



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

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

**ACTORES Y ELEMENTOS RELEVANTES EN
POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD
INDÍGENA**

Marciana Quira

Seminario-Taller “Pueblos Indígenas de América Latina: políticas y programas de salud, ¿cuánto y cómo se ha avanzado?”
CEPAL, Santiago de Chile, 25 y 26 de junio de 2007

Participación de las comunidades indígenas en el diseño, aplicación de la política pública en salud de los pueblos indígenas de Colombia.

Marciana Quira

INTRODUCCIÓN

Las comunidades indígenas en Colombia por los principios de unidad, tierra, cultura y autonomía hemos venido liderando procesos que regían, nacían y que parten del derecho mayor que se han dado a través de los Congresos, juntas directivas y asambleas comunitarias donde son las comunidades que se reúnen a discutir, analizar y proyectarse en las diferentes actividades que hacen parte del plan de vida de cada pueblo.

Estos espacios de intercambio son los que dan orientación y lineamientos para continuar la construcción de políticas tanto internas como externas; por lo tanto desde la creación de las organizaciones locales, zonales, regionales y nacionales se han establecidos programas entre ellos salud, con unos lineamientos y objetivos que permiten identificar la orientación política organizativa como la complementación de programas al interior de las comunidades así como la permanente construcción de políticas públicas que permiten llegar a la coordinación inter institucional con grandes barreras de tipo político, cultural y económico.

La ONIC y las organizaciones regionales a través de sus programas han liderados procesos que han permitido reglamentar las leyes que día a día hace el gobierno colombiano y que en su mayoría son sin previa consulta. Es de resaltar que uno de los puntos de la plataforma de lucha es conocer las leyes sobre indígenas y exigir su justa aplicación, por lo tanto se ha dado la tarea de todas las organizaciones estar actualizados en estos temas no solo de la ley únicamente sino también de la ley de origen .

Para nosotros es un reto que las políticas de orientación están dadas en la Ley mayor por lo tanto la lucha por la exigencia en el cumplimiento de los derechos.

Cada día se ha evidenciado mas a través de las asambleas permanentes, congresos, movilizaciones, caminatas, marchas, cumbres unificando las organizaciones indígenas e involucrando otros sectores.

Con que herramientas contamos? partimos de los principios y la plata forma de lucha de las organizaciones esto nos lleva a la construcción y al desarrollo permanente de los planes de

vida de cada pueblo y conociendo mejor cada día la ley mayor a través de los mandatos colectivos los cuales dan los lineamientos políticos y **tetánicos** para la construcción y desarrollo de las políticas públicas en salud de los pueblos indígenas.

La ley 89 de 1890, la resolución 10013, el decreto 1811 de 1990, la ley 2194, la resolución 5078 de 1993, la ley 691 del 2001 y los decretos 330 de 2001, acuerdo 326 de 2005 son algunas normas que son hechas bajo la construcción conjunta con el gobierno nacional por acuerdos y compromisos firmados entre gobierno y comunidades indígenas se resalta en estas leyes:

- ✚ La consulta y la concertación permanente que deben hacer las instituciones públicas y privadas que ingresen a los territorios indígenas.
- ✚ El respeto y la coordinación con las autoridades indígenas y organizaciones sociales.

Son algunos de los puntos que están planteados en estas normas.

Actividad que permanentemente se construye y se consolida en terreno exigiendo a las instituciones estos principios que se tienen tanto en la ley mayor como en la ley viche.

ESPACIOS DE COORDINACION

Las organizaciones locales, zonales, regionales y nacional hemos brindado espacios que permiten construir, desarrollar, evaluar y plantear conjuntamente programas políticos y planteamientos que sirven como insumo para la reglamentación de las leyes generales de la nación o institucional.

Para nosotros es una fortaleza grande el tener nuestras organizaciones y a pesar de las grandes diferencias que nos obligan a relacionarnos más hace que haya un trabajo colectivo nacional.

El gobierno nacional siempre ha creado un equipo o funcionarios que hacen las veces de coordinación con las comunidades allí se avanza en la discusión y construcción de la reglamentación pero en gran mayoría de veces que se alarga y no hay respuesta pues las comunidades lo hemos hecho por presión.

