

**LINEAMIENTOS DE POLÍTICA
PÚBLICA
DISTRITAL DE SALUD
PARA LA POBLACION AFRODESCENDIENTE
RESIDENTES EN BOGOTÁ D.C.
DOCUMENTO PRELIMINAR
SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA
ÁREA DE ANÁLISIS Y POLÍTICAS DE SALUD
Bogotá D.C. Abril 2011**

TABLA DE CONTENIDO

1. Introducción
2. Justificación
3. Marco situacional
 - 3.1 Indígenas
 - 3.2 Afro descendiente
 - 3.3 Raizales
 - 3.4 Pueblo ROM
4. Marco normativo
 - 4.1 Ámbito internacional
 - 4.2 Ámbito nacional
 - 4.3 Ámbito distrital
5. Normatividad específica
 - 5.1 Pueblos indígenas
 - 5.2 Afro descendiente
 - 5.3 Pueblo ROM
 - 5.4 Raizales
6. Enfoque General
 - 6.1 Concepto propio de salud
 - 6.2 Enfoque promocional de calidad de vida
 - 6.3 Enfoque de inclusión
 - 6.4 Enfoque de derechos
 - 6.5 Enfoque de participación
 - 6.6 Enfoque de reconocimiento y respeto
 - 6.7 Enfoque territorial
 - 6.8 Enfoque de determinantes sociales
 - 6.9 Enfoque de identidad
 - 6.10 Enfoque de etnia y etnicidad
 - 6.11 Enfoque de medicina tradicional
 - 6.12 Enfoque de cosmovisión
 - 6.13 Enfoque diferencial

7. Principios
8. Valores
9. Objetivo General
10. Lineamientos de política pública distrital de salud para los grupos étnicos
11. Eje No 1. Aseguramiento en Salud
 - 11.1 Objetivo específico No 1
 - 11.1.1 Líneas de acción
 - 11.2 Objetivo específico No 2
 - 11.2.1 Líneas de acción
12. Eje No 2. Planes de beneficios
 - 12.1 Objetivo específico No 1
 - 12.1.1 Líneas de acción
 - 12.2 Objetivo específico No 2
 - 12.2.2 Líneas de acción
 - 12.3 Objetivo específico No 3
 - 12.3.1 Líneas de acción
 - 12.4 Objetivo específico No 4
 - 12.4.1 Líneas de acción
 - 12.5 Objetivo específico No 5
 - 12.5.1 Líneas de acción
13. Eje No 3 Modelo de salud
 - 13.1 Objetivo específico No 1
 - 13.1.1 Líneas de acción
 - 13.2 Objetivo específico No 2
 - 13.2.1 Líneas de acción
14. Eje No 4 Participación social y comunitaria
 - 14.1 Objetivo específico No 1
 - 14.1.1 Líneas de acción
 - 14.2 Objetivo específico No 2
 - 14.2.1 Líneas de acción
15. Eje medicina tradicional
 - 15.1 Objetivo específico No 1
16. Eje No 5 Articulación intersectorial

16.1 Objetivo específico No 1
16.1.1 Líneas de acción
17. Seguimiento y Evaluación

1. INTRODUCCIÓN

Se entiende por grupos étnicos, poblaciones cuyas condiciones y prácticas sociales, culturales y económicas las distinguen de aquellos que conforman la sociedad hegemónica y tienen para ello un reconocimiento jurídico por parte del estado. Sus particularidades culturales están dadas en sus cosmovisiones, diversidad cultural, costumbres y tradiciones. En Colombia, estos grupos étnicos están conformados por los indígenas, que son 83 pueblos, los afrocolombianos o comunidades negras, que están ubicados a lo largo y ancho del país con diversidad de expresiones culturales, dos de ellos con idioma propio; los raizales anglocaribeños (lengua creole), que habitan en archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, y los habitantes de San Basilio de Palenque, departamento de Bolívar, que hablan en lengua creole de base española y bantú, y el pueblo ROM o gitano que tiene una identidad étnica y cultural propia y que se caracterizan por tener una tradición nómada, los cuales están ubicados principalmente en Bogotá D.C. y en los Santanderes.

En razón de lo anterior, la nación colombiana se considera multiétnica y pluricultural, por que en ella conviven distintos pueblos, cada uno con sus propias especificidades culturales, los cuales deben ser reconocidos como tal, tanto por las otras personas de la sociedad hegemónica como por las organizaciones, instituciones y el Estado Colombiano. Estas realidades políticas y sociales que estos grupos étnicos plantean al Estado conllevan a que se apunte al fortalecimiento de su etnicidad como sujetos colectivos, desde el reconocimiento y ejercicio de sus derechos vigentes nacionales e internacionales y en materia de protección social como son:

Los derechos inherentes propios e innatos de cada ciudadano, que hacen parte de su naturaleza y que son irrenunciables.

Los derechos universales, que son comunes a toda la especie humana, sin importar la condición racial, geográfica, de orientación sexual, de género, edad, condiciones sociales.

Los derechos que nunca prescriben, es decir que no caducan, ni pierden su validez a través, ya que pertenecen a la parte intrínseca del ser humano.

Los derechos inviolables, inquebrantables o que no se pueden transgredir, so pena de exigir una reparación o compensación, de acuerdo a la legislación vigente.

Los derechos al reconocimiento de la diversidad, los cuales parten del principio del reconocimiento a las diferencias de los seres humanos en cuanto a su base social y cultural; hace referencia a la no discriminación, al buen trato, a la no estigmatización, al respeto y a la tolerancia.

Los derechos a disfrutar de una vida digna, que hacen referencia a la existencia de condiciones necesarias y adecuadas, para que los seres humanos desarrollen un proyecto de vida que satisfaga sus capacidades y anhelos, amparados por la garantía, que proporciona un estado social de derecho. Una vida digna, es la que disfruta del goce efectivo de los derechos.

Los afrodescendientes, con las particularidades étnicas y culturales que caracterizan a cada uno de ellos, es un grupo étnico reconocido en el Distrito y forman parte muy importante del valioso patrimonio humano de nuestra ciudad. Como tales tienen derechos colectivos fundamentales consagrados en la Constitución Política y la legislación.

En el Distrito Capital, la construcción de lineamientos de política y de líneas de acción para la población afrodescendiente que pueblan su territorio se fundamenta sobre la normatividad que consagra el derecho a la salud, y tiene como punto de partida el reconocimiento de la diversidad étnica y cultural presentes en la ciudad.

Para la Administración, los grupos étnicos forman parte de los sectores identificados como más vulnerables por sus precarias condiciones de vida, por los efectos de la violencia en sus territorios y por la pérdida progresiva de su identidad y cultura - acrecentada en los contextos urbanos – que los expone a su propia desaparición como grupos.

2. JUSTIFICACIÓN

En Colombia diversas organizaciones étnicas han intentado reivindicar la recuperación de sus conocimientos ancestrales, prácticas y médicos tradicionales, parte esencial de su lucha por la afirmación de su identidad cultural, autonomía y territorialidad. Si bien en sus inicios estos movimientos se centraron en la lucha por la tierra y la autonomía, en los últimos 20 años su defensa al derecho a la salud – junto con la educación – ha ocupado un lugar preponderante desde un

enfoque integral no sólo a partir del acceso a los servicios médicos Institucionales, sino de la afectación de los determinantes ambientales, socioeconómicos y culturales que influyen en la salud.

Como consecuencia de la movilización social de las minorías étnicas, y de la apertura política en pro de sus derechos, se han gestado esfuerzos por garantizar una atención de salud que consulte sus propias realidades, particularmente, el reconocimiento y promoción de sus sistemas sanitarios tradicionales, como opción alternativa y complementaria con la medicina facultativa.

