprometen a prohibir y eliminar la discriminación racial en todas sus formas y a garantizar el derecho de toda persona a la igualdad ante la ley, sin distinción de raza, color y origen nacional o étnico, particularmente en el goce de los derechos siguientes: [...]

**e)** Los derechos económicos, sociales y culturales, en particular: [...]

**iv)** El derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales; [...]

**Decreto de Gabinete No.53 de Febrero 26 de 1971 que aprueba el Convenio 107 de 1957 sobre Poblaciones Indígenas y Tribales de la OIT. Ratificado Junio 22 de 1978.**

#### **Artículo 19.**

Los sistemas existentes de seguridad social se deberán extender progresivamente, cuando sea factible:

**a)** a los trabajadores asalariados pertenecientes a las poblaciones en cuestión;

**b)** a las demás personas pertenecientes a dichas poblaciones.

#### **Artículo 20.**

**1.** Los gobiernos asumirán la responsabilidad de poner servicios de sanidad adecuados a disposición de las poblaciones en cuestión.

**2.** La organización de esos servicios se basará en el estudio sistemático de las condiciones sociales, económicas y culturales de las poblaciones interesadas.

**3.** El desarrollo de tales servicios estará coordinado con la aplicación de medidas generales de fomento social, económico y cultural.

[...]

### **Ley No.16 de Febrero 19 de 1953**

#### **Por la cual se organiza la Comarca de San Blas**

**Artículo 34.** En Narganá y Ustupo se establecerán dos Unidades Sanitarias con un personal suficiente para las necesidades de cada una de esas poblaciones y seis casas de maternidad en las siguientes poblaciones: Narganá, Cartí, Playón Chico, Ailigandi, Ustupo y Mulatupo.

**Artículo 35.** El Ministerio del ramo proveerá dos dispensarios ambulantes para todas las poblaciones de la Comarca de San Blas.

[...]

**Ley No. 24 de 12 de enero de 1996**

**Por la cual se crea la comarca Kuna de Madungandi**

**Artículo 17.** El Ministerio de Salud y los centros especializados, tendrán la responsabilidad de garantizar la salud de la población de la Comarca Kuna de Madungandi.

**Artículo 18.** Para cumplir con su misión, el Ministerio de Salud y centros especializados, desarrollarán investigaciones sobre enfermedades y medicinas tropicales, programas de salud comunitaria, infantil y familiar, así como actividades de asistencia para el desarrollo alimentario y nutricional de la población Kuna, con la participación del Congreso General Kuna.

**Artículo 19.** Las autoridades de la Comarca apoyarán y garantizarán la ejecución eficiente de todas las actividades en beneficio de la salud comunitaria.

[...]

**Ley No.10 de Marzo 7 de 1997**

**Por la cual se crea la Comarca Ngöbe-Bugle.**

**Artículo 55.** El Estado, por medio del Ministerio de Salud, desarrollará programas especiales en la Comarca, a fin de garantizar la salud de la población Ngöbe-Buglé, planes de asistencia social, salud integral comunitaria, infantil y familiar, así como actividades para el desarrollo alimentario y nutricional que respondan a las necesidades e idiosincrasia de las comunidades locales. Para este propósito dispondrá de los recursos económicos, incluyendo un presupuesto especial, y creará los organismos necesarios, sin menoscabar la cultura, costumbres y tradiciones propias.

Se respetarán, reconocerán, preservarán y mantendrán los conocimientos, las innovaciones y las prácticas de la medicina tradicional.

En casos de epidemia o surgimiento de cualquier amenaza a la salud pública, el Ministerio de Salud deberá tomar las medidas necesarias a efecto de recuperar o proteger la salud, para lo cual contará con la cooperación de las autoridades comarcales.

Para la adecuada ejecución de estos programas, el Ministerio de Salud contará con la colaboración de otras instituciones del Estado

[...]

**Ley No.4 de enero 29 de 1999**

**Por la cual se instituye la igualdad de oportunidades para las mujeres.**

**Artículo 13.** La política pública que el Estado desarrollará para promover la igualdad de oportunidades en materia de salud, contempla:

[...] **2.** Fomentar la concepción integral de la salud de población, psicosocial, preventiva, individual y colectiva; y del ambiente, natural y sociocultural, así como valorizar y rescatar la medicina tradicional. [...]

**Ley No.34 de Julio 25 de 2000**

**Que crea la Comarca Kuna de Wargandi**

**Artículo 17.** El Estado establecerá los mecanismos necesarios para regular las actividades de salud, y mantendrá instalaciones para la atención primaria y la atención médica en general, de acuerdo con las políticas y estrategias nacionales y modelos de financiación, atención y provisión que se acuerden.

**Artículo 19.** El Ministerio de Salud desarrollará programas de salud comunitaria, infantil y familiar, así como actividades de asistencia para el desarrollo alimentario y nutricional y programas integrales de desarrollo sostenible de la Comarca.

[...]

**Decreto Ejecutivo No.228 de 3 de diciembre de 1998**

**Por el cual se adopta la Carta Orgánica Administrativa de la Comarca Kuna de Madungandi.**

**Artículo 62.** El Congreso general velará por la salud del pueblo Kuna de madungandi, en coordinación con todos los organismos de salud del Estado.

**Artículo 63.** El Congreso general, conjuntamente con los organismos competentes del estado, tomará las medidas necesarias y adecuadas para hacerle frente con prontitud y eficiencia a cualquiera epidemia o amenaza de epidemia que surja en la comarca.

[...]

**Decreto Ejecutivo No.84 de Abril 9 de 1999**

**Por el cual se adopta la Carta Orgánica Administrativa de la Comarca Emberá Wounaan de Darién**

**Artículo 115.** Son funciones de la Dirección de Salud: [...]

**5.** Coordinar con la Dirección Regional de Salud del Ministerio de Salud, la elaboración y ejecución de planes o programas sobre:

- a) La instalación de las estructuras hospitalarias necesarias y la atención médica integral.
- b) Las campañas de salud educativa, preventiva o curativa que se realicen en la Comarca.
- c) La solicitud del Ministerio de Salud para las partidas presupuestarias correspondientes de los programas y su funcionamiento.

**6.** Coordinar las campañas de salud propuesta por las instituciones privadas, públicas, nacionales o internacionales en la Comarca.

**7.** Coordinar con los funcionarios gubernamentales cualquier actividad médica que se realice en la Comarca.

**8.** Las demás funciones que señale el Congreso General.

**Artículo 117.** La Dirección Regional de Salud del Ministerio de Salud presentará al Congreso general a través de la Dirección de Salud del Congreso los planes y programas a largo y mediano plazo a realizarse en la Comarca, e informará al Congreso la ejecución de los mismos. Los planes contingentes de salud o planes de emergencia, se coordinarán con la Dirección de Salud de la Comarca  
[...]

### **Decreto Ejecutivo No.194 de agosto 25 de 1999**

### **Por el cual se adopta la Carta Orgánica Administrativa de la Comarca Ngöbe-Buglé**

**Artículo 91.** Salud Sus funciones son:

1. Gestionar ante el Ministerio de Salud la Dirección Médica de la Comarca Ngöbe-Buglé-
2. Gestionar la Dirección de enfermería en la Comarca
3. Promover ante la instancia, la formación de médicos.

**Artículo 256.** Existirá una Dirección Médica Comarcal, dividida en seis (6) áreas específicas:

1. Dirección Médica.
2. Dirección de Enfermería.
3. Dirección de Medicina Tradicional.
4. Dirección de Saneamiento Ambiental.
5. Dirección Nutricional
6. Dirección Administrativa.

Estas direcciones están subdivididas en siete (7) Direcciones Distritales, cincuenta y siete (57) Direcciones Locales. La Dirección Médica tendrá la facultad de crear nuevos centros, puestos de salud y hospitales, los cuales contarán con sus correspondientes directores.

Para el suministro de la medicina occidental se contará con todos los especialistas de las distintas ramas médicas.

**Artículo 257.** Para armonizar y funcionar la medicina occidental con la medicina Tradicional se crea la comisión técnica especializada Médica Comarcal, integrada por los siguientes, especialistas y expertos para planificar y orientar eficazmente los servicios médicos.

**Artículo 258.** Para efectos de los servicios Médicos Tradicionales se clasifica la profesión de la siguiente manera:

1. El Sukia Médico que pronostica, diagnostica, enfermedades receta receta medicina.
2. El Sukia Médico que pronostica, diagnostica, enfermedades receta y es fármaco.
3. El Sukia Médico que pronostica, diagnostica, enfermedades receta medicina en mordedura de ofidios y es fármaco.
4. El curandero, analiza, diagnostica enfermedades, receta medicina y es fármaco.
5. Partera empírica.

Estos profesionales de la Medicina Tradicional interactuarán con los profesionales de la Medicina occidental en los centros de Salud establecidos en la comarca, previa certificación de la comisión Técnica especializada, Médica Comarcal. En la medicina tradicional los médicos trabajarán de acuerdo con su conocimiento en las distintas ramas de dicho campo.

[...]

**Artículo 266.** Son funciones de la Comisión Técnica especializada Médica las siguientes:[...]

**20.** Organizar el sistema apropiado de acueductos.

**21.** Organizar el sistema apropiado de letrínación.

**22.** Organizar el sistema apropiado para los desechos.

**23.** Organizar el sistema apropiado de la Educación ambiental de la Salud en coordinación con la ANAM y el Ministerio de Educación.