El gobierno actual y los gobiernos colombianos no han estado interesados en cumplir las leyes que orientan la atención a las comunidades indígenas por lo tanto es una lucha permanente de lograr una coordinación que permite el respeto de los derechos de los pueblos indígenas.

Predominan actitudes institucionales de carácter lesivo para nuestros intereses así como la de desorientar la organización tomando algunos dirigentes y organizaciones a favor de los intereses del sistema dominante sin tener en cuenta la diversidad de nuestros pueblos y autoridades tradicionales, ofreciéndoles y nombrándolos en cargos para el fortalecimiento de la participación comunitaria desde el enfoque institucional lo cual han utilizado y manipulado para argumentar la efectividad de la coordinación, la consulta y la concertación con los pueblos, sin tener en cuenta la mayoría de las decisiones colectivas producto de nuestros propios mecanismos de participación, análisis y toma de decisiones como son las asambleas comunitarias que conjuntamente se han trabajado.

Estas situaciones nos han hecho revisar nuestros propios procesos de participación y control lo cual hace que la orientación y coordinación entre nuestras organizaciones locales, zonales, regionales y nacional cada día sea más sólida pues se presentan dificultades que no permiten avanzar en este proceso de construcción colectiva para nosotros hay dos grandes retos:

1. Política interna especial a través de la ley mayor
2. La política a través de la reglamentación de las leyes institucionales

AVANCES

La construcción de **plan de vida** de cada pueblo es una realidad pues inicialmente y aun en muchos pueblos se maneja oralmente mientras que en otros se ha iniciado dejando registro de ellos en documentos, libros y revistas, actividad que es compleja ya que para nosotros es difícil pasar de lo oral a lo escrito y del manejo de un idioma extranjero confrontado con nuestros idiomas como expresión del pensamiento indígena.

Actividad que recoge elementos importantes con respecto al territorio, salud, educación, ambiente, producción, tema legislativo y jurídico y la relación interinstitucional en este sentido el tema de salud ha dado avances significativos ya que se han construido y consolidado los programas de salud con unas políticas claras de trabajo.

Si bien miramos el contexto intercultural las organizaciones avanzamos en unificar criterios y programas que permitan el porque el desarrollo de las políticas y mandatos dados en los congresos y asambleas es así que se están desarrollando programas como:

1. Medicina tradicional

El cual tiene componentes como la ritualidad, conservación de los sitios sagrados, la normatividad espiritual y la relación entre autoridades también se han ido identificando especialidades como la labor que hace la partera al rededor de la mujer dadora o generadora de vida

T'e wala mamo, haibana, mayor, Taitas, entre otros quienes armonizan pero también equilibran las energías cuando se presentan enfermedades propias. Así mismo hay otros saberes y cada uno tiene el don que la naturaleza ha dado para la atención en salud desde adentro.

Este es el programa más importante puesto que es la base fundamental de un programa más propio el cual permite la pervivencia y la resistencia como pueblos diferentes.

2. Autonomía alimentaría

Es un programa que permite relacionar la salud espiritual y corporal del cuerpo dando orientaciones claras en el ejercicio de la alimentación sana pero va más allá de ese

objetivo.

Los componentes que se trabajan son relacionados con el doblamiento de semillas nativas, ritualidad de siembra, cosecha y conservación de cosecha, escogencia de semillas, combinación y preparación de alimentos, actividades de orientación en otros temas como des parasitacion, ritualidad y coordinación con comunidades indígenas

3. Reflionar sobre los procesos de salud (Fomento de la salud)

Son actividades de atención que se han organizado con la financiación de proyectos que permiten la el análisis de los factores condicionantes de la salud y enfermedad de nuestros pueblos en sus ciclos vitales todas las zonas y departamentos con presencia o ausencia de los programas institucionales.

En este programa también se han ido estructurando o fortaleciendo sub programas según el ciclo de vida para fortalecer cada una de las etapas en el tema de la ritualidad.

4. Capacitación

Programa que se inicio con la capacitación de agentes comunitarios de salud a través de las organizaciones y mas adelante se coordino con diferentes instituciones para la adecuación curricular de formación de promotores y auxiliares indígenas, finalmente se han creado escuelas de formación intercultural y en el Cauca se viene haciendo una propuesta de formación en salud con la Universidad Autónoma Intercultural así como en otras organizaciones.