La Constitución Política de Colombia (1991), define la nación como pluriétnica y multicultural, donde los grupos étnicos son sujetos colectivos de derechos y corresponde al Estado garantizar y proteger la diversidad¹, la multiculturalidad y la posibilidad de que aquellos puedan reafirmarse a sí mismos, fortaleciendo sus culturas como base de las interacciones entre ellos y con el resto de la sociedad y el mundo.

En el marco de lo anterior, la orientación trazada por el Distrito Capital estipula: “... *Las acciones públicas le darán prioridad a la universalización de la salud y la educación... con un enfoque intercultural*”². Asimismo, determinó, para concretar el derecho fundamental a la salud para la población étnica incluir:

La universalización prioritaria en el uso y acceso a servicios de salud adecuados socio culturalmente.

Fortalecimiento de su Medicina Tradicional como estrategia de construcción de procesos de salud y capacitación intercultural para el Distrito Capital.

Promover el ejercicio de una ciudadanía activa en salud que aporte al fortalecimiento de su etnicidad como sujetos colectivos.

Gestionar con otros sectores, la transformación positiva de los determinantes políticos, sociales, económicos, comunitarios e individuales de la salud, entendida como bienestar integral desde las concepciones tradicionales.

¹ Las Constituciones de Panamá (1983), Guatemala (1985), Brasil (1988), Paraguay (1992), Ecuador(1993), Perú (1993) Bolivia, (1994) México, también reconocen el carácter pluriétnico o plurinacional y multiculturalidad de sus estados.

² Plan de Desarrollo Distrital 2004-2008. Art. 8, inc. 3.

Se requiere entonces poner en marcha la construcción de una Política para Grupos Étnicos (afrodescendientes) en el Distrito Capital sentando las bases para su proyección hacia el largo plazo. Este proceso de reconocimiento de la diversidad étnica, que busca la garantía prioritaria del Derecho a la Salud para los grupos étnicos de la capital, desde el enfoque promocional de calidad de vida, se constituirá en modelo para otras ciudades, haciendo de Bogotá una ciudad más incluyente, democrática y solidaria.

En el Plan de Desarrollo 2008-2012 BOGOTÁ POSITIVA, se encuentran los lineamientos que permiten desarrollar el proceso de formulación de una política pública distrital de salud para la población perteneciente a la población afrodescendientes; en el objetivo 3 Desarrollar un modelo de Atención en salud integral e incluyente que reconozca la diversidad étnica, cultural y de género, que responda a las necesidades de la población del Distrito Capital.

Existen además en el plan, estrategias específicas, como son: Adelantar acciones y crear espacios locales y distritales para la construcción, implementación y evaluación del modelo de atención en salud; reorganizar y fortalecer las redes integrales de servicios de salud y definir el sistema integrado de evaluación del modelo de atención en salud.

Algunas metas del plan, apuntan a la formulación de la política y al posicionamiento del tema étnico, como son:

A 2011 contar con políticas, planes, programas y proyectos para mejorar la calidad de vida y salud, gestionados con participación activa de ciudadanos y comunidad organizada.

A 2011 implementar y evaluar la política pública distrital de participación social en salud y servicio al ciudadano.

A 2011 se habrá diseñado e implementado un proceso de formación política y hacia la exigibilidad del derecho a la salud, dirigido a la ciudadanía, grupos organizados y servidores.

3. MARCO SITUACIONAL

La llegada de los primeros esclavos a Santafé de Bogotá está asociada a los viajes de Don Gonzalo Jiménez de Quezada, quien en su expedición en 1539 incluyó un esclavo negro para su servicio personal; posteriormente Hernán Pérez en 1543, hizo lo propio con un grupo de 20 esclavos de raza negra.

Durante el siglo XVI, varias personas se acompañaron de personas negras al llegar a la ciudad, entre ellos don Andrés Díaz Venero de Leiva, Presidente de la Real Audiencia del Nuevo Reino de Granada quien entre 1564 y 1573, trajo consigo negros provistos de armas para su defensa personal. Sus transacciones involucraron cerca de 350 esclavos.

La fundación del convento y del colegio de La Enseñanza, trajo consigo que en el claustro trabajaran algunos esclavos negros, principalmente mujeres y a que un mayor número de ellos fueran trasladados a trabajar en la mina de oro que hacía parte de la donación. De esta forma los esclavos negros contribuyeron a la educación femenina de Santafé de Bogotá.

En la Expedición Botánica iniciada en 1783, José Celestino Mutis contó con la colaboración de un cuarterón de apellido Rizo, quien se convirtió en la mano derecha del científico, a punto de que en su honor Mutis denominó Rizo a un género de plantas descubiertas en la dicha expedición. Después de la llegada del pacificador Murillo, Rizo militó en las filas patriotas y fue fusilado en el año de 1816.

Para la época comprendida entre 1778 a 1789, la población negra en el Distrito de la Real Audiencia de Santafé ascendía a 52.675, de la cual en la ciudad de Santafé figuraban en los registros 762 personas.

Durante la Patria Boba, se realizó la toma de la ciudad por parte del Libertador Simón Bolívar en 1814, quien incorporó un considerable número de negros y mulatos en su batallón.

La lucha por la independencia nacional contó con el heroísmo de muchos negros como el Almirante José Prudencio Padilla, héroe de batallas marítimas; el Coronel Juan José Rondón, quien estuvo al mando del Batallón de Llaneros "Arriba el Llano", fue el héroe de la Batalla del Pantano de Vargas, a quien Bolívar dijo: "*Coronel, salve usted la patria!*"

La campaña pacificadora desatada por España también cobró la vida de numerosos negros esclavos y libertos civiles, argumentando sus tendencias al apoyo de los patriotas.

Durante el período de 1858 a 1886 la población negra era del 35% de la población nacional –según cifras de Don Felipe Pérez.³ Para la misma época la población negra de Bogotá volvió a aumentar debido a la llegada de Tomas Cipriano de Mosquera, quien trajo un Batallón del Ejercito Federalista con soldados negros vallunos y caucanos. Según José Maria Vergara y Vergara en 1886 Bogotá “ contaba con 18.455 habitantes de los cuales 1/3 eran blancos y los 2/3 restantes eran mestizos, mulatos, negros, zambos e indios”.⁴

Durante la época republicana el poeta negro Candelario Obeso representó con su trabajo un importante paso en cuanto al reconocimiento de la producción intelectual de la población negra, igualmente Luis A. Robles fue un reconocido personaje capitalino como político, escritor y catedrático de la Universidad Republicana.

La presencia de la población negra en Bogotá durante la primera mitad del siglo XX fue poca; ya para el año 1939 se estimuló su migración hacia la capital debido al desarrollo de las vías de comunicación, así mismo el servicio militar estimuló la llegada de gente negra a la ciudad.

Se destacan durante la época contemporánea las contribuciones en el campo de las artes de Delia Zapata Olivella investigadora y coreógrafa, al igual que de innumerables músicos y compositores como el maestro palenquero Batá, intérpretes de la música negra.

En el ámbito de las letras se destaca la presencia en la ciudad de Rogerio Velásquez Murillo, antropólogo, de Jorge Artel, (seudónimo de Agapito de Arcos) novelista y poeta, de Manuel Zapata Olivella, médico y escritor, de mister Howard Rochester, jamaiquino, destacado profesor de la U.N.; de Rafael Carrillo, abogado fundador del Instituto de Filosofía y Letras, de la Facultad de Derecho de U. N., de Manuel Mosquera Garcés abogado, Ministro de Educación en 1953.

