

**LINEAMIENTOS DE POLÍTICA
PÚBLICA
DISTRITAL DE SALUD
PARA LA POBLACIÓN INDÍGENA
RESIDENTE 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
4. Marco normativo
5. Enfoques
6. Principios
7. Valores
8. Objetivo General
9. Ejes temáticos
 - 9.1 Eje No 1. Aseguramiento en Salud
 - 9.2 Eje No 2. Planes de beneficios
 - 9.3 Eje No 3 Modelo de salud
 - 9.4 Eje No 4 Participación social y comunitaria
 - 9.5 Eje medicina tradicional
 - 9.6 Eje No 5 Articulación intersectorial
- 10 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 afrocolombianas 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 Bolivar, 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.

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*”.¹ 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.

En razón de lo anterior, la nación colombiana se considera multiétnica y puricultural, 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 nos e pueden transgredir, so pena de exigir una reparación o compensación, de acuerdo a la legislación vigente.

¹ “Etnicidad y salud. Extensión de la Protección Social en salud para grupos étnicos”. Organización Panamericana de la Salud. Bogotá, 2004. Pedro Cortés Lombana.

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.

El Distrito capital, como ciudad cosmopolita refleja en su población la diversidad humana y la riqueza cultural que caracteriza nuestra nación. Además de los indígenas Muisca, que son el pueblo originario de estas tierras, los grupos étnicos migrantes fueron pasando de migraciones esporádicas y eventuales a la ciudad, que se realizaban con el propósito de conseguir ingresos adicionales para satisfacer necesidades puntuales, específicas y coyunturales, hasta un momento en que los ingresos indispensables para la subsistencia son obtenidos exclusivamente en la ciudad, y su asentamiento en ella viene a ser casi definitivo, aunque sin romper en ningún momento los vínculos simbólicos, rituales y culturales con sus territorios ancestrales.

En el Distrito Capital, la construcción de lineamientos de política y de líneas de acción para la población indígena 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 pueblos indígenas 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

Según el concepto propio de salud *“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”²

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 diversidad³, 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*”⁴. 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.

2

□ 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.

³ 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.

⁴ Plan de Desarrollo Distrital 2004-2008. Art. 8, inc. 3.

Se requiere entonces poner en marcha la construcción de una Política para Grupos Étnicos 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 los grupos étnicos; 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 etnia se define como aquella colectividad social formada históricamente, que desarrolla y mantiene una identidad social común, la cual conserva a lo largo de la historia, como sujeto colectivo que se aglutina en torno a un origen, una historia y unas características culturales propias.

Los pueblos indígenas son el conjunto de familias de ascendencia amerindia que comparten sentimientos de identificación con su pasado aborígen, manteniendo rasgos y valores propios de su cultura tradicional así como, formas de organización y control social propios que los distinguen de otras comunidades.

Según el censo de 2005, las comunidades indígenas en la ciudad alcanzaban una cifra de 15.032 personas. Están conformadas por once pueblos entre los cuales encontramos los Muisca, Yanacunas, Uitotos, Kichwas, Pijaos, Kankuamos, Paeces, Emberas, Kamsá, Guambianos, entre otros. En Bogotá en la actualidad se reconocen cinco cabildos indígenas: Ambiká Pijaos, Muisca de Suba, Muisca de Bosa, Ingas y Kichwas; esto sin desconocer la existencia en la ciudad de otros procesos organizativos.

Por un lado, se encuentran aquellos grupos indígenas tradicionalmente radicados en la sabana, entre los que encontramos a los descendientes de la cultura ancestral Muisca, nativa de la sabana desde mucho antes de la llegada de los españoles. Sus últimos resguardos fueron disueltos hacia fines del siglo XIX, perdieron su idioma, sus formas propias de organización y gran parte de sus tradiciones culturales. Con base en la promulgación de la nueva Constitución Política, los descendientes de los Muisca volvieron a reconstituir dos cabildos en las localidades bogotanas de Bosa y Suba, logrando finalmente el reconocimiento oficial del primero en el año 2000 y del segundo en noviembre de 2005.⁵ La población Muisca actual de la Capital se calcula en 7.000 personas aproximadamente. También se están dando otros procesos de reconstitución cultural de los Muisca en los municipios vecinos de Cota, Chía y Sesquilé.