Hoy la norma colombiana desconoce el trabajo del promotor dando realce a la formación de auxiliar en salud el cual es más clínica, hospitalario que la atención comunitaria.

Si hablamos de la política pública de salud es una ilusión, pues los programas están establecidos de manera descontextualizada de los intereses y expectativas de nuestros pueblos por tanto no se logran resultados de impacto sobre los indicadores de salud y mucho menos cuentan con personal de profesionales, técnicos, auxiliares con perfil intercultural y conciencia social que tengan compromiso con la reivindicación de los derechos especiales de los pueblos indígenas para llevar a cabo tales programas

Volviendo al tema desde lo interno se pretende complementar y capacitar personal indígena con un perfil comunitario que ayude a orientar las políticas comunitarias y fortalecer el conocimiento ancestral.

Así mismo se avanza en coordinar con las universidades la formación de profesionales indígenas a través de becas del fondo Avaro Ulcue y con recursos de transferencias de los cabildos a nivel nacional y los apoyos que se brinden desde el nivel internacional para el acceso a programas de formación de nuestros indígenas y cualificacion intercultural de profesionales no indígenas comprometidos con nuestro proceso los cuales han estado

acompañándonos y fortaleciendo nuestros programas.

5. Relaciones con el Estado

Para el desarrollo de esta área se toma el punto dos de los retos para la reglamentación de las leyes. Desde la creación de las organizaciones ha habido permanentemente una dinámica propositiva, la cual se hace buscando y presionando permanentemente a las instituciones desde lo local a lo nacional por eso es una lucha permanente.

En este sentido se ha logrado reglamentar, crear, leyes, acuerdos, decretos en favor de las comunidades indígenas pues la lucha continua de poder fortalecer los procesos que se han dado.

El Ministerio de Protección Social tiene políticas con respecto a la protección de los derechos pero el modelo como esta planteado no permite desarrollar la política dada por el gobierno pues el mismo se contradice en fin, los pueblos indígenas en esa avalancha de normas y leyes que quieren desconocer y acabar con los pueblos se le ha buscado también un espacio al cual nos ha permitido fortalecer el trabajo que llevamos.

Experiencia de la construcción de la política publica en salud que nos anima a construir estas políticas el derecho mayor ha orientado y fortalecido este trabajo y conocedores de las leyes para indígenas que los gobiernos con la presión de nosotros se ha creado continuamos en esta labor, labor que es difícil ya que el gobierno lo hace todo los días y con toda su maquinaria mientras nosotros lo hacemos despacio y consultando y sin recursos.

Antes de la Constitución de 1991 se venia prestando la atención en salud en el marco de la Resolución 10013 de 1983 y que con la reglamentación de la ley 10 del 1990 se logro la creación del Decreto 1811 de 1990 allí plantea 12 artículos de los cuales se han desarrollado algunos como:

- La obligación del Estado de consultar y concertar con los pueblos indígenas todas las acciones, programas y planes de salud
- La exigencia de la atención gratuita en las instituciones publicas y privadas contratadas por las entidades responsables actividad que se ha logrado a nivel nacional con muchas dificultades ya que la red no es suficiente y oportuna para la comunidad se exigió nombramiento de personal de salud para las comunidades y se logro en un 60%
- Creación de una instancia a nivel del Ministerio que atienda los asuntos de salud para los pueblos indígenas.
- Formación de promotores de salud con enfoque intercultural.

LA IMPLANTACION DE UN NUEVO SISTEMA

Desde su cultura cada grupo tiene su propia construcción social en su proceso organizativo, económico, de expresión cultural, en salud, en educación dentro de su cosmovisión desde la cual son validos los saberes y conocimientos que le son útiles a cada grupo por lo tanto no existe una sola verdad, como tampoco un solo saber sino que existe una diversidad de pensamientos, conocimientos e interpretaciones de sus propias realidades.

Asi para la indígena nasa, la salud es sinónimo de equilibrio y armonía con la naturaleza; de relaciones armónicas con sus dueños (duende, trueno), quienes cuidan de ella y permanecen en ella. Claro está que ésta relación se mantiene de acuerdo a las leyes y normas que el grupo ha establecido para poder mantenerse.

