

DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD DE LOS PUEBLOS INDIGENAS

Desde la perspectiva normativa, en nuestro sistema interno, el derecho a la salud está reconocido en el artículo 64 de la Carta Política, su alcance es general para toda la población y en lo concerniente a los pueblos indígenas el Convenio 169 de la OIT de 1989¹, Ley 21 de 1991, lo reconoce de manera especial en su artículo 25, así:

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

“Los servicios 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 sistema de asistencia sanitaria deberá dar 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”.

“La prestación de tales servicios de salud deberá coordinarse con las demás medidas sociales, económicas y culturales que se tomen en el país”.

La disposición citada le da a este derecho un alcance amplio, toda vez que señala de manera precisa que la prestación de los servicios de salud debe adecuarse a las especificidades culturales de los pueblos interesados, implementando mecanismos efectivos de carácter preventivo, tanto en cuidados primarios como en los aspectos sanitarios. Asimismo, enfatiza el deber de garantizar la planeación y administración de dichos servicios con participación de las comunidades para articular las prácticas y conocimientos médicos tradicionales.

En Colombia se discutió y aprobó la Ley 691 de 2001, la cual reglamentó en el ordenamiento interno el derecho a la salud de los pueblos indígenas desde la perspectiva de la diversidad étnica y cultural y en concordancia con los principios establecidos por el Convenio 169 de la OIT. Dentro del marco conceptual y normativo de la citada ley se estableció la participación de los grupos étnicos en el sistema General de Seguridad Social. En efecto, la Ley 691 de 2001 es el instrumento legal que reglamenta la participación de los pueblos indígenas en el Sistema General de seguridad Social en Salud. Garantiza el acceso del derecho a la salud en condiciones dignas y apropiadas, atendiendo el debido proceso y la protección a la Diversidad Étnica y Cultural de la Nación². Es objeto de esta ley: proteger de manera efectiva los derechos a la salud de los pueblos indígenas, garantizándoles su integridad cultural y asegurando su permanencia social³. Los principios básicos para garantizar el



¹ En Colombia, este instrumento internacional hace parte del Bloque de Constitucionalidad establecido en el artículo 93 de la misma Carta Política.

² Ley 691 de 2001. Art. 1 (Diario Oficial 44.558: 21-09-2001)

³ Ibid.



derecho a la salud de los pueblos indígenas son Eficiencia, Universalidad, Solidaridad, Integralidad, Unidad, Participación⁴ y el de Diversidad Étnica y Cultural, en virtud del cual se establece un alcance especial a este derecho: “el sistema practicará la observancia y el respeto a su estilo de vida y tomará en consideración sus especificidades culturales y ambientales que permita un desarrollo armónico a los pueblos indígenas”.⁵

En el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud las autoridades indígenas tienen competencias, toda vez que la ley 691 de 2001 establece que además de las autoridades del Sistema General de Seguridad Social, las autoridades indígenas serán consideradas instancias, organismos e instituciones en sus territorios, atendiendo su especial naturaleza jurídica y organizativa⁶. Los miembros de los pueblos indígenas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud se vinculan como afiliados al Régimen Subsidiado, excepto en los siguientes casos: que esté vinculado mediante contrato de trabajo; que sea servidor público; que goce de pensión de jubilación.

Los pueblos indígenas tienen acceso a los planes y programas del Sistema General de Seguridad Social en Salud:⁷ Plan Obligatorio de Salud: POS; Plan Obligatorio de Salud Subsidiado: POS-S; Plan de Atención Básica: PAB; Atención inicial de Urgencias. Es de anotar que los planes y programas de servicios de salud aplicables a los pueblos indígenas deben considerar las prácticas indígenas, basadas en los criterios de: pluralismo médico, complementariedad terapéutica y complementariedad. Por lo tanto, deberán incluir actividades y procedimientos de medicina tradicional indígena.⁸ Asimismo, deberán ser concertados con las respectivas autoridades indígenas.⁹