Los afrodescendientes, traídos a América por su fortaleza y adaptabilidad para el trabajo en la minería y en las plantaciones, llevaban muchos siglos de contacto con los Europeos, por lo cual tuvieron mayor inmunidad a las

³ Página 226, fuente del autor: “Geografía General Física Y Política De Los Estados Unidos De Colombia”

⁴ Op. cit. Página 235 párrafo 3°.

enfermedades contagiosas. Pero por haber sido desarraigados de sus territorios y mezclados con negros de otras lenguas y pueblos, perdieron gran parte de sus estructuras organizativas, sus ancestros, su memoria histórica, sus lenguas y demás tradiciones culturales, incluidas las tradiciones en salud.

Los esfuerzos emprendidos en nuestro país en la promoción de los derechos humanos de la población afrocolombiana han sido contrarrestados por la enorme brecha producto de la anquilosada discriminación de la que ha sido objeto y, en la actual coyuntura, por las consecuencias del conflicto interno colombiano sobre aquella. Su vulnerabilidad está agudizada por las amenazas, muertes y, en particular, por el desplazamiento del cual son un grupo social especialmente afectado. Todo esto define a la población afrocolombiana como un foco de la máxima atención en materia de derechos humanos.

La población actual de afrodescendientes en Bogotá ha aumentado a partir de migraciones provenientes del Chocó biogeográfico y de las llanuras del Caribe, ocurridas mayormente a partir de la segunda mitad del siglo XX: “es a partir de 1950 cuando se registran las mayores afluencias de afrodescendientes hacia el Distrito Capital”⁵. Dichas migraciones se incrementaron dramáticamente en los últimos diez años por efectos del desplazamiento forzado causado por el conflicto armado que ha golpeado tan duramente a la región del pacífico colombiano. Las cifras oficiales de Acción Social, que incluyen solamente a quienes han presentado la declaración como desplazados, arrojan un total de 6.267 personas afrodescendientes registrados *en condición* de desplazamiento forzado por la violencia.⁶

4. MARCO NORMATIVO

Los derechos hacen referencia al conjunto de características y cualidades que les son propias a los seres humanos, que les permiten la convivencia social de manera armónica, y que se derivan de su dignidad; por ello no deben ser afectados o vulnerados, sino por el contrario respetados, vividos y vigilados, ya que sin ellos las personas no pueden existir ni llevar una vida propiamente digna; es imprescindible entonces que los Estados y sus leyes, las personas y sus organizaciones los reconozcan, los difundan, los protejan y garanticen.

⁵ Alianza Entrepueblos: “Algunas reflexiones sobre los pueblos afrodescendientes que viven en Bogotá”.

⁶ Acción Social. Reporte de Septiembre de 2007.

El origen de los derechos humanos, se ubica en el siglo XVIII cuando el mundo occidental reclamó la libertad individual, social y el bienestar colectivo, así como la justicia y la solidaridad de los individuos.

La Organización de las Naciones Unidas, ONU, que está conformada por 195 países del mundo, entre ellos Colombia, tiene como finalidad lograr que todas las personas, cualquiera que sea su condición, puedan desarrollarse y contribuir al desarrollo de su comunidad.

En 1948, la ONU formuló los principios de protección y promoción internacional de los derechos humanos y las libertades fundamentales, en la declaración de los Derechos Humanos.

En dicha declaración, se expresa en los artículos 3, 7 y 25:

“todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona”. “Todos son iguales ante la ley y tienen, sin distinción, derecho a cuidados y asistencias especiales”.

La Constitución Política de Colombia, gira alrededor de los derechos que tienen las personas, las organizaciones e instituciones para ejercer una vida digna y justa fundamentada en la igualdad y la equidad y define a la nación como Pluriétnica y Multicultural y reconoce a los grupos étnicos como sujetos colectivos, con derechos colectivos, asignándole al Estado la responsabilidad de garantizar y proteger tal diversidad.

De los 380 artículos contenidos en la Constitución Nacional, se mencionan especialmente los siguientes, por referirse directamente a la diversidad cultural y a los derechos de los grupos étnicos en el sistema de seguridad social.

Artículo 1: “Colombia es un Estado social de derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía en sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general”

Artículo 2: “Son fines sociales del Estado: servir a la comunidad, promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución; facilitar la participación de todos en las

decisiones que los afectan y en la vida económica, política, administrativa y cultural de la nación; defender la independencia nacional, mantener la integridad territorial y asegurar la convivencia pacífica y la vigencia de un orden justo. Las autoridades de la República están instituidas para proteger a todas las personas residentes en Colombia, en su vida, honra, bienes, creencias, y demás derechos y libertades, y para asegurar el cumplimiento de los deberes sociales del Estado y de los particulares”.

Artículo 7: “El Estado reconoce y protege la diversidad étnica y cultural de la Nación colombiana”.

Artículo 10: “El castellano es el idioma oficial de Colombia, Las lenguas y dialectos de los grupos étnicos son también oficiales en sus territorios. La enseñanza que se imparta en las comunidades con tradiciones lingüísticas propias será bilingüe”.

Artículo 13: “Todas la personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión pública o filosófica”.

Artículo 48: “Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social. El Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la Seguridad Social”.

Artículo 49: “La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud”. “Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad”.

Artículo 79: “Todas las personas tienen derecho a gozar de un ambiente sano. La ley garantizará la participación de la comunidad en las decisiones que puedan afectarlo. Es deber del Estado proteger la diversidad del ambiente, conservar las áreas de especial importancia ecológica y fomentar la educación para el logro de estos fines”.

Acuerdo número 175 de Septiembre 28 de 2005 del Concejo de Bogotá, por medio del cual se establecen los lineamientos de la política pública para la población afro descendiente residente en Bogotá.

Política Pública Distrital y Plan Integral de Acciones Afirmativas para el reconocimiento de la diversidad cultural y la

garantía de los derechos de los afrodescendientes, firmado por la Administración Distrital y la Comisión Consultiva Distrital de las Comunidades Negras en Marzo 28 de 2006.

Desde la abolición de la esclavitud hace ciento cincuenta años con la expedición de la ley 21 de 1856, la afirmación positiva para comunidades negras se ha venido expresando en un cuerpo normativo que incluye:

La Ley 70 de 1993 sobre la reglamentación de los derechos de las comunidades negras.⁷

En su artículo 37 inciso primero aborda la obligación de conocer sus derechos y obligaciones en lo referente a salud

La Ley 21 de 1991, que reglamenta el convenio 169 de la OIT sobre pueblos indígenas y tribales (comentada más arriba).

CONPES 2909 de Febrero 26 de 1997, que establece el programa de apoyo para el desarrollo y fortalecimiento étnico de las Comunidades Negras.

CONPES, del 23 de Mayo de 2002, concretó acciones para la protección de afrocolombianos amenazados por el conflicto y en situación de desplazamiento.

Acuerdo Distrital Número [175](#) del año 2005 "Por medio del cual se establecen los lineamientos de la Política Pública para la Población Afrodescendiente Residente en Bogotá y se dictan otras disposiciones" definió los lineamientos y principios de la Política Pública Distrital y determinó que el Alcalde Mayor expedirá el Plan Integral de Acciones Afirmativas para la Población Afrodescendiente residente en Bogotá D.C.

Decreto 3770 de 2008: Po la cual se reglamenta la Comisión Consultiva de Comunidades Negras, Afrocolombianas, raizales y Palenqueras y se establecen los requisitos para el registro de Consejos Comunitarios y Organizaciones de dichas comunidades.

⁷ En 1993 se aprobó la Ley 70 que reconoce a las comunidades negras la propiedad colectiva de las tierras baldías de la región en que viven. Los aspectos más significativos de esa ley son: a) El derecho a la propiedad colectiva para las comunidades que han venido ocupando tierras baldías en las zonas rurales próximas a los ríos de la cuenca del Pacífico; b) Los derechos relativos a los recursos del subsuelo; c) El derecho a una enseñanza conforme a las necesidades de esas comunidades y a sus aspiraciones culturales (etnoeducación); d) La participación de las comunidades negras en los mecanismos fundamentales que deciden la política social, como los Consejos Territoriales de Planeación y los Consejos Directivos de las Corporaciones Autónomas Regionales.