Wet uskiueñi constituye el concepto de cultura nasa donde se incluye los aspectos que se relacionan con la salud en un enfoque integral hombre - naturaleza. Donde W E T expresa el sabor agradable de las cosas, la felicidad en el sentido de bienestar, desde luego expresa la recuperación de una persona después de un estado de enfermedad, la reconciliación de las personas en conflicto. En síntesis es una abstracción de la armonía. U S K I W E Ñ I encierra los conceptos de permanencia de la vida, el territorio y el resultado de ese proceso.

En coherencia las acciones de salud orientadas a mejorar la calidad de vida de las mujeres indígenas debe superar la posición de ser una expresión demagógica dentro del sistema de salud que continua reproduciéndose con políticas, acciones y practicas descontextualizadas desde la realidad de los pueblos indígenas para convertirse en una acción permanente de valoración y respeto de la diversidad cultural de nuestro país.

En coherencia las acciones con enfoque intercultural desde una racionalidad técnica instrumental, una racionalidad ética normativa y una racionalidad estética cultural, **no** dan cabida a las relaciones de superioridad y dominación sino que favorecen el surgimiento de soluciones a los problemas de salud de las mujeres indígenas lo que nos permite seguir creciendo como pueblos saludables donde la medicina tradicional sea mas visibilizada como una gran fortaleza en los modelos de salud interculturales de los pueblos indígenas.

En virtud de lo anterior se presenta una propuesta para el Diseño de un programa de atención intercultural en salud preventiva a la mujer indígena con lo cual se puede aumentar la cobertura y calidad en la atención integral en salud a la mujer durante el proceso preconcepcional, prenatal, del parto y posparto lo cual redundara en una disminución significativa de la morbilidad y mortalidad de la mujer indígena.

Después de contar con un sistema Nacional de Salud con enfoque de estado benefactor para la atención de la demanda pasamos a la promulgación de la Ley 100 de 1993 con la cual se creo el sistema general de Seguridad social en el cual la salud es un capítulos de interés con un enfoque biologista, integracionista, de mercado y excluyendo de otros conocimientos y practicas medicas desconociendo a su vez la diversidad étnica y la multiculturalidad fundamento de la constitución Política Nacional.

Los principios planteados en este modelo impuesto, como el aseguramiento de la población

que no es mas que la privatización, el mercadeo y la atención de la enfermedad entendido como el individuo como un cliente aplicando un plan obligatorio en salud desconociendo la integralidad de la salud .

Evidenciando la desaparición de las políticas de salud publica que inicialmente venia orientando el Ministerio, desconociendo totalmente los derechos de los pueblos indígenas e implemento otras políticas in consultas que hasta hoy nos tienen con dificultades ya que no reconoce nuestro derecho a la salud integral y nos deja con un subsidio para la atención de un Plan Obligatorio que define una pocas actividades, procedimientos e intervención de atención.

Se perdió la atención integral y colectiva de la salud. A nosotros como indígenas nos rompen la visión de lo colectivo y nos obligan al ingreso a lo individual. Define la Ley 100 que dentro de la priorización de beneficiarios del Sistema están los indígenas pero mirados como grupo pobre y vulnerable y no como pueblos con derechos constitucionales y peor aun limitando el acceso de toda la población.

Por otra parte los pueblos indígenas de Colombia desde 1993 con la creación de la Ley 100 nuevamente inicio posesos de concertación y reglamentación llevando propuestas claras de una posición negativa de ese nuevo sistema por lo tanto a nivel nacional se definió no ingresar a este sistema decisión que se tomo a través de los congresos regionales y nacionales.

Como era la ley del mercado y la compra y venta de la salud, las administradoras del régimen subsidiado privadas y solidarias ingresaron a los territorios y carnetizaron parte de la población llegando a un porcentaje bastante significativo de población indígena que puso en contradicción interna con la comunidad el cabildo o autoridades y organizaciones a demás las instituciones prestadoras de servicios en salud discriminación la población y no se atendida por decreto 1811 de 1990, esta norma también desconoció la labor comunitaria en el tema de salud y desconocieron el perfil del promotor comunitario el cual era la única cobertura rural que tenia el sistema antiguo descuidando totalmente la implementación de los programas de interés de salud publica.