El Plan de Atención Básica en Salud para pueblos indígenas se caracteriza porque su ejecución es gratuita¹⁰, debe ser concertado con las entidades territoriales, aplicando los procesos de consulta y concertación legalmente establecidos, orientados a la adecuación etnocultural de las acciones que se incluyan en el PAB.¹¹, puede ser formulado por los pueblos indígenas en sus planes de vida o desarrollo, contando con la asistencia técnica de las entidades territoriales. Una vez formulado el plan deberá ser incorporado en los planes sectoriales de salud de las entidades territoriales. Su financiación se realiza con recursos asignados por los programas nacionales del Ministerio de Salud y Protección Social, los provenientes del Situado Fiscal para el fomento de la salud y prevención de la enfermedad, con los recursos de las entidades territoriales. Para su ejecución se priorizará la contratación con las autoridades indígenas. La cosmovisión y los valores tradicionales de los pueblos indígenas se deben tener en cuenta en la formulación del Plan de Atención Básica para garantizar su permanencia cultural.

La prestación de los servicios de salud que se ofrece a los pueblos indígenas está exenta de cobro de cuotas moderadoras y copagos. Los recursos que sostienen la afiliación de los pueblos indígenas al Régimen Subsidiado de Salud son: aportes del Fondo de Solidaridad y Garantías (FOSYGA), pertenecientes a la subcuenta de

⁴ Ley 100 de 1993

⁵ Ley 691 de 2001. Art. 3.

⁶ Ibid. Art. 4.

⁷ Ley 691 de 2001. Art. 6

⁸ Ibid. Art. 21

⁹ Ibid. Art. 22

¹⁰ Ley 691 de 2001. Art. 10

¹¹ Ley 691 de 2001. Art.10 y Circular Externa No. 18 de 2004. Ministerio de la Protección Social (numeral 11).

solidaridad; recursos de los entes territoriales (departamentos, municipios); aportes de los Resguardos Indígenas, quienes como mínimo aportarán el 10%, excepto aquellos que no reciban recursos del Sistema General de Participaciones, o que estos sean insuficientes.¹² Los recursos destinados por el Régimen Subsidiado de Salud a los pueblos indígenas son administrados por las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), cuyo funcionamiento es autorizado por la Superintendencia Nacional de Salud. Para el efecto, se encuentran autorizadas ARS Indígenas (ARSI) y no indígenas.¹³

Las Instituciones Prestadoras de los Servicios de Salud (IPS) son instituciones públicas o privadas que prestan los servicios de salud a los afiliados de las Administradoras del Régimen Subsidiado. Las Administradoras del Régimen Subsidiado tienen la obligación de contratar la prestación de los servicios de salud con las IPS indígenas.¹⁴ Los servicios del Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo deben prestarse a los integrantes de los pueblos indígenas en capacidad de condiciones de acceso, atendiendo sus particularidades socioculturales y geográficas y respetando el principio de la no discriminación.¹⁵

El Decreto 2716 de 2004, “Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 691 de 2001”, dispuso que las Administradoras Indígenas de Salud, ARSI, y Entidades Promotoras de Salud Indígenas, EPSI, que, actualmente, se encuentren operando en el régimen subsidiado y las que se llegaren a conformar, deberán acreditar que como mínimo el 60% de sus afiliados pertenecen a pueblos indígenas tradicionalmente reconocidos de conformidad con la Ley 691 de 2001. Previo que la Superintendencia Nacional de Salud revocará, dentro del mes siguiente a la presentación de la solicitud de habilitación de las ARSI o EPSI, la autorización de aquellas entidades que no acrediten al momento de presentar la solicitud, el requisito antes mencionado. Igualmente, señaló el citado Decreto que las ARSI o EPSI no podrán celebrar con las entidades territoriales nuevos contratos de aseguramiento o adicionar los ya existentes hasta tanto no acredite ante la Superintendencia Nacional de Salud el cumplimiento del porcentaje mínimo de afiliados indígenas.