**24.** Realizar estudios en los mitos curativos del pueblo Ngöbe-Buglé.

**25.** Otorgar permisos de investigaciones científicas de las instituciones que no pertenezcan a la Comarca Ngöbe-Buglé, previo cumplimiento de requisitos que la comisión establezca.

**Parágrafo.** En todo lo relacionado a publicaciones y otros derechos de la Salud del pueblo Ngöbe-Buglé, reservará su derecho, excepto que se establezca por convenios y pactos legalmente constituidos.

[...]

**Resuelto Número 4376 de agosto 25 de 1999**

## **Ministerio de Salud Medicina Tradicional**

**Artículo Segundo.** Las funciones que tendrá el área de Medicina tradicional son las siguientes:

Propiciar la capacitación del personal de salud en el uso de plantas medicinales científicamente validada para la atención primaria de la salud.

### **9.2 PRACTICAS TRADICIONALES**

#### **Ley No.4 de enero 29 de 1999**

**Por la cual se instituye la igualdad de oportunidades para las mujeres.**

**Artículo 13.** La política pública que el Estado desarrollará para promover la igualdad de oportunidades en materia de salud, contempla:

[...]

**2.** Fomentar la concepción integral de la salud de población, psicosocial, preventiva, individual y colectiva; y del ambiente, natural y sociocultural, así como valorizar y rescatar la medicina tradicional.

[...]

#### **Ley No.34 de Julio 25 de 2000**

**Que crea la Comarca Kuna de Wargandi**

**Artículo 18.** El Estado adoptará las medidas necesarias para que se reconozcan las prácticas tradicionales del pueblo Kuna, y vigilará que se respete la dignidad e integridad de las personas, en cumplimiento de los principios éticos universales.

[...]

#### **Ley Número 35 de Julio 25 de 2000**

**Que crea el Patronato de las Ferias de los Pueblos Indígenas de la República de Panamá**

**Artículo 2.** El patronato tendrá como finalidad organizar y realizar ferias y exposiciones nacionales e internacionales agroforestales, artesanales, culturales, educativas, turísticas, marítimas, de medicina tradicional y comerciales en general, a fin de resaltar la riqueza cultural y nacional de los pueblos indígenas de Panamá

[...]

#### **Decreto Ejecutivo No.84 de Abril 9 de 1999**

**Por el cual se adopta la Carta Orgánica Administrativa de la Comarca Emberá Wounaan de Darién**

**Artículo 47.** Son funciones del Cacique Regional. [...]

**8.** Conocer y sancionar los casos ocasionales por el mal uso de los conocimientos de la botánica y Jaibaná-Benk'an , los cuales serán sancionados según la gravedad de los mismos de conformidad a lo establecido en la ley No.22 de 1983. [...]

**Artículo 114.** La protección y vigilancia de la salud del pueblo Emberá y Wounaan será responsabilidad fundamental del Congreso General, en coordinación con el Ministerio de Salud. El Congreso general creará la Dirección de Salud, que ejercerá todos los programas para alcanzar este fin.

Para contribuir con el fin señalado, se garantizará el reconocimiento y el ejercicio de la medicina tradicional de la Comarca y los programas del Ministerio de Salud.

**Artículo 115.** Son funciones de la Dirección de Salud:

1. Promover estudios, programas y proyectos a fin de proteger y desarrollar la medicina tradicional.
2. Establecer normas o reglamentos para la práctica, enseñanza e investigación de la medicina tradicional.
3. Administrar centros botánicos y de investigación que apruebe el Congreso general
4. Establecer vínculo permanente con las entidades públicas o privadas, a fin de promover programas de salud individual, familiar, comunitaria y ambiental que beneficien al pueblo Emberá y Wounaan.
5. Coordinar con la Dirección Regional de Salud del Ministerio de Salud, la elaboración y ejecución de planes o programas sobre:
  - a) La instalación de las estructuras hospitalarias necesarias y la atención médica integral.
  - b) Las campañas de salud educativa, preventiva o curativa que se realicen en la Comarca.
  - c) La solicitud del Ministerio de Salud para las partidas presupuestarias correspondientes de los programas y su funcionamiento.
6. Coordinar las campañas de salud propuesta por las instituciones privadas, públicas, nacionales o internacionales en la Comarca.
7. Coordinar con los funcionarios gubernamentales cualquier actividad médica que se realice en la Comarca.

8. Las demás funciones que señale el Congreso General.

**Artículo 116.** Debido a la vigencia de la medicina tradicional al pueblo Emberá y Wounaan, en la Comarca se instituirán los centros de medicina tradicional necesarios, los mismos estarán sujetos a la Dirección de Salud del Congreso General. Su funcionamiento será establecido por el Reglamento Interno que será aprobado por el Congreso General.

[...]

**Decreto Ejecutivo No.194 de agosto 25 de 1999**

**Por el cual se adopta la Carta Orgánica Administrativa de la Comarca Ngöbe-Buglé**

**Artículo 256.** Existirá una Dirección Médica Comarcal, dividida en seis (6) áreas específicas: [...]

**3.** Dirección de Medicina Tradicional.[...]

**Artículo 257.** Para armonizar y funcionar la medicina occidental con la medicina Tradicional se crea la comisión técnica especializada Médica Comarcal, integrada por los siguientes, especialistas y expertos para planificar y orientar eficazmente los servicios médicos.

**Artículo 258.** Para efectos de los servicios Médicos Tradicionales se clasifica la profesión de la siguiente manera:

1. El Sukia Médico que pronostica, diagnostica, enfermedades receta receta medicina.
2. El Sukia Médico que pronostica, diagnostica, enfermedades receta y es fármaco.
3. El Sukia Médico que pronostica, diagnostica, enfermedades receta medicina en mordedura de ofidios y es fármaco.
4. El curandero, analiza, diagnostica enfermedades, receta medicina y es fármaco.
5. Partera empírica.

Estos profesionales de la Medicina Tradicional interectuarán con los profesionales de la Medicina occidental en los centros de Salud establecidos en la comarca, previa certificación de la comisión Técnica especializada, Médica Comarcal. En la medicina tradicional los médicos trabajarán de acuerdo con su conocimiento en las distintas ramas de dicho campo.

**Artículo 259.** Para la práctica de la Medicina Tradicional los expertos se organizarán para hacer una buena representación y garantizar un eficaz servicio Médico bajo la supervisión de la Comisión Técnico especializada Médico Comarcal.

Esta organización recomendará la representación oficial que integra la comisión Técnica especializada Médico Comarcal.

**Artículo 261.** Para la práctica de la Medicina Tradicional y la transmisión de sus conocimientos, las autoridades de la Comarca Ngöbe-Buglé , los Médicos Ngöbe organizarán huertos y jardines botánicos en los distintos lugares previamente elegidos para tal laboratorio científico y natural, y cuyas plantas deberán clasificarse según su especie y propósito.

**Artículo 262.** Los médicos tradicionales, clasificarán las medicinas de origen animal, según propósito, uso, y lo pondrán en manual, al alcance de los estudiosos de la medicina.

**Artículo 263.** Los métodos de curación y conservación de la salud, practicadas por el Ngöbe-Buglé, se redactará en textos y manuales de Salud para su perpetuación y conocimientos hacia el futuro del pueblo Ngöbe-Buglé.

**Artículo 264.** Se clasifican los vegetales, hortalizas, legumbres, cereales, tubérculos y flores comestibles, tradicionalmente, por el pueblo Ngöbe-Buglé , ab-inmemorabili, redactados en textos y manuales de nutrición y puesto al alcance de la población.

**Artículo 266.** Son funciones de la Comisión Técnica especializada Médica las siguientes:

1. Planificar las acciones de la salud.
2. Coordinar con el sistema nacional de la salud
3. Gestionar recursos económicos para la formación de los recursos humanos, en los distintos niveles y áreas, según las necesidades.
4. Gestionar becas nacionales e internacionales disponibles para la formación de Profesionales en el campo de la salud.
5. Preparar el presupuesto anual de funcionamiento e inversión para la comarca y presentarlo a más tardar en el mes de junio de cada año, al Ministerio de Salud.
6. Atender, estudiar, analizar y proponer los pertinentes a convenios internacionales relativo a la salud.
7. Certificar a los médicos Ngöbe-Buglé para el ejercicio de la medicina en el campo de la salud.
8. Planificar la organización, Constitución y manejos de los jardines botánicos en coordinación con las autoridades y médicos Ngöbe-Buglé.