El desplazamiento forzado ha golpeado de manera muy particular a las comunidades étnicas. Según datos oficiales, en el Distrito Capital existen registrados 4.756 indígenas *en condición* de desplazamiento forzado por la violencia.⁶ Es claro sin embargo que esta estadística está muy por debajo de la cifra real, por cuanto el registro oficial sólo da cuenta de quienes han surtido el trámite de diligenciamiento de la respectiva declaración.

La delegada de indígenas de la Defensoría del Pueblo aplicó una encuesta al 12,5% de las familias indígenas desplazadas en la ciudad, encontrando que en el 64% de los casos la jefatura de hogar recae en un hombre, mientras que en el 36% corresponde a una mujer. El promedio de edad es de 36 años. De los desplazados indígenas en Bogotá,

⁵ “los Muisca de Bogotá, D.C. han venido configurado así su identidad étnica y cultural a partir de la descendencia de las familias que ocupaban los Resguardos al momento de su disolución y por seguir ocupando ininterrumpidamente los territorios que actualmente habitan”. Alianza Entrepueblos, “los derechos colectivos e integrales de los grupos étnicos: pueblos indígenas, afrocolombianos, raizal y rom en el distrito capital”. Bogotá, 2005 p 7. .

⁶ Acción Social. Reporte de Sep de 2007.

se estima que vienen del Cesar (Valledupar), 52%; Tolima, 28%; Caqueta, 8%; Amazonas, 4%; y sin identificar, 4%. Se infiere a partir de esta encuesta que los grupos étnicos desplazados son en su orden: kankuamos, 48%; Pijaos, 28%; Witotos, 12%; y Arhuacos, Ingas y Tumamacus, 4% cada uno.

Los Ingas procedentes del Valle del Sibundoy y los Kichwas procedentes del Ecuador - ambos hablantes de la lengua Quechua y descendientes del imperio Inca - se asentaron en la ciudad desde los años 40 del pasado siglo. Su población se calcula actualmente e 450 Ingas y 1.500 kichwas. Refiriéndose a los Ingas de Santiago (Valle del Sibundoy), el historiador Miguel Triana dice en 1907, que ellos “recuerdan claramente la época de su venida del Ecuador”⁷, y destaca “sus condiciones de civilidad, su orgullo étnico y sus extraordinarias aptitudes para las artes” y su gusto por los largos viajes. Un reciente documento sobre la historia de los grupos étnicos en Bogotá, presentado por éstos al Consejo Distrital de Planeación, plantea que “históricamente, tanto Ingas como Kichwas, se han caracterizado por ser excelentes comerciantes y muy buenos viajeros, casi desde épocas prehispánicas”.⁸

Por causa del desplazamiento forzado, en los últimos cinco años han llegado indígenas de muchas partes, especialmente Kankuamos de la Sierra Nevada de Santa Martha (40 familias) y Pijaos del sur del Tolima (150 familias).

Otros indígenas residentes en Bogotá provienen de muchas etnias; actualmente residen en la ciudad indígenas profesionales, funcionarios, congresistas y activistas del movimiento indígena; hace mas de dos décadas tienen sede en el Distrito las organizaciones nacionales indígenas (ONIC, AICO) y mas recientemente las organizaciones regionales (CRIC y OPIAC entre otras), igualmente viven en Bogotá estudiantes universitarios, empleadas del servicio doméstico, obreros y familias e individuos dispersos. Además se presentan dos casos de grupos dedicados a la mendicidad: algunos indígenas pertenecientes al pueblo Embera, procedentes del Alto Andágueda (Chocó) a quienes se ubicó temporalmente en un albergue mientras se les apoyó para el retorno a sus tierras en diciembre de 2005; y otro grupo compuesto por mujeres Kichwas ecuatorianas.

4. MARCO NORMATIVO

⁷ Triana, Miguel. POR EL SUR DE COLOMBIA. Paris: Garnier hermanos, 1907, pag. 332 y 333.

⁸ Alianza Entrepueblos, op.cit. pág. 6.

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.

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”.

El estándar mínimo de derechos de los pueblos indígenas está sintetizado en el Convenio 169 adoptado por la 76a. reunión de la Conferencia General de la OIT, Ginebra, en el año de 1989 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes, y en la Declaración de Naciones Unidas de los Derechos de los Pueblos Indígenas ⁹ que en su Artículo 3 establece “*Los pueblos indígenas tienen derecho a la libre determinación. En virtud de ese derecho determinan libremente su condición política y persiguen libremente su desarrollo económico, social y cultural*”, y a partir de ese principio de *ius cogens* de derechos humanos se reconoce un conjunto de derechos colectivos específicos de los pueblos indígenas (CEPAL, 2007).