Ahora bien, el CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD¹⁶, a través del Acuerdo 000326 de 2005 fijó los lineamientos para la organización y funcionamiento del Régimen Subsidiado para la población indígena y determinó los criterios para el procedimiento de afiliación y la adecuación del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado. Asimismo, previo que las Entidades Promotoras de Salud Indígenas, EPSI, que administren recursos del Régimen Subsidiado, deberán someterse a la normatividad vigente aplicable, salvo lo previsto en el presente Acuerdo para las Administradoras de Régimen Subsidiado Indígenas, ARSI. Igualmente, señaló que para la ampliación de cobertura del Régimen Subsidiado la Entidad Territorial atenderá en todos los casos los criterios de priorización establecidos en el Acuerdo 244 del Consejo



¹² Acuerdo (CNSSS) 301 de 2005, Art. 1. Literal (b)

¹³ Decreto 2716 de 2004 (Reglamentario Art. 14 Ley 691 de 2001)

¹⁴ Ley 691 de 2001. Art. 25

¹⁵ Ley 691 de 2001. Art. 9

¹⁶ En ejercicio de sus atribuciones legales, en especial de las conferidas en el numeral 15 del artículo 172 de la Ley 100 de 1993 y en los artículos 5°, 6° y 12 de la Ley 691 de 2001

Nacional de Seguridad Social en Salud, estableciendo de manera expresa el número mínimo de subsidios destinados a la población indígena. También señaló que la identificación de la población indígena para la asignación de subsidios se efectuará de conformidad con lo establecido en el artículo 5° de la Ley 691 de 2001. Cuando la población beneficiaria identificada a través del listado censal no coincida con la población indígena certificada por el DANE, la autoridad territorial lo verificará y validará de manera conjunta con la autoridad tradicional para efectos del registro individual en la base de datos de afiliación al Régimen Subsidiado.

El citado Acuerdo establece que las comunidades indígenas podrán afiliarse al Régimen Subsidiado de manera colectiva y preferencialmente a una ARSI, según lo previsto en el artículo 17 de la Ley 691 de 2001. En caso de afiliaciones colectivas, se entenderá surtido el trámite de libre elección con la presentación del Acta de la Asamblea Comunitaria donde se exprese esa voluntad, la cual tendrá el carácter de acto público, en consecuencia, ser aceptada por el Alcalde respectivo, siempre que la ARS seleccionada esté autorizada para afiliar en el respectivo municipio. En caso de traslados colectivos a otra ARS, la comunidad indígena deberá manifestar expresamente esa voluntad, entre los 90 y 30 días antes del inicio del período anual de contratación, sin detrimento del cumplimiento del período mínimo de permanencia en una ARS, establecido en las disposiciones que regulan el Régimen Subsidiado, de lo contrario se renovarán automáticamente los contratos de afiliación con la respectiva ARS a la que se encuentren afiliados.

El Decreto No. 1973 de 2013, creó la Subcomisión de Salud de la Mesa Permanente de Concertación con los Pueblos y Organizaciones Indígenas, como una instancia de trabajo de carácter consultivo y técnico para la construcción colectiva de las políticas públicas en salud para los pueblos indígenas de Colombia. El objeto de la Subcomisión es orientar, formular y contribuir a la construcción e implementación de las políticas públicas de salud de los pueblos indígenas, con la participación de la comunidad y sus autoridades en las diferentes instancias de decisión y estructuras organizativas autónomas, en el marco de la construcción de un Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural -SISPI, que garantice el derecho fundamental a la salud de los pueblos indígenas, de manera integral y universal, con respeto a las diferencias culturales y a los conocimientos de la medicina tradicional propia, administrados por sus autoridades tradicionales.

La Subcomisión de Salud esta conformada por: El Ministro del Interior o su delegado; El Ministro de Hacienda y Crédito Público o su delegado; el Ministro de Salud y Protección Social o su delegado, quien la presidirá; El Director del Departamento Nacional de Planeación o su delegado; El Superintendente Nacional de Salud o su delegado; Seis (6) delegados de la Organización Nacional Indígena de Colombia ONIC; Dos (2) delegados de la Confederación Indígena Tairona -CIT; Tres (3) delegados de la Organización de Pueblos Indígenas de la Amazonia Colombiana -OPIAC; Un (1) delegado de las Autoridades Tradicionales Indígenas de Colombia; Un (1) delegado de las Autoridades Indígenas de Colombia -AICO; Un (1) delegado de la Mesa de Diálogo y Concertación para el Pueblo Wayuu; Un (1) delegado de las Organizaciones Indígenas del Chocó.