ENFOQUES

ENFOQUE DIFERENCIAL

Método de análisis que permite el diseño de herramientas para brindar una adecuada atención y protección de los derechos de la población y para la formulación de Políticas.

- El Enfoque Diferencial actúa sobre el efecto desproporcionado que la violencia y la discriminación tiene entre algunos grupos, permite dar una respuesta integral que responda a sus necesidades particulares.
- Permite reconocer las múltiples vulnerabilidades, discriminaciones que los afrodescendientes enfrentan.
- Facilitan el desarrollo de programas que partan de entender las características, problemáticas, necesidades, intereses e interpretaciones particulares que tengan las poblaciones y que redunde en una adecuación de las modalidades de atención a las mismas permitiendo la integralidad de la respuesta estatal.
- Permite el reconocimiento, restitución y garantía de los Derechos de poblaciones que tradicional e históricamente han sido vulneradas, marginalizadas y discriminadas.
- Permite realizar acciones positivas que no solo disminuyen las condiciones de discriminación sino que también apuntan a modificar condiciones sociales y culturales estructurales.

A través de la aplicación del Enfoque Diferencial, se pretende lograr una atención en salud con las siguientes características:

- Que incluya la Integralidad con enfoques interculturales.
- Integración y complementación de los dos sistemas de salud: medicina tradicional y medicina facultativa.
- Promoción y Prevención en marcos interculturales- diálogo de saberes para complementar los contenidos externos de las políticas con los contenidos propios de los sujetos individuales y colectivos.
- Existencia de sistemas y dinámicas propios de salud al interior de la población afrodescendiente.
- Que garantice el tratamiento a las situaciones y condiciones generadas por fragilidad social asociada al conflicto armado, vida en calle y orientación sexual.

CONCEPTO PROPIO DE SALUD, los idearios de salud de los pueblos étnicos no son homogéneos, dadas las características propias de estos grupos y la variedad contrastante de los ecosistemas que habitan o habitaron. A pesar de

esto, podría delimitarse un cierto conjunto de concepciones comunes: la importancia que le dan a la relación con el medio ambiente natural; el papel preponderante de la espiritualidad, del mundo oculto y sobrenatural⁸; la conexión muy estrecha de la salud del individuo con la salud de la comunidad y la preservación del ecosistema.

La enfermedad es consecuencia del quebrantamiento de este equilibrio y su curación está a cargo de autoridades espirituales o chamanes que han recibido el don de comunicarse con los espíritus dueños de la naturaleza, con quienes pueden negociar, bien sea para curar o incluso para poner un maleficio. *“Para los indígenas, la salud es entendida como el producto de la relación armónica existente entre la naturaleza, los seres humanos y el mundo espiritual. Al romperse alguno de estos tres nexos, el cuerpo se enferma, afectando tanto al individuo como a la familia entera. En este sentido, la enfermedad y la salud son definidas en un sentido social, no solo individual. Para contrarrestarla es necesario restaurar la armonía perdida buscando el favor de los espíritus de la naturaleza y recurriendo a las propiedades medicinales de las plantas”*⁹

ENFOQUE PROMOCIONAL DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD, entendido como un instrumento estratégico que plantea, en primer lugar, el imperativo de comprender y dimensionar toda la complejidad de causas conocidas y determinantes explicativos de los problemas que atentan contra la calidad de vida y salud de las personas y colectividades y su impacto desigual entre la población, aborda entonces la lectura de sus causalidades desde una visión de continuo, para lograr la articulación de todas las acciones necesarias en orden a la satisfacción de las necesidades sociales.

6.3 ENFOQUE DE INCLUSIÓN que implica el apoyo y fortalecimiento de las comunidades, organizaciones, líderes y autoridades de la población afrodescendiente de Bogotá para su participación en el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación del desarrollo de la política y los planes de acción dirigidos a ellos.

6.4 ENFOQUE DE DERECHOS las personas que pertenecen a la población afrodescendiente tiene los mismos derechos individuales y colectivos de los demás ciudadanos. Además, en su carácter de sujetos colectivos, tienen derechos reconocidos por legislaciones especiales, cuales son: 1. Identidad: Integridad étnica. 2. Autonomía: cultural,

⁸ El antropólogo Juan Guevara (Vaupés) ha calificado la medicina indígena como medicina ecológica.

⁹ □ Ministerio de Salud de Panamá. Sección de Medicina Tradicional. Sección de Salud de Pueblos Indígenas. “Medicina Tradicional Indígena, un enfoque general”. Nov. De 2001. pág. 3.

social y político administrativa. 3. Participación: construcción conjunta de su proyecto de vida. 4. Territorialidad: La tierra y todos están vivos y tienen espíritu (direccionalidad ritual). 5. Desarrollo social: desde la concepción tradicional o propia (que no necesariamente se ajusta a la del crecimiento económico).

6.5 ENFOQUE DE PARTICIPACIÓN que promueva y fortalezca la autonomía de los individuos y colectivos y su papel social y político en la toma de decisiones, el control social y el ejercicio de la democracia, constituyéndose en un eje central de las reformas sanitarias y además es un derecho fundamental de la población afrodescendiente. En efecto, sólo a través de la participación y el trabajo conjunto entre planificadores, ejecutores de salud y representantes de los grupos étnicos se podrá asegurar la relevancia de los problemas, la eficiencia de las acciones para enfrentarlos y la adecuación de los modelos de atención y gestión.

6.6 ENFOQUE DE RECONOCIMIENTO Y RESPETO POR LA DIVERSIDAD cultural, étnica, de género y generación, para fortalecer su valoración y el ejercicio de sus derechos individuales y colectivos, fomentando un entorno respetuoso en la ciudad, por estas poblaciones y una Atención Diferencial que debe apuntar a la implementación de los mismos en concordancia con las particularidades socioculturales que caracterizan a tales grupos y requiere necesariamente de una adecuación institucional en la normatividad, las estructuras, los programas y los recursos humanos, financieros y logísticos.

6.7 ENFOQUE TERRITORIAL. La política se desarrollará para la población afrodescendiente que habita en Bogotá y sus micro-territorios, entendiendo el territorio como un espacio geográfico, histórico, político y cultural donde se desarrolla la vida.

6.8 ENFOQUE DE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD que permita identificar, y analizar esta población, teniendo en cuenta la diversidad cultural, étnica de género y generación de estas comunidades. La salud, como derecho irrenunciable, es un servicio público y de obligatorio cumplimiento a cargo del Estado. Pero su obligación, en el espectro amplio de la Protección Social que trasciende la visión asistencialista, se extiende a prevenir e incidir los diferentes determinantes (sociales, naturales, económicos) que condicionan la salud y afectan el bienestar de las personas y comunidades para que alcancen el desarrollo pleno de su autonomía y dignidad (y sin que para ello sobren como limitantes la “disponibilidad de recursos” oficiales o la capacidad de pago de los ciudadanos.

6.9 ENFOQUE DE IDENTIDAD que se sustenta en el reconocimiento de la diferencia cultural para brindar una atención diferenciada, de acuerdo con sus particularidades sociales, culturales, políticas, etc. Se pretende entonces construir de manera participativa y transectorial, un enfoque diferencial que pueda responder a la diversidad de esta población. Las

necesidades de calidad de vida y salud de los grupos étnicos son complejas y variables, por tanto, las políticas y acciones que se establezcan deben orientarse tomando en cuenta las diferencias culturales, idiomáticas, de prácticas y de modos de vida de cada sociedad.