9. Planificar, organizar, constituir, y manejo de los jardines y especies vegetales alimenticios.
10. Programar, organizar y preparar la metodología, para el estudio e investigación, de todos los conocimientos relativos a la materia prima, de la medicina tradicional.
11. Preparar y editar las publicaciones relacionadas a las investigaciones técnicas y científicas, a métodos, uso y efecto de la medicina tradicional.
12. Preparar textos y manuales donde se refleje la clasificación según su género y especie de la medicina tradicional.
13. Suscribir convenios nacionales e internacionales para los estudios científicos, técnicos de la medicina.
14. Atender las conferencias, simposios y seminarios nacionales e internacionales de la comarca Ngöbe-Buglé
15. Clasificar y preparar metodología técnica y didáctica para la armonización de la medicina oriental y la medicina Tradicional de la Comarca.
16. Preparar el plan de infraestructura de Salud en la Comarca.
17. Gestionar recursos económicos para el impulso de la investigación científica.
18. Realizar investigaciones históricas de la medicina Ngöbe-Buglé.
19. Realizar investigaciones de la interacción entre el medio ambiente y la salud.
20. Organizar el sistema apropiado de acueductos.
21. Organizar el sistema apropiado de letrínación.
22. Organizar el sistema apropiado para los desechos.
23. Organizar el sistema apropiado de la Educación ambiental de la Salud en coordinación con la ANAM y el Ministerio de Educación.
24. Realizar estudios en los mitos curativos del pueblo Ngöbe-Buglé.
25. Otorgar permisos de investigaciones científicas de las instituciones que no pertenezcan a la Comarca Ngöbe-Buglé, previo cumplimiento de requisitos que la comisión establezca.

**Parágrafo.** En todo lo relacionado a publicaciones y otros derechos de la Salud del pueblo Ngöbe-Buglé, reservará su derecho, excepto que se establezca por convenios y pactos legalmente constituidos.

[...]

**Resuelto Número 4376 de agosto 25 de 1999**

**Ministerio de Salud**

**Medicina Tradicional**

**Artículo Primero.** Crear el área de Medicina Tradicional bajo la Dirección Nacional de Promoción de Salud.

**Artículo Segundo.** Las funciones que tendrá el área de Medicina tradicional son las siguientes:

1. Crear el área de medicina tradicional bajo la dirección Nacional de Promoción de la Salud con las siguientes funciones:

- a. Formular una estrategia de acciones conjuntas para el estudio y aprovechamiento de las plantas medicinales, y por ende de la medicina tradicional como un instrumento de apoyo a la atención primaria de salud.
- b. Promover la formulación de políticas conjuntas para la incorporación de la medicina Tradicional al Sistema Nacional.
- c. Fomentar programas educativos sobre el uso adecuado de plantas medicinales, dirigidos a la población en general.
- d. Propiciar la capacitación del personal de salud en el uso de plantas medicinales científicamente validada para la atención primaria de la salud.
- e. Elaborar normas, planes y programas de Medicina Tradicional en los Servicios de Salud del país.

**Artículo Tercero.** Este resuelto empezará a regir a partir de su aprobación.

### **9.3 PROTECCIÓN DE PLANTAS MEDICINALES**

**Decreto Ejecutivo No.84 de Abril 9 de 1999**

**Por el cual se adopta la Carta Orgánica Administrativa de la Comarca Emberá Wounaan de Darién**

**Artículo 47.** Son funciones del Cacique Regional. [...]

9. Conocer y sancionar los casos ocasionales por el mal uso de los conocimientos de la botánica y Jaibaná-Benk'an , los cuales serán sancionados según la gravedad de los mismos de conformidad a lo establecido en la ley No.22 de 1983.

[...]

### **Decreto Ejecutivo No.194 de agosto 25 de 1999**

#### **Por el cual se adopta la Carta Orgánica Administrativa de la Comarca Ngöbe-Buglé**

**Artículo 261.** Para la práctica de la Medicina Tradicional y la transmisión de sus conocimientos, las autoridades de la Comarca Ngöbe-Buglé , los Médicos Ngöbe organizarán huertos y jardines botánicos en los distintos lugares previamente elegidos para tal laboratorio científico y natural, y cuyas plantas deberán clasificarse según su especie y propósito.

**Artículo 264.** Se clasifican los vegetales, hortalizas, legumbres, cereales, tubérculos y flores comestibles, tradicionalmente, por el pueblo Ngöbe-Buglé , ab-inmemorabili, redactados en textos y manuales de nutrición y puesto al alcance de la población.

**Artículo 266.** (Salud) Son funciones de la Comisión Técnica especializada Médica las siguientes: [...]

**8.** Planificar la organización, constitución y manejos de los jardines botánicos en coordinación con las autoridades y médicos Ngöbe-Buglé.[...]

**9.** Planificar, organizar, constituir, y manejo de los jardines y especies vegetales alimenticios.

**10.** Programar, organizar y preparar la metodología, para el estudio e investigación, de todos los conocimientos relativos a la materia prima, de la medicina tradicional.[...]

**18.** Realizar investigaciones históricas de la medicina Ngöbe-Buglé.

**24.** Realizar estudios en los mitos curativos del pueblo Ngöbe-Buglé.

**25.** Otorgar permisos de investigaciones científicas a las instituciones que no pertenezcan a la Comarca Ngöbe-Buglé, previo cumplimiento de requisitos que la comisión establezca.

**Parágrafo.** En todo lo relacionado a publicaciones y otros derechos de la Salud del pueblo Ngöbe-Buglé, reservará su derecho, excepto que se establezca por convenios y pactos legalmente constituidos.

[...]

## **9.4 ATENCIÓN EN SALUD DE ACUERDO A SUS USOS Y COSTUMBRES**

### **Ley No.10 de Marzo 7 de 1997**

#### **Por la cual se crea la Comarca Ngöbe-Bugle.**

**Artículo 55.** El Estado, por medio del Ministerio de Salud, desarrollará programas especiales en la Comarca, a fin de garantizar la salud de la población Ngöbe-Buglé, planes de asistencia social, salud integral comunitaria, infantil y familiar, así como actividades para el desarrollo alimentario y nutricional que respondan a las necesidades e idiosincrasia de las comunidades locales. Para este propósito dispondrá de los recursos económicos, incluyendo un presupuesto especial, y creará los organismos necesarios, sin menoscabar la cultura, costumbres y tradiciones propias.

Se respetarán, reconocerán, preservarán y mantendrán los conocimientos, las innovaciones y las prácticas de la medicina tradicional.

En casos de epidemia o surgimiento de cualquier amenaza a la salud pública, el Ministerio de Salud deberá tomar las medidas necesarias a efecto de recuperar o proteger la salud, para lo cual contará con la cooperación de las autoridades comarcales.

Para la adecuada ejecución de estos programas, el Ministerio de Salud contará con la colaboración de otras instituciones del Estado

[...]

### **Resuelto Número 4376 de agosto 25 de 1999**

#### **Ministerio de Salud**

#### **Medicina Tradicional**

**Artículo Segundo.** Las funciones que tendrá el área de Medicina tradicional son las siguientes: [...]

**d)** Propiciar la capacitación del personal de salud en el uso de plantas medicinales científicamente validada para la atención primaria de la salud.

PARAGUAY

## 9.1 ACCESO -GRATUIDAD

**Ley 234 de Julio 19 de 1993 por la que se aprueba el Convenio 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes. Ratificado Agosto 10 de 1993.**

**Artículo 7** .[...]

**2.** El mejoramiento de las condiciones de vida y de trabajo y del nivel de salud y educación de los pueblos interesados, con su participación y cooperación, deberá ser prioritario en los planes de desarrollo económico global de las regiones donde habitan. Los proyectos especiales de desarrollo para estas regiones deberán también elaborarse de modo que promuevan dicho mejoramiento. [...]

**Artículo 25**

**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 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.

**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.

**Artículo 30**

**1.** Los gobiernos deberán adoptar medidas acordes a las tradiciones y culturas de los pueblos interesados, a fin de darles a conocer sus derechos y obligaciones, especialmente en lo que atañe al trabajo, a las posibilidades económicas, a las cuestiones de educación y salud, a

los servicios sociales y a los derechos dimanantes del presente Convenio.

**2.** A tal fin, deberá recurrirse, si fuere necesario, a traducciones escritas y a la utilización de los medios de comunicación de masas en las lenguas de dichos pueblos.

[...]

**Ley No.2128 de Julio 7 de 2003 por la cual se aprueba la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial. Ratificada Agosto 18 de 2003.**

**Artículo 5.**

En conformidad con las obligaciones fundamentales estipuladas en el artículo 2 de la presente Convención, los Estados partes se comprometen a prohibir y eliminar la discriminación racial en todas sus formas y a garantizar el derecho de toda persona a la igualdad ante la ley, sin distinción de raza, color y origen nacional o étnico, particularmente en el goce de los derechos siguientes: [...]

**e)** Los derechos económicos, sociales y culturales, en particular: [...]

**iv)** El derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales; [...]

## **9.2 PRACTICAS TRADICIONALES**

**Ley 234 de Julio 19 de 1993 por la que se aprueba el Convenio 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes. Ratificado Agosto 10 de 1993.**

**Artículo 25**

**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 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. [...]

[...]

### **9.3 PROTECCIÓN DE PLANTAS MEDICINALES**

**Ley 234 de Julio 19 de 1993 por la que se aprueba el Convenio 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes. Ratificado Agosto 10 de 1993.**

Artículo 25[...]

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. [...]

[...]