Es de anotar que son las organizaciones y autoridades indígenas las que eligen a sus delegados en espacios de decisión colectiva como asambleas, congresos o junta directiva, entre otros, de acuerdo con sus normas, usos y costumbres por un período de dos (2) años. Los órganos de control podrán participar con un delegado permanente como invitado especial.

Le corresponde a la Subcomisión de Salud: Orientar y apoyar técnicamente en la formulación de las políticas públicas en salud para los pueblos indígenas, en especial, la construcción e implementación del Sistema de Salud Propio e Intercultural -SISPI desde cada una de las competencias de sus integrantes; Definir los lineamientos de articulación y coordinación con los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el proceso de construcción e implementación del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural - SISPI- y proponer soluciones a los conflictos que pudiesen surgir en el proceso; Identificar las situaciones de salud de los pueblos indígenas y proponer estrategias para orientar la consolidación e implementación de las formas de atención en salud individuales y las intervenciones colectivas de salud pública dados en los lineamientos del Plan Decenal de Salud Pública para los pueblos indígenas de Colombia; Presentar a la Mesa Permanente de Concertación con los Pueblos y Organizaciones Indígenas, la propuesta técnica que desarrolle el Sistema de Salud Propio e Intercultural - SISPI-, Presentar a la Mesa Permanente de, las

propuestas técnicas para la reglamentación transitoria de la Ley 691 de 2001, sin que esta función signifique agotamiento de la consulta previa establecida en la Ley 21 de 1991, en tanto se construya e implemente el Sistema de Salud Propio e Intercultural - SISPI- y Presentar a la Mesa Permanente de Concertación con los Pueblos y Organizaciones Indígenas las propuestas para definir mecanismos que garanticen los procesos de consulta previa con los pueblos indígenas, a través de las autoridades y organizaciones indígenas reconocidas por sus comunidades, cuando se pretendan expedir e implementar medidas en salud que sean susceptibles de afectar a los pueblos indígenas.

Por su parte, a los integrantes del Gobierno Nacional de la Subcomisión de Salud, de acuerdo a sus competencias, les corresponde orientar técnicamente a las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal para la implementación de las políticas públicas en salud y del Sistema de Salud Propio e Intercultural -SISPI-. Los delegados representantes de las autoridades indígenas, integrantes de la Subcomisión tienen además las siguientes responsabilidades: a) Apoyar a las autoridades indígenas para el fortalecimiento de la gobernabilidad en la salud propia de los pueblos indígenas. b) De acuerdo con los lineamientos que dicte la Mesa Permanente de Concertación con los Pueblos y Organizaciones Indígenas, apoyar a las autoridades indígenas en los procesos de seguimiento y control a las instituciones propias (EPS - IPS indígenas) como actores actuales del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que irán transformándose institucionalmente en el proceso de construcción e implementación del Sistema de Salud Propio e Intercultural -SISPI-. c) Mantener informada a la Mesa Permanente de Concertación con los Pueblos y Organizaciones Indígenas sobre los avances y dificultades del proceso de construcción e implementación del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural -SISPI- y de las condiciones de las instituciones propias. d) Establecer directrices de orientación y apoyo a las autoridades, organizaciones y estructuras de salud indígenas en la construcción, consolidación e implementación de los componentes del Sistema de Salud Propio e Intercultural -SISPI-. e) Hacer seguimiento al cumplimiento de los acuerdos y normas especiales sobre los derechos en salud para pueblos indígenas.

El citado Decreto señaló que la Subcomisión de Salud se reunirá por derecho propio cada dos (2) meses, previa convocatoria realizada por el Ministro de Salud y Protección Social o su delegado, por conducto de la secretaria técnica y extraordinariamente, a solicitud de los integrantes de la Subcomisión. Las recomendaciones de la Subcomisión y de los actos propios de la misma, serán adoptadas por consenso entre sus integrantes.