6.10 ENFOQUE DE ETNIA Y ETNICIDAD lo propio de la condición étnica, antes que algunos rasgos fenotípicos, viene dado por la adscripción de algunos individuos en función de la pertenencia, militancia y obediencia a un *colectivo*, que es capaz de reproducirse biológicamente a si mismo, con estructuras grupales y diferenciales de autoridad y gobierno, que han construido históricamente unos mecanismos organizados de producción, reproducción, regulación social, ritualización de la vida cotidiana y códigos propios de comunicación.

La etnicidad, por su parte, se relaciona con la valorización y reconocimiento de la identidad específica de cada grupo étnico, y “...*hace referencia a la toma de conciencia y adscripción explícita a una identidad propia, derivada de un origen común (real o mítico) y de características culturales propias, como lengua, mitos, ritos, creencias, costumbres*”.¹⁰ Debe conducir al desarrollo de procesos diferenciales de lectura de necesidades y potencialidades específicas de calidad de vida y salud, focalizados a cada grupo étnico.

Un enfoque intercultural en las políticas sanitarias, constituye un desafío en el marco de los estados pluriculturales y del desarrollo de nuevas políticas y modelos de atención.

La incorporación de las prácticas y saberes de los grupos humanos diferenciados que conforman una sociedad, en los procesos de construcción social, cultural, política y afectiva, de los países, comunidades, organizaciones, convenciones o tratados es definitivamente uno de los mejores indicadores de desarrollo y de equidad humana de los pueblos.

6.11 ENFOQUE DE MEDICINA TRADICIONAL que comprende la sabiduría tradicional, los conocimientos y enseñanzas ancestrales sobre la botánica, la zoología, los remedios tradicionales y los rituales de curación, y por supuesto a los agentes comunitarios que desempeñan funciones en este campo, como los chamanes o médicos tradicionales, las parteras, pulseadores, payes, jaibanas, taitas o mamos. Por la heterogeneidad cultural de nuestro país, “*Colombia no tiene una medicina tradicional sino muchas y variadas tradiciones médicas, acordes con la gran variedad de culturas regionales, minorías étnicas y cambio sociocultural que caracterizan al país*”.¹¹ En el caso de los indígenas muy particularmente, herederos y portadores de un conocimiento milenario la “etnomedicina” y los recursos naturales para

¹⁰ “Etnicidad y salud. Extensión de la Protección Social en salud para grupos étnicos”. Organización Panamericana de la Salud. Bogotá, 2004. Pedro Cortés Lombana.

¹¹ Herrera y Lobo Guerrero. Citado por Sánchez y Arango, p. 204.

aplicarla tienen un profundo arraigo y son celosamente preservados para lograr su adaptación a los ecosistemas que ellos o sus ancestros han habitado.

6.12 ENFOQUE DE COSMOVISIÓN que tiene que ver con la forma como las culturas interpretan al hombre, el mundo y las relaciones que los sustentan. Es el sistema de creencias sobre el origen del universo; el tiempo y el espacio, el sentido y destino de la vida, etc. *“La relación de unidad de vida con la naturaleza y el colectivo biótico, es una de las características diferenciales de los grupos étnicos con respecto a la sociedad mayoritaria, subsidiaria del modelo de desarrollo extractivo predominante. Esta relación determina unos saberes, usos y costumbres específicos de apropiación, producción y reproducción social. En la ciudad, aparentemente los grupos tienen que asumir unas reivindicaciones sociales y colectivas, que principalmente apuntan a la demanda de estos grupos por mejores condiciones sociales, particularizando en la mejoría de la vivienda y el empleo, en el acceso de servicios básico de salud y educación, y en un proceso menos visible, y por lo tanto cuestionado, de reivindicaciones culturales propias de su situación, que configuran un activo proceso de resistencia étnica y reciente participación política”*.¹²

Los mitos, ritos, códigos y tradiciones orales interpretan y transmiten la cosmovisión, de la cual el pensamiento ancestral es portador, y garantiza la perpetuación del equilibrio natural cuyo sostén, son las leyes creadas desde el inicio del universo.

7. PRINCIPIOS

RECONOCIMIENTO Y RESPETO POR LA _DIVERSIDAD cultural, étnica, de género y generación, para fortalecer su valoración y el ejercicio de sus derechos individuales y colectivos, fomentando un entorno respetuoso en la ciudad, por estas poblaciones y una _Atención Diferencial que debe apuntar a la implementación de los mismos en concordancia con las particularidades socioculturales que caracterizan a tales grupos y requiere necesariamente de una adecuación institucional en la normatividad, las estructuras, los programas y los recursos humanos, financieros y logísticos.

¹² BONFIL Guillermo. La teoría del control cultural en el estudio de procesos étnicos, Revista Papelea de la Casa Chata. 1987 (3); año 2;26. Citado en documento de la Línea de investigación: Etnia y Salud.

Universalidad. Entendida como el derecho que tienen todos los habitantes en el territorio nacional a recibir la prestación de servicios de salud.

Atención integral e integrada. Se refiere a la atención integral en salud a todos los habitantes en las fases de fomento, prevención, tratamiento y rehabilitación, con suficiencia, oportunidad, calidad y eficiencia.

Intersectorialidad. Las entidades públicas que presten servicios de salud y demás servicios necesarios para mejorar las condiciones de vida de esta población, concurrirán armónicamente a la prestación del servicio público de salud, mediante la integración de sus funciones, acciones y recursos, para posibilitar el cumplimiento del objetivo de esta Política Pública.

Interculturalidad. Se refiere al reconocimiento, el respeto y la legitimidad de la diversidad cultural, contenido en la Constitución Política de Colombia, la cual asigna al Estado la responsabilidad de garantizar y proteger la diversidad etnocultural; la Interculturalidad, en cuanto a *la relación* entre grupos humanos con identidades culturales diferentes, incluye para los grupos étnicos el reconocimiento del pluralismo médico integrando sus sistemas de medicina tradicional paulatinamente al Sistema General de Seguridad Social en Salud como opción alternativa y recurso complementario a la medicina facultativa, hacia la concreción del derecho a la salud. Correlativamente, contempla la capacitación de personas de las etnias como agentes de salud, apuntando a favorecer la apropiación por sus pueblos del conocimiento y los recursos técnicos de la medicina occidental, sumándolo a su acervo de terapias u otras prácticas culturales propias, sean tradicionales o no.

Calidad. Es el establecimiento de mecanismos de control para garantizar a los usuarios servicios de salud con calidad, oportunidad e integralidad.

Eficiencia. Asignación suficiente y uso adecuado de los recursos para el desarrollo de la política y de los servicios de salud.

8. VALORES

Vida Digna. Los seres humanos deben desarrollar su proyecto de vida que reconozca e integre su diversidad, satisfaga sus capacidades y anhelos y permita el goce efectivo de los derechos; para ello el Estado debe proveer los medios y condiciones propicios para su materialización.

Solidaridad. Se refleja en el servicio y busca el bien común; requiere discernimiento y empatía –ponerse en el lugar del otro-; busca una reciprocidad y cooperación entre las instituciones involucradas en el proceso, para el logro de los objetivos y de las metas propuestas.

Tolerancia. La tolerancia es la capacidad de conceder la misma importancia a la forma de ser, de pensar y de vivir de los demás que a nuestra propia manera de ser, de pensar y de vivir; es aceptar la diferencia, relacionarse armónicamente con los otros dentro de un territorio.

Libertad. Libertad es la capacidad que tienen los individuos de realización personal junto al medio y ser capaz de pensar, sentir y vivir según su propia naturaleza, es autonomía para elegir y desarrollar los proyectos de vida.