### **9.4 ATENCIÓN EN SALUD DE ACUERDO A SUS USOS Y COSTUMBRES**

PERU

#### **9.1 ACCESO -GRATUIDAD**

**Decreto Ley 18969 de Septiembre 21 de 1971 por el que se aprueba la Convención Internacional sobre la eliminación de todas las formas de Discriminación Racial. Ratificada Septiembre 29 de 1971.**

**Artículo 5.**

En conformidad con las obligaciones fundamentales estipuladas en el artículo 2 de la presente Convención, los Estados partes se comprometen a prohibir y eliminar la discriminación racial en todas sus formas y a garantizar el derecho de toda persona a la igualdad ante la ley, sin distinción de raza, color y origen nacional o étnico, particularmente en el goce de los derechos siguientes: [...]

**e)** Los derechos económicos, sociales y culturales, en particular: [...]

**iv)** El derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales; [...]

[...]

**Resolución Legislativa 26253 de Diciembre 2 de 1993 por la que se aprueba el Convenio 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes. Ratificada Febrero 2 de 1994.**

**Artículo 7 .[...]**

**2.** El mejoramiento de las condiciones de vida y de trabajo y del nivel de salud y educación de los pueblos interesados, con su participación y cooperación, deberá ser prioritario en los planes de desarrollo económico global de las regiones donde habitan. Los proyectos especiales de desarrollo para estas regiones deberán también elaborarse de modo que promuevan dicho mejoramiento. [...]

**Artículo 25**

**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 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.

**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.

**Artículo 30**

**1.** Los gobiernos deberán adoptar medidas acordes a las tradiciones y culturas de los pueblos interesados, a fin de darles a conocer sus derechos y obligaciones, especialmente en lo que atañe al trabajo, a las posibilidades económicas, a las cuestiones de educación y salud, a los servicios sociales y a los derechos dimanantes del presente Convenio.

2. A tal fin, deberá recurrirse, si fuere necesario, a traducciones escritas y a la utilización de los medios de comunicación de masas en las lenguas de dichos pueblos.

[...]

### **Ley 27037 de diciembre 30 de 1998**

#### **Ley de Promoción de la Inversión en la Amazonía.**

##### **Artículo 5. Rol del Estado [...]**

5.2. Así mismo el Estado cumple un rol de promoción social, asegurando el acceso a salud, educación, nutrición y justicia básicas en la zona, con el fin de mejorar la calidad de vida de la población amazónica. Para tal fin promoverán los programas y proyectos de desarrollo socioeconómico que revaloricen la identidad étnica y cultural de las comunidades campesinas y nativas.

[...]

### **9.2 PRACTICAS TRADICIONALES**

**Resolución Legislativa 26253 de Diciembre 2 de 1993 por la que se aprueba el Convenio 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes. Ratificada Febrero 2 de 1994.**

#### **Artículo 25**

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 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. [...]

[...]

#### **Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.**

**Expedida el 16 de Abril de 1990**

**Artículo 3.** El Ministro de Salud es competente en: [...]

**d)** La investigación y desarrollo de tecnologías en salud, incluyendo los recursos de la medicina tradicional

#### **Artículo 4.**

El Ministerio de Salud tiene las siguientes funciones: [...]

f) Fomentar, orientar y divulgar la investigación y desarrollo de tecnologías adecuadas a la realidad nacional y regional en salud, incluyendo a la medicina tradicional.

**Artículo 31.** El Instituto Nacional de Medicina Tradicional, es el organismo encargado de coordinar y proponer la política de medicina tradicional, así como desarrollar la investigación, docencia, normación y la integración de la medicina tradicional con la medicina académica para contribuir a elevar el nivel de salud de la población. Cuenta con un Consejo Directivo y se rige por su reglamento de Organización y funciones aprobado por Decreto Supremo.

[...]

### **Decreto Supremo No.001-2003-SA de enero 9 de2003**

### **Aprueba el Reglamento de organización y funciones del Instituto Nacional de Salud**

**Artículo 47.** El Centro Nacional de Salud Intercultural, es el órgano de línea del Instituto Nacional de Salud, encargado de proponer políticas y normas en salud intercultural, así como promover el desarrollo de la investigación docencia, programas y servicios, transferencia tecnológica y la integración de la medicina tradicional, medicina alternativa y medicina complementaria con la medicina académica, para contribuir a mejorar el nivel de salud de la población. Está a cargo de los siguientes objetivos funcionales generales:

**a)** Proponer las políticas y estrategias de salud intercultural en concordancia con las Políticas del Sistema Nacional Coordinado e Integrado de Salud.

**b)** Promover, desarrollar y difundir la investigación científica y tecnológica en el campo de la Interculturalidad en Salud, para la recuperación, revaloración, y uso de los conocimientos, costumbres y hábitos de la medicina tradicional, alternativa y complementaria, así como el aprovechamiento sostenible de los recursos y productos naturales en beneficio de la salud humana.

**c)** Diseñar, implementar y/o fortalecer los jardines botánicos, herbarios y biohuertos de plantas medicinales y alimenticias, en coordinación con las instituciones públicas y privadas, en el ámbito nacional.

**d)** Proponer y ejecutar Planes, Programas, Proyectos, para la Transferencia de Tecnología, Capacitación y Extensión Educativa, en el campo de la medicina tradicional, alternativa y complementaria, en los niveles educativos y de educación médica continua.

**e)** Programar, normar, controlar y evaluar el desarrollo de la articulación de las medicinas tradicionales y complementarias con la medicina académica, promoviendo la participación y movilización de las poblaciones de las zonas rurales, urbano marginales, comunidades nativas e indígenas, respetando sus hábitos y costumbres,

incorporándolos a través del Sistema Nacional Coordinado e Integrado de Salud

**f)** Elaborar y proponer normas que regulen y promuevan la aplicación de las prácticas de salud intercultural para el cuidado de la salud; la producción, uso, conservación y comercialización de los recursos y productos naturales medicinales y alimenticios y sus derivados.

**g)** Coordinar con la Oficina General de Información y Sistemas el Desarrollo de un sistema integrado de información y fortalecer el Banco de Datos científicos y estadísticos para brindar servicios de información en el ámbito nacional e internacional.

**h)** Fortalecer la modernización organizacional, y el desarrollo de las Unidades de Salud Intercultural a nivel de las DISAs y/o DIREAS, en estrecha coordinación con los Gobiernos Regionales, locales, organizaciones de base y demás componentes del Sistema Nacional Coordinado e Integrado de Salud

**i)** Proponer e implementar convenios de cooperación nacional e internacional, en apoyo a los proyectos, planes y programas del Centro Nacional de Salud Intercultural.

**j)** Promover la implementación de los servicios de atención de salud intercultural con profesionales y técnicos capacitados para desarrollar actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud a través del Sistema Nacional Coordinado e Integrado de Salud.

**k)** Prestar asesoramiento técnico, científico y normativo a los sectores público y privado en el campo de su competencia.

**l)** Participar como ente técnico en la formulación del Plan Nacional de Salud Intercultural.

**m)** Elaborar protocolos de integración para la articulación y complementariedad en salud intercultural.

**n)** Determinar la validación de recursos y productos naturales para su uso en salud.

**o)** Lograr que se establezca en la unidad orgánica y en el ámbito de su competencia las acciones de control interno, previo, simultáneo y posterior.

**Artículo 48.** La Dirección Ejecutiva de Medicina Tradicional, es un órgano de línea del Centro Nacional de Salud Intercultural, responsable de desarrollar, normar, evaluar y difundir la investigación, transferencia tecnológica, docencia, capacitación, normas, programas y servicios, en el campo de la medicina tradicional, a fin de integrarla a

la medicina académica. Está a cargo de los siguientes objetivos funcionales específicos:

**a)** Desarrollar en el ámbito nacional las actividades de investigación, transferencia tecnológica, docencia, capacitación, proyectos, programas y servicios de la medicina tradicional en todos los niveles educativos y de educación médica continua.

**b)** Promover la revaloración de la medicina tradicional hacia la población respetando sus prácticas tradicionales.

**c)** Dirigir, coordinar, normar, supervisar y evaluar las acciones y desarrollo de la investigación básica, aplicada y operativa que realiza el Centro directamente o en coordinación con otras entidades públicas y privadas.

**d)** Proponer e implementar convenios con entidades de investigación nacionales y extranjeras para la realización conjunta de proyectos sobre la medicina tradicional.

**e)** Brindar apoyo técnico para la preparación de protocolos de investigación y la realización de investigaciones relacionadas a la medicina tradicional, asegurando su compatibilidad con las necesidades prioritarias del país.

**f)** Contribuir mediante el desarrollo de estudios etnomédicos, etnobotánicos, antropológicos, fitoquímicos, farmacológicos, toxicológicos, pre-clínicos y clínicos en general y de los recursos naturales con propósitos medicinales y alimenticios, al mejor conocimiento de los problemas de la salud, en el ámbito de su competencia.

**g)** Prestar asesoría científica y técnica al Sistema Nacional Coordinado e Integrado de Salud, en el campo de la medicina tradicional.

**h)** Desarrollar actividades de promoción, prevención recuperación y rehabilitación de la salud utilizando la medicina tradicional a través del Sistema Nacional Coordinado e Integrado de Salud.

**i)** Recopilar y mantener actualizada la información en el ámbito de su competencia.

**j)** Desarrollar la articulación de tecnologías tradicionales con la medicina oficial para el diagnóstico; prevención y tratamiento en el campo de la medicina tradicional.

**k)** Promover la preservación y el desarrollo sostenible de los recursos naturales renovables y no renovables de uso medicinal.