La propiedad intelectual sobre conocimientos y documentos que hagan parte de las culturas y cosmovisiones de los pueblos indígenas que se conozcan en la Subcomisión, no podrán ser utilizados ni publicados sin la autorización de las autoridades indígenas correspondientes, pero los documentos que se produzcan en desarrollo de las funciones y objeto de la citada Subcomisión y que sean producidos para la política pública, son de dominio público. El Ministerio de Salud y Protección Social de acuerdo con las necesidades que establezca la Subcomisión, en concordancia con las normas presupuestales y de contratación y siguiendo los lineamientos propios de su desarrollo misional, garantizará la financiación de los gastos para el cumplimiento de las actividades y funcionamiento de la misma y contratará el apoyo técnico requerido con el personal o las organizaciones que acrediten conocimientos interculturales en salud, hasta por el monto de las apropiaciones con que cuente en su presupuesto para este fin.

La propiedad intelectual sobre conocimientos y documentos que hagan parte de las culturas y cosmovisiones de los pueblos indígenas que se conozcan en la Subcomisión, no podrán ser utilizados ni publicados sin la autorización de las autoridades indígenas correspondientes, pero los documentos que se produzcan en desarrollo de las funciones y objeto de la citada Subcomisión y que sean producidos para la política pública, son de dominio público. El Ministerio de Salud y Protección Social de acuerdo con las necesidades que establezca la Subcomisión, en concordancia con las normas presupuestales y de contratación y siguiendo los lineamientos propios de su desarrollo misional, garantizará la financiación de los gastos para el cumplimiento de las actividades y funcionamiento de la misma y contratará el apoyo técnico requerido con el personal o las organizaciones que acrediten conocimientos interculturales en salud, hasta por el monto de las apropiaciones con que cuente en su presupuesto para este fin.

Por su parte, el Decreto No. 1953 de 2014 “Por el cual se crea un régimen especial con el fin de poner en funcionamiento los Territorios Indígenas respecto de la administración de los sistemas propios de los pueblos indígenas hasta que el Congreso expida la ley de que trata el artículo 329 de la Constitución Política”, define el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural - SISPI- como el conjunto de políticas, normas, principios, recursos, instituciones y procedimientos que se sustentan a partir de una concepción de vida colectiva, donde la sabiduría ancestral es fundamental para orientar dicho Sistema, en armonía con la madre tierra y según la cosmovisión de cada pueblo. El SISPI se articula, coordina y complementa con el Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS, con el fin de maximizar los logros en salud de los pueblos indígenas.

El SISPI es integral y se desarrolla en el marco del derecho fundamental a la salud, bajo la rectoría del Ministerio de Salud y Protección Social o quien haga sus veces, a través de las instancias y procedimientos que determine el citado Decreto y demás disposiciones que lo modifiquen, sustituyan y reglamenten.

El SISPI se rige por los principios de: 1- Accesibilidad ya que en coordinación con el Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS- garantiza el cuidado de la salud de manera oportuna, adecuada, eficiente e integral como un derecho fundamental individual y colectivo de los pueblos indígenas, en armonía con el territorio y la cosmovisión de cada uno de ellos. 2- Complementariedad terapéutica en el sentido que deberá garantizar la integralidad en el cuidado de la salud a través de la medicina propia de los pueblos indígenas y de la que brinda el SGSSS, incluidas las medicinas alternativas incluidas dentro de este último, en una dinámica de diálogo y respeto mutuo. 3- Reciprocidad: a través de este proceso se retribuye una acción con fundamento en las relaciones entre los seres humanos y espirituales que habitan el territorio, expresados en prácticas o rituales ancestrales, en los intercambios de saberes, la comunidad, y en todos los espacios de la vida, propendiendo por el cuidado de la salud como un derecho fundamental. 4- Interculturalidad: entendida como la comunicación y coordinación comprensiva entre los diferentes saberes y prácticas de los pueblos y las instituciones del SGSSS, que genera el reconocimiento, la valoración y el respeto a su particularidad, en el plano de la igualdad, armonía y equilibrio.