⁹ La Declaración de Naciones Unidas de los Derechos de los Pueblos Indígenas fue aprobada por el Consejo de Derechos Humanos en su primera sesión de Junio de 2006. Además, la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (1965), ratificado por todos los países del continente americano, compromete a los estados para prohibir y eliminar la discriminación racial y garantizar, entre otros, la salud pública y la asistencia médica, sin distinción de raza, color, origen nacional o étnico.

Considerando las cinco dimensiones sobre las que se articula el estándar mínimo de derechos de los pueblos indígenas (CEPAL, 2007), es posible sintetizar derechos específicos en salud asociados a cada una de ellas:

- i. *Derecho de no discriminación*: en el acceso y la atención en salud.
- ii. *Derecho al desarrollo y bienestar social*: derecho al nivel más alto de salud física y mental, mediante un acceso adecuado y de calidad.
- iii. *Derecho a la integridad cultural*: utilizar el idioma indígena; concepto de bienestar-salud-integral; uso, fortalecimiento y control de la medicina tradicional.
- iv. *Derecho de propiedad, uso, control y acceso a las tierras, territorios y recursos*: conservación de las plantas, animales, minerales y espacios territoriales de interés vital en la salud-enfermedad-sanación.
- v. *Derecho de participación política*: diseño, responsabilidad, control social (recursos) de las políticas y programas de salud.

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”.

La Ley 21 de 1991 adopta en su totalidad el Convenio 169 de la OIT, sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes, adoptado por la 76 reunión de la Conferencia General de la OIT, Ginebra, 1989. Los Artículos 7, 24 y 25 de la Ley 21 estipulan:

Artículo 7.

“1. Los pueblos interesados deberán tener el derecho de decidir sus propias prioridades en lo que atañe al proceso de desarrollo, en la medida en que éste afecte a sus vidas, creencias, instituciones y bienestar espiritual y a las tierras que ocupan o utilizan de alguna manera, y de controlar, en la medida de lo posible, su propio desarrollo económico, social y cultural. Además, dichos pueblos deberán participar en la formulación, aplicación y evaluación de los planes y programas de desarrollo nacional y regional susceptibles de afectarles directamente.

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

3. Los gobiernos deberán velar porque, siempre que haya lugar, se efectúen estudios, en cooperación con los pueblos interesados, a fin de evaluar la incidencia social, espiritual y cultural y sobre el medio ambiente que las actividades de desarrollo previstas puedan tener sobre esos pueblos. Los resultados de estos estudios deberán ser considerados como criterios fundamentales para la ejecución de las actividades mencionadas.

4. Los gobiernos deberán tomar medidas, en cooperación con los pueblos interesados, para proteger y preservar el medio ambiente de los territorios que habitan”.

Artículo 24.

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

Artículo 25.

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

2. Los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.

3. El sistema de asistencia sanitaria deberá dar la preferencia a la formación y al empleo de personal sanitario de la comunidad local y centrarse en los cuidados primarios de salud, manteniendo al mismo tiempo estrechos vínculos con los demás niveles de asistencia sanitaria.

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

Decreto 1811 de 1990: Reglamenta los servicios de salud para las comunidades indígenas. Establece el derecho de las comunidades indígenas a participar en los procesos de diagnóstico, formulación y elaboración de planes, programas y proyectos, así como tomar decisiones, administrar y gestionar servicios de salud.

Decreto 1088 de 1993: Crea las asociaciones de autoridades indígenas, con el fin de fomentar en sus comunidades proyectos de salud, en coordinación con las respectivas autoridades nacionales, regionales o locales.

Decreto 330 de 1991: Determina normas para la constitución y funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud, conformadas por cabildos y/o autoridades tradicionales indígenas.

Ley 191 de 2005: El Estado: apoyará las iniciativas de las comunidades negras e indígenas, localizadas en las Zonas de Fronteras y de sus autoridades, referentes a las actividades y programas de: promoción de los recursos humanos, desarrollo institucional, investigación, fortalecimiento y desarrollo de tecnologías propias o transferencias.

Ley 691 de 2001 "...tiene por objeto proteger de manera efectiva los derechos a la salud de los Pueblos Indígenas, garantizando su integridad cultural de tal manera que se asegure su permanencia social y cultural, según los términos establecidos en la Constitución Política, en los tratados internacionales y las demás leyes relativas a los pueblos indígenas". (Artículo 2) Entre sus principales apartes están:

Reglamenta la participación de los grupos indígenas en el SGSSS y su vinculación a través del Régimen Subsidiado. Define el Régimen de Beneficios para los indígenas, a los que se exime del pago de cuotas moderadoras y copagos como población especial en concordancia con el Acuerdo 244 de 2003 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS).