**I)** Proponer normas que protejan los recursos naturales y la tecnología médica tradicional.

**m)** Lograr que se establezca en la unidad orgánica y en el ámbito de su competencia las acciones de control interno, previo, simultáneo y posterior.

### **9.3 PROTECCIÓN DE PLANTAS MEDICINALES**

**Resolución Legislativa 26253 de Diciembre 2 de 1993 por la que se aprueba el Convenio 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes.**

**Ratificada Febrero 2 de 1994.**

**Artículo 25. [...]**

**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. [...]

[...]

### **Ley 27300 de Julio 2 de 2000**

**Ley de Aprovechamiento Sostenible de Plantas Medicinales.**

**Artículo 1. Objeto de la Ley.** La presente Ley tiene por objeto regular y promover el aprovechamiento sostenible de las plantas medicinales, en armonía con el interés ambiental, social, sanitario y económico de la Nación.

**Artículo 2. Definición de Plantas Medicinales.** Se consideran plantas medicinales a aquellas cuya calidad y cantidad de principios activos tienen propiedades terapéuticas comprobadas científicamente en beneficio de la salud humana.

**Artículo 3. Inventario de las Plantas Medicinales.** El inventario de plantas medicinales será aprobado anualmente a propuesta del Ministerio de Salud, mediante decreto supremo refrendado por el Ministro de Salud, de acuerdo con la información proporcionada por el Instituto Nacional de Medicina Tradicional (INMETRA), el Instituto Nacional de Investigación Agraria (INIA), el Colegio Químico Farmacéutico del Perú y el Colegio de Biólogos del Perú.

**Artículo 4. Régimen de tenencia**

Las plantas medicinales son patrimonio de la Nación. Las provenientes de cultivos pueden ser de dominio privado de acuerdo a la legislación aplicable.

**Artículo 5. Derechos de aprovechamiento sostenible.** El derecho de aprovechamiento sostenible de plantas medicinales sobre la base del inventario permanente de las mismas y, de acuerdo a la legislación vigente, se sustenta en:

- a) Acciones orientadas al mantenimiento del equilibrio ambiental;
- b) La distribución de los beneficios obtenidos de ellas; y
- c) El respeto a las comunidades nativas y campesinas.

**Artículo 6. Ordenamiento, aprovechamiento y conservación.** El Ministerio de Agricultura, a propuesta del Instituto Nacional de Recursos Naturales (INRENA) y del Instituto Nacional de Investigación Agraria (INIA), es el encargado de formular las estrategias, políticas, planes y normas para el ordenamiento, aprovechamiento y conservación de las especies de plantas medicinales silvestres. Corresponde al INRENA, en este ámbito, ejecutar las siguientes acciones:

- a) Realizar evaluaciones periódicas del estatus poblacional o biomasa;
- b) Promover y desarrollar programas de forestación y reforestación; y
- c) Promover el desarrollo de unidades productivas de manejo y aprovechamiento sostenible, con la participación de las comunidades nativas y campesinas y otras instituciones del sector público y privado.

### **Artículo 7. Investigación de plantas medicinales**

**7.1** El Ministerio de Salud, a través del Instituto Nacional de Medicina Tradicional (INMETRA), con la participación de las universidades y organismos vinculados a la materia, es el encargado de la investigación y de la divulgación de los usos farmacológicos, toxicológicos, clínicos y formas de consumo adecuados de las plantas medicinales.

**7.2** El Ministerio de Agricultura, a través del Instituto Nacional de Investigación Agraria (INIA), con la participación de las universidades y organismos vinculados a la materia, es el encargado de las investigaciones y de la divulgación en aspectos biológicos y fitoquímicos y de caracterización morfológica y molecular de las plantas medicinales.

**7.3** Los resultados de las investigaciones señalados en los párrafos precedentes pueden ser susceptibles de derechos de propiedad intelectual, de acuerdo a la legislación vigente.

## **Artículo 8. Enseñanza de asignaturas sobre las propiedades de las Plantas Medicinales**

Las universidades e institutos superiores promoverán la inclusión en las estructuras curriculares de sus Facultades, Escuelas Académicas y similares de agronomía, biología, farmacia, química, medicina y afines, asignaturas referentes a las plantas medicinales, su identificación, biología y usos, con énfasis en aquellas producidas en nuestro país.

Artículo 9. Farmacopea herbolaria nacional

**9.1** Encárguese al Instituto Nacional de Medicina Tradicional (INMETRA) la promoción, la elaboración y aprobación de la Farmacopea Herbolaria Nacional, conforme a los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y con el correspondiente estudio monográfico de cada planta.

**9.2** El Ministerio de Salud encargará al INMETRA, en coordinación con la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID), la formulación del Petitorio Nacional de Plantas Medicinales complementario al Formulario Nacional de Medicamentos, según lo dispone el artículo 51° de la Ley N° 26842, Ley General de Salud.

**9.3** El INMETRA elaborará la Guía Terapéutica de Plantas Medicinales, a fin de sistematizar su uso en beneficio de la salud.

**Artículo 10. Establecimiento de jardines botánicos, semilleros y viveros.** El Instituto Nacional de Recursos Naturales (INRENA), en coordinación con el Instituto de Investigaciones de la Amazonía (IIAP), el Instituto Nacional de Investigación Agraria (INIA), las Universidades y el Instituto Nacional de Medicina Tradicional (INMETRA) promueven, en las comunidades campesinas y nativas así como en áreas urbano-marginales y otros, el establecimiento de Jardines Botánicos de plantas medicinales, semilleros y viveros, con el objeto de impulsar programas de establecimiento y recuperación de áreas ecológicas definidas, con especies de gran demanda en el mercado nacional e internacional.

**Artículo 11. Comunidades Nativas y Campesinas.** Las Comunidades Nativas y Campesinas, para el aprovechamiento de la flora medicinal con fines comerciales e industriales, directamente o en asociación con terceros, se conducirán en el marco de la legislación vigente y de los convenios internacionales suscritos y ratificados por el Gobierno peruano, así como por las disposiciones establecidas en la presente Ley.

**Artículo 12. Sobre el fomento a la exportación de las Plantas Medicinales Peruanas.** La Comisión para la Promoción de Exportaciones (PROMPEX) fomentará la exportación de las plantas medicinales con valor agregado.

**Artículo 13. Sanciones.** La adulteración o suplantación de la planta medicinal que origine la pérdida de calidad u otras evidencias que cuestionen la efectividad de la planta en su uso medicinal o como materia prima de la industria farmacéutica están sujetas a sanción de acuerdo a Ley.

#### **Disposiciones transitorias**

**Única. Programas que determinan la biomasa y variedad de plantas.** Encargar al Ministerio de Agricultura la formulación y ejecución de programas que determinen la biomasa y registren las variedades de plantas con atributos medicinales; establezca las correspondientes políticas y regulaciones para su utilización sostenible, así como la factibilidad técnica y económica de su conducción agrícola.

#### **Disposiciones finales**

**Primera. Protección preventiva de plantas medicinales.** El Poder Ejecutivo mediante decreto supremo establecerá el régimen de protección preventiva a aquellas plantas medicinales que se encuentren en vías de extinción, con el objeto de tomar medidas que aseguren su conservación y utilización sostenible.

**Segunda. Reglamento de la presente Ley.** La presente Ley será reglamentada por el Poder Ejecutivo mediante decreto supremo refrendado por los Ministros de Salud y de Agricultura, en un plazo no mayor de 60 (sesenta) días a partir de su publicación.

[...]

### **Decreto Supremo No.001-2003-SA de enero 9 de 2003**

#### **Aprueba el Reglamento de organización y funciones del Instituto Nacional de Salud**

**Artículo 48.** La Dirección Ejecutiva de Medicina Tradicional, es un órgano de línea del Centro Nacional de Salud Intercultural, responsable de desarrollar, normar, evaluar y difundir la investigación, transferencia tecnológica, docencia, capacitación, normas, programas y servicios, en el campo de la medicina tradicional, a fin de integrarla a la medicina académica. Está a cargo de los siguientes objetivos funcionales específicos: [...]

**k)** Promover la preservación y el desarrollo sostenible de los recursos naturales renovables y no renovables de uso medicinal.

**I)** Proponer normas que protejan los recursos naturales y la tecnología médica tradicional. [...]

#### **9.4 ATENCIÓN EN SALUD DE ACUERDO A SUS USOS Y COSTUMBRES**

**Resolución Legislativa 26253 de Diciembre 2 de 1993 por la que se aprueba el Convenio 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes. Ratificada Febrero 2 de 1994.**

##### **Artículo 25**

**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 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. [...]

[...]

PERU

#### **9.1 ACCESO -GRATUIDAD**

**Decreto Ley 18969 de Septiembre 21 de 1971 por el que se aprueba la Convención Internacional sobre la eliminación de todas las formas de Discriminación Racial. Ratificada Septiembre 29 de 1971.**

##### **Artículo 5.**

En conformidad con las obligaciones fundamentales estipuladas en el artículo 2 de la presente Convención, los Estados partes se comprometen a prohibir y eliminar la discriminación racial en todas sus formas y a garantizar el derecho de toda persona a la igualdad ante la

ley, sin distinción de raza, color y origen nacional o étnico, particularmente en el goce de los derechos siguientes: [...]

e) Los derechos económicos, sociales y culturales, en particular: [...]

iv) El derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales; [...]