Igualdad. Es una situación según la cual las personas tienen las mismas oportunidades o derechos en los aspectos que se deben tener para su adecuado desarrollo individual y colectivo.

Equidad. Se apunta a responder a las necesidades de calidad de vida y salud de los grupos étnicos, cerrando el déficit de atención e impactando en las brechas de inequidad.

9. OBJETIVO GENERAL

Garantizar el goce efectivo del derecho a la salud de la población afrodescendiente residente en Bogotá D.C. y contribuir al mejoramiento de su calidad de vida, fortaleciendo la respuesta sectorial e intersectorial, en un marco general de equidad, de inclusión social, de reconocimiento de la diversidad étnica, de género y generación, de estímulo a la participación social y de garantía de los derechos.

10. EJES TEMATICOS

Se proponen los siguientes ejes temáticos para garantizar la atención integral en salud para la población afrodescendiente residente en Bogotá D.C: aseguramiento en salud, planes de beneficios, modelo de atención, participación ciudadana y articulación intersectorial.

11. EJE TEMATICO No 1: ASEGURAMIENTO EN SALUD

Objetivo general: Garantizar la cobertura universal en salud, mediante la afiliación oportuna de la población afrodescendiente, residente en Bogotá D.C. al Régimen Subsidiado.

11.1 OBJETIVO ESPECÍFICO No 1

Afiliar a toda la población afrodescendiente que habita en Bogotá al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

LÍNEAS DE ACCIÓN

- a. El Ministerio de la Protección garantizará los cupos en el Régimen Subsidiado necesarios para la afiliación oportuna de la población afrodescendiente residente en Bogotá D.C. al Sistema General de Seguridad Social en Salud, en calidad de población especial, basado en la ley 691 de 2001 y en el acuerdo 244 de 2003, del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.
- b. La Secretaría Distrital de Salud diseñará y ejecutará las estrategias necesarias para la afiliación oportuna al Régimen Subsidiado, de esta población.
- c. La Secretaría Distrital de Salud diseñará y ejecutará las estrategias de comunicación necesarias para la divulgación en esta población, de los beneficios de la afiliación al Régimen Subsidiado.

11.2 OBJETIVO ESPECÍFICO No 2

Contribuir a la minimización de las barreras económicas, administrativas, culturales y geográficas que puedan limitar a la atención integral en salud de la población afrodescendiente.

11.2.1 LÍNEAS DE ACCIÓN

- a. La Secretaría Distrital de Salud garantizará la prestación de los servicios integrales de salud, en todos los niveles de complejidad, con enfoque diferencial, a través de la red pública y privadas contratadas.
- b. La Secretaría Distrital de Salud garantizará que existan Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS, de primer nivel contratadas en todas las localidades, para minimizar las barreras de acceso geográficas y lograr una prestación oportuna de los servicios de salud.
- c. La Secretaría Distrital de Salud realizará el control y seguimiento oportuno, para la verificación de la suficiente disponibilidad y acceso geográfico adecuado en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS de primer nivel.
- d. Diseñar en conjunto con las Empresas Sociales del Estado, una estrategia de capacitación y sensibilización en el tema étnico (costumbres, diversidad cultural) para los trabajadores del sector salud, para fortalecer el reconocimiento y el enfoque diferencial en la atención de estas poblaciones, de acuerdo a la ley 691 de 2001.
- e. La Secretaría Distrital de Salud gestionará ante el Ministerio de la Protección Social la Inclusión en los diferentes instrumentos de registro de atención en salud, de la variable etnia (afrodescendiente) para permitir la identificación y caracterización adecuada de esta población.
- f. La Secretaría Distrital de Salud diseñará las estrategias necesarias para realizar el seguimiento al correcto diligenciamiento de la variable etnia (afrodescendiente), en los diferentes registros de atención a esta población.

12. EJE No 2: PLANES DE BENEFICIO

Objetivo general: Garantizar que todas las actividades e intervenciones contenidas en el Plan Obligatorio de Salud POS y en el Plan de intervenciones Colectivas PIC, se presten adecuada y oportunamente, teniendo en cuenta el enfoque diferencial y las características culturales y étnicas de esta población.

12.1 OBJETIVO ESPECÍFICO No 1

Adecuar el Plan Obligatorio de Salud POS con un paquete básico de servicios, debidamente ajustado a las necesidades de las poblaciones étnicas(población afrodescendiente) , con enfoque diferencial, en concordancia con la ley 100 de 1993, ley 1122 de 2007 y ley 1438 de 2011.

12.1.1 LÍNEAS DE ACCIÓN

- a. La Secretaría Distrital de Salud gestionará ante el Ministerio de la Protección Social para que la adecuación del plan obligatorio de salud POS esté acorde con el enfoque diferencial de esta población.
Para ello deberá diseñarse una estrategia de concertación con la población para la identificación de las actividades, intervenciones y procedimientos necesarios para la actualización y ampliación del plan obligatorio de salud POS en materia de prevención, tratamiento y rehabilitación en atención psicosocial individual y familiar; salud sexual y reproductiva; tratamientos, procedimientos y rehabilitación en salud oral y salud visual y los tratamientos médicos, intervenciones quirúrgicas, rehabilitación y prótesis para la atención de la población de grupos étnicos, en condición de discapacidad.
- b. La Secretaría Distrital de Salud realizará el seguimiento respectivo a las cláusulas contractuales con las empresas promotoras de salud y su red de servicios en materia de inclusión y entrega de medicamentos contenidos en los planes de beneficios y en materia de acceso, calidad y oportunidad de la atención.

12.2 OBJETIVO ESPECÍFICO No 2

Adecuar el Plan de Intervenciones Colectivas PIC a las necesidades de esta población de acuerdo a sus características culturales, étnicas, de género, generación y potencialidades.

12.2.1 LÍNEAS DE ACCIÓN

- a. Diseño, implementación y ejecución de una estrategia de actualización permanente para el reconocimiento e intervención en el Plan de Intervenciones Colectivas PIC de las necesidades de salud de la población afrodescendiente, a partir de la información de la estrategia Salud a su Casa.
- b. Fomentar el respeto y confianza de la ciudadanía para la población afrodescendiente, que permita que se eliminen la estigmatización y exclusión social, se fortalezcan la solidaridad e integración a través de la operación de los diferentes ámbitos del Plan de Intervenciones Colectivas PIC
- c. Respeto e inclusión en el plan de intervenciones colectivas PIC de las prácticas colectivas en promoción y prevención propias de las comunidades étnicas.
- d. Revisión y ajuste de las rutas para la vinculación de la población afrodescendiente en las acciones y programas del plan de intervenciones colectivas PIC.
- e. Realizar oportunamente la revisión y actualización del diagnóstico de salud de la población afrodescendiente.

12.3 OBJETIVO ESPECÍFICO No 3

Desarrollar planes integrales de intervenciones colectivas e individuales de atención sicosocial adecuados a las necesidades de la población afrodescendiente, en el marco del reconocimiento de sus diferencias culturales, étnicas, de género y generación.

12.1.1 LÍNEAS DE ACCIÓN

Fortalecer nivel de intervención colectiva y familiar para la atención sicosocial de acuerdo a las necesidades y características culturales.

12.4 OBJETIVO ESPECÍFICO No 4

Fortalecer los planes integrales de intervenciones colectivas e individuales de atención en salud sexual y reproductiva adecuados a las necesidades de la población afrodescendiente en el marco del reconocimiento de sus diferencias culturales y étnicas.