Con estos antecedentes los pueblos indígenas se reunieron nuevamente y a través de los Congresos orientaron y autorizaron la creación de administradoras de régimen subsidiado indígena las cuales se crearon bajo el decreto 1088 que reglamenta las asociaciones de cabildos creando una base jurídica como publica especial , orientadas y administradas por las autoridades indígenas desde 1996 hasta el año 2000; se crearon a nivel nación las Administradoras del Régimen de subsidiado - ARS indígenas Asociación Indígena del Cauca AIC, ANAS WUAYU, , MALLAMAS , PIJAO SALUD, GUAITARA. DUSAKAWI, MANESKA, Las cuales se crearon bajos los lineamiento y políticas y mandatos orientados por los mayores a través de los Congresos.

Dando claridad que este es un modelo dominante y privatizado lo que indica que se incide en la implementación de políticas en salud reivindicando nuestro derechos en el ejercicio de la administración, planeación y ejecución los recursos del régimen subsidiado teniendo en cuenta los principio de colectividad, autonomía, consulta y concertación a demás de la construcción colectiva en la complementación, siendo los cabildo los que ejercen el control y

LINEAMIENTOS PARA LA ADMINISTRACION DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL

1. fortalecer las políticas propias en salud
2. fortalecer los programas y políticas de las organizaciones destinando recursos de régimen subsidiado.
3. reglamentar la normatividad en salud de cuerdos los pueblos indígenas y la realidad.
4. Exigir el cumplimiento los derechos en salud para los pueblos

DE LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS EN SALUD

Teniendo en cuenta la reglamentación del Sistema General de Seguridad Social en salud y en especial en lo relacionado con las instituciones prestadores de servicios en salud pública (IPS) desde lo institucional, se plantea la transformación de los hospitales en Empresas Sociales del Estado ESE, creando una situación difícil para las comunidades, ya que se consolidan como empresas con la posibilidad de funcionar como institución mixta entre lo público y lo privado lo cual permite inversión del capital privado o compra de estas instituciones públicas por los capitalistas financieros consolidándose así la privatización de la salud y evidenciando la salud como sistema de negocio ante los cuales se ven más vulnerados nuestros derechos en salud como responsabilidad del Estado y sus instituciones.

En el marco del Convenio 169 de la OIT en 1998 se inició con la creación de las IPS como instituciones propias de los Cabildos y articuladas a las estructuras de sus asociaciones con el objetivo fortalecer los principios de colectividad y fortalecimiento cultural, político y organizativo además de realizar control al sistema arrollador que pone en peligro de desaparición de nuestro sistema de salud indígena.

Hay 83 entidades públicas de carácter especial cuyos lineamientos también se dieron a través de las asambleas comunitarias, es de aclarar que según la orientación dada por las autoridades indígenas estas solo deben ser organizadas y estructuradas bajo la autorización y administración de las autoridades indígenas.

Otros de los lineamientos por el cual se han ido consolidando las IPS-I es el desarrollo de los programas de salud de las organizaciones los cuales tienen diferentes componentes como: Medicina tradicional, autonomía alimentaria, fomento de programas según el ciclo de vida. Últimamente es el objetivo por el cual se debe fortalecer las IPS indígenas.

Después de muchas reuniones con el Ministerio de Protección Social, el apoyo de las OPS y la Organización Nacional Indígena de Colombia (ONIC), se logra la reglamentación del decreto 330 en el año 2001 mediante el cual se reglamenta el funcionamiento de las administradoras de recursos del régimen subsidiado indígena a demás porque se querían

aplicar la norma general a las ARS indígenas en el sistema.

Se continuo la coordinación con el Ministerio a través del acompañamiento con los Senadores indígenas y se presento una propuesta de ley que permitiera un régimen especial indígena lo cual no se logro pues nos obligaron a seguir siendo parte del sistema que desarrollo un modelo que lo hace es crear vulnerabilidad a nuestros derechos.

En diciembre de 2001 se consolida la ley 691 la cual hace parte del mismo sistema, pues nos ha servido ya que allí plantea acciones y actividades de reconocimiento de derechos a realizar a nivel general del sistema, no obstante el gobierno nacional a través de esta ley entrega parte de su responsabilidad a los cabildos ya que los obliga a cofinanciar la ampliación de cobertura de subsidios en salud.