[...]

**Resolución Legislativa 26253 de Diciembre 2 de 1993 por la que se aprueba el Convenio 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes. Ratificada Febrero 2 de 1994.**

**Artículo 7 .[...]**

**2.** El mejoramiento de las condiciones de vida y de trabajo y del nivel de salud y educación de los pueblos interesados, con su participación y cooperación, deberá ser prioritario en los planes de desarrollo económico global de las regiones donde habitan. Los proyectos especiales de desarrollo para estas regiones deberán también elaborarse de modo que promuevan dicho mejoramiento. [...]

**Artículo 25**

**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 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.

**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.

**Artículo 30**

**1.** Los gobiernos deberán adoptar medidas acordes a las tradiciones y culturas de los pueblos interesados, a fin de darles a conocer sus derechos y obligaciones, especialmente en lo que atañe al trabajo, a las posibilidades económicas, a las cuestiones de educación y salud, a los servicios sociales y a los derechos dimanantes del presente Convenio.

**2.** A tal fin, deberá recurrirse, si fuere necesario, a traducciones escritas y a la utilización de los medios de comunicación de masas en las lenguas de dichos pueblos.

[...]

### **Ley 27037 de diciembre 30 de 1998**

#### **Ley de Promoción de la Inversión en la Amazonía.**

##### **Artículo 5. Rol del Estado [...]**

5.2. Así mismo el Estado cumple un rol de promoción social, asegurando el acceso a salud, educación, nutrición y justicia básicas en la zona, con el fin de mejorar la calidad de vida de la población amazónica. Para tal fin promoverán los programas y proyectos de desarrollo socioeconómico que revaloricen la identidad étnica y cultural de las comunidades campesinas y nativas.

[...]

## **9.2 PRACTICAS TRADICIONALES**

### **Resolución Legislativa 26253 de Diciembre 2 de 1993 por la que se aprueba el Convenio 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes. Ratificada Febrero 2 de 1994.**

#### **Artículo 25**

**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 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. [...]

[...]

### **Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.**

#### **Expedida el 16 de Abril de 1990**

**Artículo 3.** El Ministro de Salud es competente en: [...]

**d)** La investigación y desarrollo de tecnologías en salud, incluyendo los recursos de la medicina tradicional

#### **Artículo 4.**

El Ministerio de Salud tiene las siguientes funciones: [...]

f) Fomentar, orientar y divulgar la investigación y desarrollo de tecnologías adecuadas a la realidad nacional y regional en salud, incluyendo a la medicina tradicional.

**Artículo 31.** El Instituto Nacional de Medicina Tradicional, es el organismo encargado de coordinar y proponer la política de medicina tradicional, así como desarrollar la investigación, docencia, normación y la integración de la medicina tradicional con la medicina académica para contribuir a elevar el nivel de salud de la población. Cuenta con un Consejo Directivo y se rige por su reglamento de Organización y funciones aprobado por Decreto Supremo.

[...]

#### **Decreto Supremo No.001-2003-SA de enero 9 de 2003**

#### **Aprueba el Reglamento de organización y funciones del Instituto Nacional de Salud**

**Artículo 47.** El Centro Nacional de Salud Intercultural, es el órgano de línea del Instituto Nacional de Salud, encargado de proponer políticas y normas en salud intercultural, así como promover el desarrollo de la investigación docencia, programas y servicios, transferencia tecnológica y la integración de la medicina tradicional, medicina alternativa y medicina complementaria con la medicina académica, para contribuir a mejorar el nivel de salud de la población. Está a cargo de los siguientes objetivos funcionales generales:

**a)** Proponer las políticas y estrategias de salud intercultural en concordancia con las Políticas del Sistema Nacional Coordinado e Integrado de Salud.

**b)** Promover, desarrollar y difundir la investigación científica y tecnológica en el campo de la Interculturalidad en Salud, para la recuperación, revaloración, y uso de los conocimientos, costumbres y hábitos de la medicina tradicional, alternativa y complementaria, así como el aprovechamiento sostenible de los recursos y productos naturales en beneficio de la salud humana.

**c)** Diseñar, implementar y/o fortalecer los jardines botánicos, herbarios y biohuertos de plantas medicinales y alimenticias, en coordinación con las instituciones públicas y privadas, en el ámbito nacional.

**d)** Proponer y ejecutar Planes, Programas, Proyectos, para la Transferencia de Tecnología, Capacitación y Extensión Educativa, en el

campo de la medicina tradicional, alternativa y complementaria, en los niveles educativos y de educación médica continua.

**e)** Programar, normar, controlar y evaluar el desarrollo de la articulación de las medicinas tradicionales y complementarias con la medicina académica, promoviendo la participación y movilización de las poblaciones de las zonas rurales, urbano marginales, comunidades nativas e indígenas, respetando sus hábitos y costumbres, incorporándolos a través del Sistema Nacional Coordinado e Integrado de Salud

**f)** Elaborar y proponer normas que regulen y promuevan la aplicación de las prácticas de salud intercultural para el cuidado de la salud; la producción, uso, conservación y comercialización de los recursos y productos naturales medicinales y alimenticios y sus derivados.

**g)** Coordinar con la Oficina General de Información y Sistemas el Desarrollo de un sistema integrado de información y fortalecer el Banco de Datos científicos y estadísticos para brindar servicios de información en el ámbito nacional e internacional.

**h)** Fortalecer la modernización organizacional, y el desarrollo de las Unidades de Salud Intercultural a nivel de las DISAs y/o DIRESAs, en estrecha coordinación con los Gobiernos Regionales, locales, organizaciones de base y demás componentes del Sistema Nacional Coordinado e Integrado de Salud

**i)** Proponer e implementar convenios de cooperación nacional e internacional, en apoyo a los proyectos, planes y programas del Centro Nacional de Salud Intercultural.

**j)** Promover la implementación de los servicios de atención de salud intercultural con profesionales y técnicos capacitados para desarrollar actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud a través del Sistema Nacional Coordinado e Integrado de Salud.

**k)** Prestar asesoramiento técnico, científico y normativo a los sectores público y privado en el campo de su competencia.

**I)** Participar como ente técnico en la formulación del Plan Nacional de Salud Intercultural.

**m)** Elaborar protocolos de integración para la articulación y complementariedad en salud intercultural.

**n)** Determinar la validación de recursos y productos naturales para su uso en salud.

**o)** Lograr que se establezca en la unidad orgánica y en el ámbito de su competencia las acciones de control interno, previo, simultáneo y posterior.

**Artículo48.** La Dirección Ejecutiva de Medicina Tradicional, es un órgano de línea del Centro Nacional de Salud Intercultural, responsable de desarrollar, normar, evaluar y difundir la investigación, transferencia tecnológica, docencia, capacitación, normas, programas y servicios, en el campo de la medicina tradicional, a fin de integrarla a la medicina académica. Está a cargo de los siguientes objetivos funcionales específicos:

**a)** Desarrollar en el ámbito nacional las actividades de investigación, transferencia tecnológica, docencia, capacitación, proyectos, programas y servicios de la medicina tradicional en todos los niveles educativos y de educación médica continua.

**b)** Promover la revaloración de la medicina tradicional hacia la población respetando sus prácticas tradicionales.

**c)** Dirigir, coordinar, normar, supervisar y evaluar las acciones y desarrollo de la investigación básica, aplicada y operativa que realiza el Centro directamente o en coordinación con otras entidades públicas y privadas.

**d)** Proponer e implementar convenios con entidades de investigación nacionales y extranjeras para la realización conjunta de proyectos sobre la medicina tradicional.

**e)** Brindar apoyo técnico para la preparación de protocolos de investigación y la realización de investigaciones relacionadas a la medicina tradicional, asegurando su compatibilidad con las necesidades prioritarias del país.

**f)** Contribuir mediante el desarrollo de estudios etnomédicos, etnobotánicos, antropológicos, fitoquímicos, farmacológicos, toxicológicos, pre-clínicos y clínicos en general y de los recursos naturales con propósitos medicinales y alimenticios, al mejor conocimiento de los problemas de la salud, en el ámbito de su competencia.

**g)** Prestar asesoría científica y técnica al Sistema Nacional Coordinado e Integrado de Salud, en el campo de la medicina tradicional.

**h)** Desarrollar actividades de promoción, prevención recuperación y rehabilitación de la salud utilizando la medicina tradicional a través del Sistema Nacional Coordinado e Integrado de Salud.

- i) Recopilar y mantener actualizada la información en el ámbito de su competencia.
- j) Desarrollar la articulación de tecnologías tradicionales con la medicina oficial para el diagnóstico; prevención y tratamiento en el campo de la medicina tradicional.
- k) Promover la preservación y el desarrollo sostenible de los recursos naturales renovables y no renovables de uso medicinal.
- I) Proponer normas que protejan los recursos naturales y la tecnología médica tradicional.
- m) Lograr que se establezca en la unidad orgánica y en el ámbito de su competencia las acciones de control interno, previo, simultáneo y posterior.

### **9.3 PROTECCIÓN DE PLANTAS MEDICINALES**

**Resolución Legislativa 26253 de Diciembre 2 de 1993 por la que se aprueba el Convenio 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes. Ratificada Febrero 2 de 1994.**

**Artículo 25.** [...]

**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. [...]

[...]