12.4.1 LÍNEAS DE ACCIÓN

- a. Fomentar el reconocimiento de las características diferenciales de la sexualidad de las personas afrodescendiente teniendo en cuenta las diferencias de ciclo vital y generación

12.5 OBJETIVO ESPECÍFICO No 5

Fortalecer el Plan de Intervenciones Colectivas y la atención individual para la población afrodescendiente en condición de discapacidad, en el marco del reconocimiento de sus diferencias culturales y étnicas.

12.5.1 LÍNEAS DE ACCIÓN

- a. Fortalecer la intervención diferencial en la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad RBC, a partir del reconocimiento de las diferencias culturales y étnicas.

- b. Realizar la gestión pertinente para el financiamiento y la entrega de ayudas técnicas específicas, particularmente a las familias que tengan hijos-as en condición de discapacidad.

13. EJE No 3: MODELO DE SALUD

Objetivo general: Desarrollar un modelo de Atención en salud integral e incluyente que reconozca la diversidad étnica, cultural y de género, que minimice las barreras institucionales, la exclusión y la inequidad y responda a las necesidades de la población del Distrito Capital.

13.1 OBJETIVO ESPECÍFICO No 1.

Desarrollar e implementar un enfoque de atención que tenga en cuenta las diferencias culturales y étnicas de la población.

13.1.1 LÍNEAS DE ACCIÓN

- a. Gestionar ante el Ministerio de la Protección Social el diseño de una estrategia de fortalecimiento de guías y protocolos para el abordaje de la atención en salud con enfoque diferencial e intercultural de la población afrodescendiente en los servicios de salud.
- b. Identificación, consolidación y sistematización de las experiencias e inventarios de los conocimientos y prácticas tradicionales en salud trabajados entre las instituciones y las comunidades.
- c. Elaboración de guías y protocolos para atención en salud teniendo en cuenta las particularidades del ciclo vital de esta población.

13.2 OBJETIVO ESPECÍFICO No 2.

Incluir en la atención a nivel de territorios y barrios una orientación familiar y comunitaria, con un enfoque integral, según las características culturales, étnicas.

13.2.1 LÍNEAS DE ACCIÓN

- a. Aumentar la cobertura del programa de Salud a Su Casa a otras localidades, para fortalecer la atención integral en salud.
- b. Diseño e implementación de un programa de formación y capacitación en Enfoque Diferencial, dirigido a profesionales y promotores-as de salud para mejorar su desempeño en la atención en salud a esta población.
- c. Gestionar con las Empresas Sociales del Estado ESE, la vinculación a los equipos de salud familiar y comunitaria de gestores-as de salud, promotores-as y profesionales de salud procedentes de la población afrodescendiente.

14. EJE No 4: PARTICIPACIÓN SOCIAL Y COMUNITARIA

Objetivo general: Promoción del ejercicio de una ciudadanía activa en salud que aporte al fortalecimiento de su identidad étnica como sujetos colectivos.

14.1 OBJETIVO ESPECÍFICO No 1

Desarrollar un plan de fortalecimiento de las organizaciones de población afrodescendiente para el desarrollo de la política pública de salud.

14.1.1 LÍNEAS DE ACCIÓN

- a. Fortalecimiento de las estrategias existentes, orientadas al empoderamiento de la población afrodescendiente, para el fortalecimiento de la organización y de la movilización comunitaria en favor de la salud y de la promoción de la calidad de vida.
- b. Diseñar estrategias de comunicación que faciliten el posicionamiento del tema afrodescendiente, el reconocimiento y el respeto en la ciudadanía.

14.2 OBJETIVO ESPECÍFICO No 2

Objetivo general: Diseñar estrategias que permitan la participación social y comunitaria de la población afrodescendiente en el diseño, implementación, seguimiento, evaluación y reformulación de políticas, programas y proyectos de salud y de mejoramiento de la calidad de vida.

14.2.1 LÍNEAS DE ACCIÓN

- a. Diseñar estrategias de seguimiento y monitoreo de la implementación de la política pública de salud con la participación activa de la población afrodescendiente.
- b. Diseño y ejecución de un programa de capacitación en participación, cuya construcción se realice con la participación de la población afrodescendiente.

15. EJE No 6 MEDICINA TRADICIONAL

Desarrollar estrategias que garanticen la continuidad y fortalecimiento de los proyectos de medicina tradicional de la población afrodescendiente, aplicando los criterios que garantizan el desarrollo de la medicina tradicional.

12.6.1 LÍNEAS DE ACCIÓN

- a. Desarrollo y fortalecimiento de iniciativas tendientes al fomento de la medicina tradicional en los territorios étnicos en Bogotá D.C.

16. EJE No 5 ARTICULACIÓN INTERSECTORIAL

Objetivo general: Desarrollar gestión intersectorial para lograr una transformación positiva de los determinantes políticos, sociales, económicos, comunitarios e individuales de la salud.

16.1 OBJETIVO ESPECÍFICO No 1

Diseño e implementación de acciones afirmativas para esta población a través de la transectorialidad de objetivos y acciones, y la convergencia de esfuerzos de planificación, información y acción de los diferentes entes y organismos involucrados.

16.1.1 LÍNEAS DE ACCIÓN

a. Incorporación de la población afrodescendiente a las diferentes líneas, programas y proyectos sectoriales para que a través de demanda inducida mejoren sus condiciones generales de salud y calidad de vida.

17. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA

El seguimiento y evaluación de las políticas públicas, a pesar de ser un tema poco desarrollado, es de vital importancia para la implementación y desarrollo de las mismas, ya que el propósito principal es la generación de cambios sustanciales en las poblaciones objeto que deben ser monitoreados de manera concreta, con el ánimo de ajustar sus desviaciones y dar fuerza a sus respuestas.

La evaluación constituye un campo en el ámbito de las Políticas Públicas que se ocupa de recolectar, verificar e interpretar las informaciones sobre la ejecución y eficiencia de las políticas y programas públicos, siendo a la vez un instrumento valioso e indispensable para conocer y mejorar las acciones implementadas y el propio diseño de la política¹³.

Para Joan Subirats¹⁴ “La evaluación significa preocuparse por los resultados, saber si se han obtenido o no los objetivos planteados”, ello implica una fase valorativa y otra de resultados, y establece cuatro ejes para la evaluación de una política o programa de mejora social:

- Trazar los fines generales.
- Ver los indicadores de estos objetivos susceptibles de medición.
- Definir los datos sobre los indicadores para los que participan en el programa y para un grupo de control equivalente.
- Analizar los datos en función de los fines y objetivos del programa.

¹³ Roth AN, 2006. Políticas públicas. Formulación, implementación y evaluación. Bogotá, Ed. Aurora.

¹⁴ Subirats J, 2002. Evaluación de políticas de intervención social. Un enfoque pluralista. Barcelona.

En ese sentido esta propuesta de lineamiento de “Política pública de salud para población perteneciente a los grupos étnicos residentes en Bogotá” pretende plantear una serie de indicadores que permitan realizar un seguimiento y monitoreo adecuado, para medir oportunamente el impacto de las acciones planteadas en este documento.