También se avanza en la reglamentación de la implementación del Plan de Atención Básica con acciones de salud publica al interior de los pueblos indígenas, definiendo la contextualización de estas a la realidad de los grupos étnicos pero sin crear los mecanismos claros para llevarlo a cabo haciendo que cada entidad territorial los interprete y desarrolle a su antojo o intereses partidistas

Para el desarrollo de los programas de salud indígenas se ha hecho con los recursos de asignación por el sistema general de participaciones a los Cabildos indígenas teniendo grandes dificultades por la limitación de las acciones permitidas.

Con los recursos del regimen subsidiado se viene fortaleciendo el Proyecto de Salud Indígena desde el pensamiento propio y enmarcado en la prevencion de la enfermedad y el fomento a la salud con acciones colectivas que no habian sido reconocidas por el Gobierno nacional desde donde se planteaba que se estaba haciendo peculado ya que dentro de la reglamentación de la ley 100 en la misma ley 691 no se estipulaban las acciones colectivas ya que este sistema es de enfoque individualista ante lo cual lo que se venia haciendo y que debia ser tenido en cuenta para fortalecerlo mediante la reglamentación que permitiera su continuidad sin tropiezos.

Producto de estas proposiciones en una mesa nacional de concertación que se creo por el incumplimiento de los acuerdos con el gobierno nacional; se promulga en el año 2006 el acuerdo 326 del Consejo Nacional de Seguridad Social el cual es reglamentario de la ley 691.

Hoy se avanza en la reglamentación del funcionamiento de las EPS indígenas, la habilitación y acreditación tanto para EPS como para IPS-I dentro de la normatividad especial para pueblos indígenas de manera que puedan ser contextualizados a la realidad de los proceso en las comunidades como es el caso del fortalecimiento de los mecanismos de participación comunitaria para lo cual se exige la conformación de ligas de usuarios y se desconoce e invalida los espacios y mecanismos de participación, veeduría y control tradicionales para nosotros los indígenas.

REFOMA DE LA LEY 100

Ante los fracasos del Sistema General de Seguridad Social y la crisis económica del sector publico para la atención en salud se planteo por parte del gobierno nacional una reforma a la Ley 100 y se promulga le Ley 1122 en enero del 2007.

Se genera con ella cambios en la forma de administrar los recursos de salud, la prestación de los servicios y el control del Estado sobre ellos. No genera cambio en el modelo de atención en salud y por consiguiente continua siendo un de salud biológica, de mercado, y excluyente de los demás sistemas de salud como la medicina tradicional en nuestro interés.

Enfatiza esta reforma en el sistema de calidad desde el punto de vista asistencial y no tiene en cuenta la salud, integral, colectiva, comunitaria y descentralizada o sea rural, las comunidades indígenas y en general la población de la zona rural esta siendo vulnerada por este modelo lo cual es util al Estado en su proceso de globalización y enajenación de todos nuestros recursos y patrimonio cultural.

RETOS

1. Buscar una ley por fuera de la ley 100 que permita volver a un sistema integral publico con políticas claras y que la gente este sana y alegre
2. Fortalecer los programas de calidad en lo local, zonal, regional, político organizativo y especialmente fortaleciendo la salud integral desde la cosmovisión de cada pueblo según los mandatos y el plan de vida.
3. Continuar fortaleciendo nuestros programas y proyectos desde los diversos sistemas de salud indígena como alternativa de atención en salud y también como alternativa de resistencia al sistema y pervivencia de los pueblos
4. Mejorar la coordinación con los actores involucrados en la construcción de políticas publicas que ayuda a fortalecer y proteger los pueblos indígenas.
5. Desarrollar investigación por parte de nosotros mismos para abordar la problemática de salud en las comunidades indígenas, los factores condicionantes y los factores protectores en cada uno de los grupos según el ciclo vital.
6. Construir modelos de atención en salud desde un enfoque intercultural para los grupos del binomio madre e hijo, salud escolar, salud de la mujer, adulto joven, adulto mayor y producir impacto en los indicadores de salud y en la calidad de vida minimizando la inequidad y la injusticia social.
7. Consolidar lazos de hermandad y apoyo entre los pueblos indígenas de Colombia y de América Latina

Espero que este documento ayude a analizar las problemáticas de salud de las comunidades indígenas de Colombia