El citado Decreto define la Salud Propia como la armonía y el equilibrio de acuerdo con la cosmovisión de cada pueblo indígena, resultado de las relaciones de la persona consigo misma, con la familia, la comunidad y el territorio. Comprende procesos y acciones orientados al fomento, protección y recuperación de la salud. Igualmente, el Decreto en mención señala y define como componentes del SISPI, los siguientes:

1. Sabiduría ancestral.
2. Político organizativo.
3. Formación, capacitación, generación y uso del conocimiento en salud.
4. Cuidado de salud propia e intercultural.
5. Administración y gestión.

En el mismo ordenamiento jurídico, a los Territorios Indígenas se les atribuyó algunas competencias en materia de salud: Definir, adoptar, adaptar y ejecutar acciones en Salud Pública, en coordinación y articulación con el Ministerio de Salud y Protección Social, de acuerdo con las normas que se expidan en el marco del SISPI y del SGSSS, previa certificación en salud. Deberán asumir la competencia del manejo del riesgo en salud de acuerdo con el grado de desarrollo del SISPI, siempre y cuando cumplan con las condiciones y los requisitos que establezcan el Ministerio de Salud y Protección Social y la Subcomisión de Salud. Les corresponde crear y/o transformar las estructuras propias para el desarrollo del SISPI de acuerdo a la ley de origen, derecho mayor o derecho propio de cada pueblo indígena. Las competencias de prestación del servicio podrán ser asumidas directamente por el Territorio Indígena con las estructuras propias de salud de propiedad de los Territorios Indígenas y de acuerdo con las normas vigentes que regulen el SGSSS y las formas propias del cuidado de la salud en el marco del SISPI. Así mismo, deberán dirigir, planificar y administrar el SISPI en su territorio, conforme a sus componentes y de acuerdo a la particularidad de cada pueblo indígena.

Finalmente, les corresponden a los territorios indígenas administrar, suministrar y responder por la información en salud relacionada con la salud pública, gestión del riesgo y del cuidado de la salud en los aspectos administrativos, financieros y epidemiológicos que se generen en los respectivos Territorios Indígenas y sus estructuras propias en salud y otras que allí operen, en condiciones de oportunidad, calidad y pertinencia, de acuerdo con la reglamentación que se expida para la materia en el marco del SISPI y del SGSSS.

El Decreto 1953 de 2014 señala que a nivel de los Territorios Indígenas, las estructuras propias del SISPI se crearán con base en las estructuras de gobierno propio de los pueblos indígenas, de conformidad con lo previsto en este Decreto y los criterios y requisitos que se concerten en la Mesa Permanente de Concertación con Pueblos y Organizaciones Indígenas. La Subcomisión de Salud Indígena será la instancia consultiva y técnica entre el gobierno nacional y los pueblos indígenas que orienta, formula y contribuye a la construcción e implementación del SISPI, la cual operará de acuerdo con el plan de trabajo según las necesidades de desarrollo del SISPI.

Los componentes del SISPI serán financiados con cargo a los siguientes recursos:

1. Los componentes de sabiduría ancestral y cuidado de la salud serán financiados con recursos del SGP para salud y del SGSSS.
2. Los componentes político organizativo y de administración y gestión serán financiados con cargo a los recursos del Ministerio de Salud y Protección Social previstos para tal fin.
3. Para la financiación del componente de formación, capacitación, generación y uso del conocimiento en salud, los Territorios Indígenas podrán presentar proyectos de ciencia, tecnología, e innovación a ser financiados con cargo al sistema general de regalías, fondo de ciencia y tecnología. Adicionalmente, los Territorios Indígenas podrán contribuir a la financiación de dicho componente con recursos de la asignación especial del SGP.

El citado Decreto previo que el Estado garantizará en el marco del SISPI a los pueblos indígenas el acceso al cuidado de la salud sin costo alguno como un derecho fundamental.

Por último, es de anotar que el SISPI se implementará gradualmente de acuerdo con la iniciativa y dinámica de cada Territorio Indígena. Hasta tanto esto ocurra, el SGSSS garantizará el cuidado de salud de los pueblos indígenas a través de las instituciones de salud indígenas y no indígenas que operan actualmente. Las Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Salud, indígenas y no indígenas, garantizarán el suministro de la información administrativa, financiera, epidemiológica y de salud, a las autoridades de los Territorios Indígenas y a las instituciones de dirección, inspección, vigilancia y control.