16.1 Indicadores de seguimiento

OBJETIVO	INDICADOR	DEFINICIÓN
<p>Afiliar a toda la población étnica que habita en Bogotá al Sistema general de Seguridad Social en Salud, con derecho de atención integral, diferencial y gratuita en todo el territorio nacional.</p>	<p>Afiliación a la seguridad social</p>	$\frac{\text{Personas afiliadas al SGSSS}}{\text{Total población étnica}} \times 100$

OBJETIVO	INDICADOR	DEFINICIÓN
	Afiliación a la seguridad social según régimen de aseguramiento	Personas afiliadas al SGSSS según régimen ----- ----- x 100 Total personas étnicas afiliadas a SGSSS residentes en Bogotá D.C
	Razones de no uso de servicios	Personas enfermas últimos 30 días sin tratamiento médico según razones para no solicitar atención ¹⁵ ----- ----- x 100 Personas enfermas sin tratamiento médico que no solicitaron atención médica
	Percepción de la calidad del servicio	Personas desplazadas que consultaron últimos 30 días según percepción general sobre la calidad del servicio ¹⁶ ----- ----- x 100 Total consultantes últimos 30 días
	Uso de medicamentos	Personas que recibieron medicamentos ¹⁷ ----- ----- x 100 Total personas a quienes se formuló

¹⁵ Razones para no solicitar atención médica: el caso era leve (ausencia de necesidad); barreras geográficas (el centro de atención queda lejos); barreras económicas (falta de dinero o no tiene dinero para sufragar los costos de la atención); barreras culturales (falta de tiempo, no confía en los médicos); barreras administrativas y de la percepción sobre calidad de la atención (mal servicio o cita distanciada en el tiempo, no lo atendieron, consultó antes y no le resolvieron el problema, muchos trámites para la cita). DANE 2003. Encuesta de Calidad de Vida 2003.

¹⁶ Según escala numérica 1 a 5 (peor a mejor) o escala cualitativa (muy buena, buena, regular, mala, muy mala)

¹⁷ Los recibió completos, recibió parcialmente, no recibió

OBJETIVO	INDICADOR	DEFINICIÓN
		medicamentos última consulta
	Uso servicios de hospitalización último año	Personas étnicas hospitalizadas último año según motivo de hospitalización ----- ----- x 100 Total personas étnicas
	Uso servicios preventivos de vacunación	Niños 0-menos 7 años con esquema completo de vacunación x 100 Total niños menores 7 años
		Proporción menores 12-23 meses con vacuna anti-sarampión (triple viral) ----- ----- x 100 Total menores 12-23 meses
Adecuar el Plan de Intervenciones Colectivas PIC a las necesidades de la población étnica .	Cobertura de PIC	Cobertura de la población étnica por parte de los programas regulares y actividades del PIC de la Secretaría de Salud
	Adecuación del PIC	Sí/No se han adecuado los programas y actividades del PIC a las condiciones particulares de la población desplazada
	Actualización del PIC	Sí/no existen nuevos programas específicos en el PIC para las necesidades particulares de la población étnica en salud mental,

OBJETIVO	INDICADOR	DEFINICIÓN
		salud sexual y reproductiva, salud visual, discapacidad
Desarrollar planes integrales de intervenciones colectivas e individuales de atención sicosocial adecuados a las necesidades y riesgos de la población étnica.	Cobertura de atención sicosocial	Personas que recibieron atención sicosocial del Gobierno y otros prestadores de servicios ----- ----- x 100 Total personas desplazadas
	Cobertura de atención en salud mental	Personas que recibieron atención en salud mental en los servicios de salud según tipo de atención ¹⁸ ----- ----- x 100 Total personas étnica.
	Cobertura de servicios médicos y de rehabilitación de población étnica en discapacidad	Personas discapacitadas que accedieron a servicios de atención médica o rehabilitación ----- ----- x 100 Total personas discapacitadas que necesitaron servicios
Desarrollar la vigilancia en salud pública de las personas y familias alojadas en los sitios de albergue y territorios de residencia de la población desplazada, iniciando el proceso desde las Unidades de Atención y Orientación UAO.	Existencia de información desagregada sobre población étnica en sistema de información de vigilancia en salud pública	Número y tipo de sistemas de información de vigilancia en salud pública que desagregan información sobre población étnica.
	Cobertura de programas de vigilancia	Personas desplazadas cubiertas (por

¹⁸

Personas que recibieron servicios de psicoterapia individual, familiar o grupal, atención a síntomas/enfermedades mentales como parte del componente de apoyo sicosocial

OBJETIVO	INDICADOR	DEFINICIÓN
	en salud pública en territorios de población étnica	programas) de vigilancia en salud pública en territorios de asentamiento de población étnica ----- ----- Total población étnica por territorio
Respetar e incluir la cosmovisión y práctica de las medicinas tradicionales en las políticas, planes, programas y actividades de salud.	Existencia/conocimiento de espacios para ejercicio prácticas tradicionales	Sí/No existen y se conoce de espacios para el ejercicio de prácticas tradicionales
	Existencia espacios de discusión intercultural sobre prácticas tradicionales	Sí/No existen y operan los espacios de discusión y articulación intercultural sobre medicina tradicional entre la secretaría de salud y las etnias.
	Operación de espacios de deliberación sobre medicina tradicional	Sí/No existen y operan espacios de deliberación sobre medicina tradicional y articulación intercultural entre las distintas etnias.

Elaborado por Fernán Espinosa Támara
Referente de Desplazamiento y Etnias
Análisis y Política de Salud
Dirección de Salud Pública

Bibliografía

1. Pontificia Universidad Javeriana. Formulación participativa de la política distrital de Salud para la población desplazada, en Bogotá D.C. Documento 1. Bogotá D.C. abril 2008.
2. Plan de Salud Distrito Capital. Secretaría Distrital de Salud. Bogotá D.C. mayo de 2008.
3. Lineamientos del plan de intervenciones colectivas PIC, Secretaría Distrital de Salud, febrero 2009.
4. Propuesta de Lineamientos de Política de Salud para lo grupos étnicos de Bogotá. Secretaría Distrital de Salud. Documento borrador, no publicado. Bogotá D.C. diciembre 2007
5. CEPAL. Panorama Social de América Latina 2007. Capítulo V. Santiago de Chile.
6. Castillo Velásquez Napoleón. Las Comunidades Indígenas en Colombia y su Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá D.C: Procuraduría General de la Nación. Procuraduría Delegada Para La Prevención En Materia De Derechos Humanos Y Asuntos Étnicos, Instituto de Estudios del Ministerio Público; Imprenta nacional de Colombia, Agosto de 2003
7. Pedro Cortés Lombana. Etnicidad y salud. Extensión de la Protección Social en salud para grupos étnicos. Organización Panamericana de la Salud. Bogotá, 2004.
8. Ministerio de la Protección Social. República de Colombia. Derechos y Deberes de los grupos étnicos en el marco de la protección social. Bogotá D.C. 2006.

9. Ministerio De La Protección Social, Dirección General De Promoción Social, Organización Panamericana De La Salud. Insumos Para La Conceptualización Y Discusión De Una Política De Protección Social En Salud Para Los Grupos Étnicos De Colombia. Bogotá D.C: Septiembre de 2004.
10. Oficina en Colombia del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Compilador. Derechos de los Pueblos Indígenas. Bogotá D.C: Agosto de 2002.
11. Arango Ochoa Raúl, Sánchez Gutiérrez Enrique. Los Pueblos Indígenas de Colombia en el Umbral del Nuevo Milenio. Departamento Nacional de Planeación, DNP; Dirección de Desarrollo Sostenible, DDTS. Bogotá D.C: Quebecor World Bogotá S.A. 2004
12. Sánchez Botero Esther, Jaramillo Isabel Cristina. La Jurisdicción Especial Indígena. Procuraduría General de la Nación. Bogotá D.C: Imprenta Nacional de Colombia, Marzo de 2000. .
13. Oficina en Colombia del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Editores. El Derecho a la Salud. Compilación de Jurisprudencia y Doctrina Nacional e Internacional. Vol. II. Bogotá D.C: Agosto de 2003
14. Organización Panamericana de la Salud. Equidad en Salud desde la Perspectiva de la Etnicidad. OPS. 2001.
15. Servicio de Salud del Meta, Gobernación del Meta, Corpolatina. Diagnóstico en Salud para las Comunidades Indígenas del Meta para la Elaboración del Plan de Atención Básica Intercultural. Gobernación del Meta. 2002.
16. 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.