**Ley 27300 de Julio 2 de 2000**

**Ley de Aprovechamiento Sostenible de Plantas Medicinales.**

**Artículo 1. Objeto de la Ley.** La presente Ley tiene por objeto regular y promover el aprovechamiento sostenible de las plantas medicinales, en armonía con el interés ambiental, social, sanitario y económico de la Nación.

**Artículo 2. Definición de Plantas Medicinales.** Se consideran plantas medicinales a aquellas cuya calidad y cantidad de principios activos tienen propiedades terapéuticas comprobadas científicamente en beneficio de la salud humana.

**Artículo 3. Inventario de las Plantas Medicinales.** El inventario de plantas medicinales será aprobado anualmente a propuesta del Ministerio de Salud, mediante decreto supremo refrendado por el

Ministerio de Salud, de acuerdo con la información proporcionada por el Instituto Nacional de Medicina Tradicional (INMETRA), el Instituto Nacional de Investigación Agraria (INIA), el Colegio Químico Farmacéutico del Perú y el Colegio de Biólogos del Perú.

#### **Artículo 4. Régimen de tenencia**

Las plantas medicinales son patrimonio de la Nación. Las provenientes de cultivos pueden ser de dominio privado de acuerdo a la legislación aplicable.

**Artículo 5. Derechos de aprovechamiento sostenible.** El derecho de aprovechamiento sostenible de plantas medicinales sobre la base del inventario permanente de las mismas y, de acuerdo a la legislación vigente, se sustenta en:

- a) Acciones orientadas al mantenimiento del equilibrio ambiental;
- b) La distribución de los beneficios obtenidos de ellas; y
- c) El respeto a las comunidades nativas y campesinas.

**Artículo 6. Ordenamiento, aprovechamiento y conservación.** El Ministerio de Agricultura, a propuesta del Instituto Nacional de Recursos Naturales (INRENA) y del Instituto Nacional de Investigación Agraria (INIA), es el encargado de formular las estrategias, políticas, planes y normas para el ordenamiento, aprovechamiento y conservación de las especies de plantas medicinales silvestres. Corresponde al INRENA, en este ámbito, ejecutar las siguientes acciones:

- a) Realizar evaluaciones periódicas del estatus poblacional o biomasa;
- b) Promover y desarrollar programas de forestación y reforestación; y
- c) Promover el desarrollo de unidades productivas de manejo y aprovechamiento sostenible, con la participación de las comunidades nativas y campesinas y otras instituciones del sector público y privado.

#### **Artículo 7. Investigación de plantas medicinales**

**7.1** El Ministerio de Salud, a través del Instituto Nacional de Medicina Tradicional (INMETRA), con la participación de las universidades y organismos vinculados a la materia, es el encargado de la investigación y de la divulgación de los usos farmacológicos, toxicológicos, clínicos y formas de consumo adecuados de las plantas medicinales.

**7.2** El Ministerio de Agricultura, a través del Instituto Nacional de Investigación Agraria (INIA), con la participación de las universidades y organismos vinculados a la materia, es el encargado de las investigaciones y de la divulgación en aspectos biológicos y

fitoquímicos y de caracterización morfológica y molecular de las plantas medicinales.

**7.3** Los resultados de las investigaciones señalados en los párrafos precedentes pueden ser susceptibles de derechos de propiedad intelectual, de acuerdo a la legislación vigente.

### **Artículo 8. Enseñanza de asignaturas sobre las propiedades de las Plantas Medicinales**

Las universidades e institutos superiores promoverán la inclusión en las estructuras curriculares de sus Facultades, Escuelas Académicas y similares de agronomía, biología, farmacia, química, medicina y afines, asignaturas referentes a las plantas medicinales, su identificación, biología y usos, con énfasis en aquellas producidas en nuestro país.

### **Artículo 9. Farmacopea herbolaria nacional**

**9.1** Encárguese al Instituto Nacional de Medicina Tradicional (INMETRA) la promoción, la elaboración y aprobación de la Farmacopea Herbolaria Nacional, conforme a los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y con el correspondiente estudio monográfico de cada planta.

**9.2** El Ministerio de Salud encargará al INMETRA, en coordinación con la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID), la formulación del Petitorio Nacional de Plantas Medicinales complementario al Formulario Nacional de Medicamentos, según lo dispone el artículo 51° de la Ley N° 26842, Ley General de Salud.

**9.3** El INMETRA elaborará la Guía Terapéutica de Plantas Medicinales, a fin de sistematizar su uso en beneficio de la salud.

**Artículo 10. Establecimiento de jardines botánicos, semilleros y viveros.** El Instituto Nacional de Recursos Naturales (INRENA), en coordinación con el Instituto de Investigaciones de la Amazonía (IIAP), el Instituto Nacional de Investigación Agraria (INIA), las Universidades y el Instituto Nacional de Medicina Tradicional (INMETRA) promueven, en las comunidades campesinas y nativas así como en áreas urbano-marginales y otros, el establecimiento de Jardines Botánicos de plantas medicinales, semilleros y viveros, con el objeto de impulsar programas de establecimiento y recuperación de áreas ecológicas definidas, con especies de gran demanda en el mercado nacional e internacional.

**Artículo 11. Comunidades Nativas y Campesinas.** Las Comunidades Nativas y Campesinas, para el aprovechamiento de la

flora medicinal con fines comerciales e industriales, directamente o en asociación con terceros, se conducirán en el marco de la legislación vigente y de los convenios internacionales suscritos y ratificados por el Gobierno peruano, así como por las disposiciones establecidas en la presente Ley.

**Artículo 12. Sobre el fomento a la exportación de las Plantas Medicinales Peruanas.** La Comisión para la Promoción de Exportaciones (PROMPEX) fomentará la exportación de las plantas medicinales con valor agregado.

**Artículo 13. Sanciones.** La adulteración o suplantación de la planta medicinal que origine la pérdida de calidad u otras evidencias que cuestionen la efectividad de la planta en su uso medicinal o como materia prima de la industria farmacéutica están sujetas a sanción de acuerdo a Ley.

#### **Disposiciones transitorias**

**Única. Programas que determinan la biomasa y variedad de plantas.** Encargar al Ministerio de Agricultura la formulación y ejecución de programas que determinen la biomasa y registren las variedades de plantas con atributos medicinales; establezca las correspondientes políticas y regulaciones para su utilización sostenible, así como la factibilidad técnica y económica de su conducción agrícola.

#### **Disposiciones finales**

**Primera. Protección preventiva de plantas medicinales.** El Poder Ejecutivo mediante decreto supremo establecerá el régimen de protección preventiva a aquellas plantas medicinales que se encuentren en vías de extinción, con el objeto de tomar medidas que aseguren su conservación y utilización sostenible.

**Segunda. Reglamento de la presente Ley.** La presente Ley será reglamentada por el Poder Ejecutivo mediante decreto supremo refrendado por los Ministros de Salud y de Agricultura, en un plazo no mayor de 60 (sesenta) días a partir de su publicación.

[...]

#### **Decreto Supremo No.001-2003-SA de enero 9 de 2003**

#### **Aprueba el Reglamento de organización y funciones del Instituto Nacional de Salud**

**Artículo 48.** La Dirección Ejecutiva de Medicina Tradicional, es un órgano de línea del Centro Nacional de Salud Intercultural, responsable

de desarrollar, normar, evaluar y difundir la investigación, transferencia tecnológica, docencia, capacitación, normas, programas y servicios, en el campo de la medicina tradicional, a fin de integrarla a la medicina académica. Está a cargo de los siguientes objetivos funcionales específicos: [...]

**k)** Promover la preservación y el desarrollo sostenible de los recursos naturales renovables y no renovables de uso medicinal.

**I)** Proponer normas que protejan los recursos naturales y la tecnología médica tradicional. [...]

#### **9.4 ATENCIÓN EN SALUD DE ACUERDO A SUS USOS Y COSTUMBRES**

**Resolución Legislativa 26253 de Diciembre 2 de 1993 por la que se aprueba el Convenio 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes. Ratificada Febrero 2 de 1994.**

##### **Artículo 25**

**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 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. [...]

[...]

Venezuela

#### **9.1 ACCESO -GRATUIDAD**

**Ley Aprobatoria del Convenio Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial. Aprobado Abril 21 de 1967. Ratificación Ejecutiva de Julio**

**28 de 1967. Publicado en la Gaceta Oficial 28395 de Agosto 2 de 1967.**

**Artículo 5.**

En conformidad con las obligaciones fundamentales estipuladas en el artículo 2 de la presente Convención, los Estados partes se comprometen a prohibir y eliminar la discriminación racial en todas sus formas y a garantizar el derecho de toda persona a la igualdad ante la ley, sin distinción de raza, color y origen nacional o étnico, particularmente en el goce de los derechos siguientes: [...]

**e)** Los derechos económicos, sociales y culturales, en particular: [...]

**iv)** El derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales; [...]

[...]

**Ley 41 de Diciembre 21 de 2000, aprobatoria del Convenio 169 de 1989 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países independientes con Ratificación Ejecutiva de 22 de mayo de 2002. Publicado en la Gaceta Oficial No. 37.305 de Octubre 17 de 2001. Entrada en Vigor Mayo 22 de 2003.**

**Artículo 7 . [...]**

**2.** El mejoramiento de las condiciones de vida y de trabajo y del nivel de salud y educación de los pueblos interesados, con su participación y cooperación, deberá ser prioritario en los planes de desarrollo económico global de las regiones donde habitan. Los proyectos especiales de desarrollo para estas regiones deberán también elaborarse de modo que promuevan dicho mejoramiento. [...]

**Artículo 25**

**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 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.

**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.

**Artículo 30**

**1.** Los gobiernos deberán adoptar medidas acordes a las tradiciones y culturas de los pueblos interesados, a fin de darles a conocer sus derechos y obligaciones, especialmente en lo que atañe al trabajo, a las posibilidades económicas, a las cuestiones de educación y salud, a los servicios sociales y a los derechos dimanantes del presente Convenio.

**2.** A tal fin, deberá recurrirse, si fuere necesario, a traducciones escritas y a la utilización de los medios de comunicación de masas en las lenguas de dichos pueblos.

[...]

**Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social**

**Gaceta oficial Número 37.600 de Diciembre 30 del 2002**

**Artículo 17.** El Sistema de Seguridad Social garantiza el derecho a la salud y las prestaciones por: maternidad; paternidad; enfermedades y accidentes cualquiera sea su origen, magnitud y duración; discapacidad; necesidades especiales; pérdida involuntaria del empleo; desempleo; vejez; viudedad; orfandad; vivienda y hábitat; recreación; cargas derivadas de la vida familiar y cualquier otra circunstancia susceptible de previsión social que determine la ley. El alcance y desarrollo progresivo de los regímenes prestacionales contemplados en esta Ley se regula por las leyes específicas relativas a dichos regímenes.

En dichas leyes se establecerán las condiciones bajo las cuales los sistemas y regímenes prestacionales otorgarán protección especial a las personas discapacitadas, indígenas, y a cualquier otra categoría de personas que por su situación particular así lo ameriten y a las amas de casa que carezcan de protección económica personal, familiar o social en general.

[...]

**Decreto No.1.850 de fecha 14 de mayo de 1997**

**Plan de Ordenamiento y reglamento de Uso de la reserva Forestal Imataca, Estados Bolívar y Delta Amacuro**

**Artículo 20.** Programa de Permanencia y Resguardo de los Asentamientos Humanos. Destinado a procurar los servicios necesarios a aquellas comunidades localizadas en centros poblados y caseríos consolidados de la Reserva y proteger la identidad cultural de las etnias, favoreciendo su capacitación e incorporación en las actividades económicas que se realicen en la zona, así como el desarrollo de programas educativos, de salud y autogestión, bajo la responsabilidad del Ministerio de Educación (ME) y la participación de los ministerios de Relaciones Interiores (MRI), de Sanidad y Asistencia Social (MSAS), de Energía y Minas (MEM) y del Ambiente y de los Recursos Naturales Renovables (MARNR), entes regionales, organizaciones indígenas y empresas operadoras de las actividades económicas.

[...]

**Resolución Número G-537 de Noviembre 1 de 1985**

**Crea Comisión Interinstitucional para la Atención de la Salud de Poblaciones Indígenas Fronterizas.**

**Artículo 1.** La Comisión interinstitucional tendrá por objeto realizar los estudios necesarios para planificar el programa nacional de atención a la salud de las Poblaciones Indígenas Fronterizas y el asesoramiento para su ejecución y desarrollo.

**Artículo 2.** La Comisión será coordinada por el Director de Epidemiología y Programas del Ministerio de Sanidad quien la presidirá I estará además integrada por sendos representantes de los siguientes organismos, órganos e instituciones:

Un representante designado por el Ministerio de la Defensa.

Un representante designado por el Ministerio de Relaciones Exteriores.

Un representante del Ministerio de Educación.

Un representante de la Corporación de Guyana.

Un representante del bloque parlamentario de Guyana.

Un representante de la Federación Médica Venezolana.

El Director Sub-regional de Salud del Estado de Bolívar.

**Artículo 3.** Cuando la Comisión haya de considerar el problema particular de las poblaciones indígenas fronterizas en los estados Apure y Zulia, formará parte de la Comisión el Director Subregional de Salud de la Sub- Región Maracaibo o el de la Dirección Sub -Regional de salud del Estado Apure, según el caso.

**Artículo 4.** La Comisión presentará en el término de tres (3) meses contados a partir de la publicación oficial de esta resolución, un informe preliminar de la situación epidemiológica de las poblaciones

comprendidas en el programa y las proposiciones para resolver sobre las acciones prioritarias que se requieran.

[...]

## **9.2 PRACTICAS TRADICIONALES**

### **Constitución Política de 1999**

**Artículo 122.** Los pueblos indígenas tienen derecho a una salud integral que considere sus prácticas y culturas. El Estado reconoce su medicina tradicional y las terapias complementarias, con sujeción a principios bioéticos.

Constitución del Estado de Bolívar

Expedida el 5 de julio del 2001

[...]

**Ley 41 de Diciembre 21 de 2000, aprobatoria del Convenio 169 de 1989 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países independientes con Ratificación Ejecutiva de 22 de mayo de 2002. Publicado en la Gaceta Oficial No. 37.305 de Octubre 17 de 2001. Entrada en Vigor Mayo 22 de 2003.**

### **Artículo 25**

**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 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. [...]

[...]

### **Constitución Estado de Amazonas**

**Septiembre 12 de 2002.**

**Artículo 46.** El Estado Amazonas reconoce y garantiza a los Pueblos y Comunidades Indígenas, el derecho a una salud integral, el ejercicio y práctica de sus conocimientos y técnicas tradicionales, el bienestar de acuerdo a sus modalidades de pensamiento y cosmovisión, el ejercicio de su propia medicina, la participación en el control sanitario y el bilingüismo en las prácticas médicas. Los organismo de salud, deberán poner a disposición de los Pueblos y Comunidades Indígenas servicios

de salud y formación profesional, planificados y administrados en coordinación con los integrantes de estos Pueblos y Comunidades. y sus Organizaciones.

**Unico.** No se permitirán prácticas de esterilizaciones forzadas, sistemáticas y masivas, métodos contraceptivos en experimentación o cualquier otra técnica médica que afecten la vida física y cultural de los Pueblos y Comunidades Indígenas del Estado Amazonas.

### **Constitución Estado Anzoátegui**

**Abril 30 de 2002**

**Artículo 89.** Los pueblos y comunidades indígenas tienen derecho a una salud integral, al uso y práctica de la medicina tradicional y las terapias complementarias que la acompañan, con sujeción a principios bioéticos. El Estado garantizará tales derechos de conformidad con la Constitución de la República, esta Constitución y la Ley.

[...]

### **Constitución del Estado de Bolívar**

**Expedida el 5 de julio del 2001.**

**Artículo 67.** Los pueblos indígenas del Estado Bolívar, tienen derecho a una salud integral que considere sus prácticas y culturas. El Estado reconoce su medicina tradicional y terapias complementarias, con sujeción a principios bioéticos.

[...]

### **Constitución del estado de Sucre**

**Expedida el 3 de Septiembre de 2002.**

**Artículo 19.** El Estado Sucre a través de los Órganos correspondientes garantizará a los pueblos y comunidades indígenas, los derechos a la seguridad social, el trabajo, la educación intercultural bilingüe, la salud admitiendo la práctica de la etnomedicina ajustada a principios bioéticos. Reconocerá su organización social, política y económica, sus culturas, usos, costumbres, cosmovisión, idiomas, valores y religión, así como sus lugares sagrados, para lo cual deberán establecerse disposiciones y mecanismos que garanticen su transmisión, estudio y preservación

[...]

## **9.3 PROTECCIÓN DE PLANTAS MEDICINALES**

**Ley 41 de Diciembre 21 de 2000, aprobatoria del Convenio 169 de 1989 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países independientes con**

**Ratificación Ejecutiva de 22 de mayo de 2002. Publicado en la Gaceta Oficial No. 37.305 de Octubre 17 de 2001. Entrada en Vigor Mayo 22 de 2003.**  
**Artículo 25 [...]**

**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. [...]

[...]

#### **9.4 ATENCIÓN EN SALUD DE ACUERDO A SUS USOS Y COSTUMBRES**

### **Constitución Política de 1999**

**Artículo 122.** Los pueblos indígenas tienen derecho a una salud integral que considere sus prácticas y culturas. El Estado reconoce su medicina tradicional y las terapias complementarias, con sujeción a principios bioéticos.

[...]

**Ley 41 de Diciembre 21 de 2000, aprobatoria del Convenio 169 de 1989 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países independientes con Ratificación Ejecutiva de 22 de mayo de 2002. Publicado en la Gaceta Oficial No. 37.305 de Octubre 17 de 2001. Entrada en Vigor Mayo 22 de 2003.**

**Artículo 25**

**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 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. [...]

[...]

**Constitución del Estado de Bolívar**  
**Expedida el 5 de julio del 2001.**

**Artículo 67.** Los pueblos indígenas del Estado Bolívar, tienen derecho a una salud integral que considere sus prácticas y culturas. El Estado reconoce su medicina tradicional y terapias complementarias, con sujeción a principios bioéticos.