Enuncia el principio de concertación en los términos de: "El diseño y la implantación de los planes de beneficios, programas y en general toda acción de salud para los Pueblos Indígenas definidos en el artículo sexto de la presente ley, se concertarán con sus respectivas autoridades. (Artículo 22).

Establece la obligatoriedad de la representación en los consejos territoriales de salud de un miembro de las comunidades indígenas del correspondiente territorio, designado por ellas. (Art. 23).

Finalmente, estipula además que “...para efectos de la contratación que de manera obligatoria deben efectuar las administradoras del régimen subsidiado con las IPS públicas, se entenderá como parte de la red pública, a las IPS creadas por las autoridades de los Pueblos Indígenas”.

5. ENFOQUES

5.1 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 como principio rector del Sistema General de Seguridad Social en Salud, según la ley 14 38 de 2011, 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 que enfrentan los pueblos indígenas.
- 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 las comunidades indígenas.

- Que permita lograr la pervivencia de los pueblos indígenas, garantizándoles calidad de vida.
- Que contribuya a la minimización del desarraigo cultural y violación de los derechos humanos asociados al desplazamiento por conflicto armado.

5.2 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.

5.3 ENFOQUE DE INCLUSIÓN SOCIAL, que implica el apoyo y fortalecimiento de las comunidades, organizaciones, líderes y autoridades de los grupos étnicos 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.

5.4 ENFOQUE DE DERECHOS, las personas que pertenecen a los grupos étnicos tienen 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, 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).

5.5 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 los pueblos étnicos. 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.

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

5.7 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).

5.8 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.

5.9 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”*.¹⁰ En el caso de los indígenas muy particularmente, herederos y portadores de un conocimiento milenario la “etnomedicina” y los recursos naturales para aplicarla tienen un profundo arraigo y son celosamente preservados para lograr su adaptación a los ecosistemas que ellos o sus ancestros han habitado.

¹⁰

Herrera y Lobo Guerero. Citado por Sánchez y Arango, p. 204.

5.10 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”.*¹¹

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.

6. 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.

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

¹¹ BONFIL Guillermo. La teoría del control cultural en el estudio de procesos étnicos, Revista Papelea de la Casa Chata. 1987 (3); ano 2;26. Citado en documento de la Línea de investigación: Etnia y 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.

7. 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.

8. OBJETIVO GENERAL

Garantizar el goce efectivo del derecho a la salud de los pueblos indígenas residentes 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.

9. EJES TEMÁTICOS

Se proponen los siguientes ejes de política para garantizar la atención integral en salud para la población perteneciente a los pueblos indígenas residentes en Bogotá D.C. agrupados en seis temáticas principales aseguramiento en salud, planes de beneficios, modelo de atención, participación ciudadana y articulación intersectorial.

9.1. EJE No 1: ASEGURAMIENTO EN SALUD

Objetivo general: Garantizar la cobertura universal en salud, mediante la afiliación oportuna de la población perteneciente a los pueblos indígenas, residente en Bogotá D.C. al Régimen Subsidiado.

9.1.1 OBJETIVO ESPECÍFICO No 1

Afiliar a toda la población perteneciente a los pueblos indígenas que habitan en Bogotá D.C. 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 perteneciente a los pueblos indígenas, residentes 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.

9.1.2 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 perteneciente a los pueblos indígenas.

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 indígena (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 (indígena) 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 (indígena), en los diferentes registros de atención a esta población.

9.2. 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.

9.2.1 OBJETIVO ESPECÍFICO No 1

Adecuar el Plan Obligatorio de Salud POS con un paquete básico de servicios, debidamente ajustado a las necesidades de los pueblos indígenas, con enfoque diferencial, en concordancia con la ley 100 de 1993, ley 1122 de 2007 y ley 1438 de 2011.

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 los pueblos indígenas.

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.

9.2.2 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.

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 los pueblos indígenas, a partir de la información de la estrategia Salud a su Casa.
- b. Fomentar el respeto y confianza de la ciudadanía para los pueblos indígenas, 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 los pueblos indígenas.
- d. Revisión y ajuste de las rutas para la vinculación de la población pertenecientes a los pueblos indígenas en las acciones y programas del plan de intervenciones colectivas PIC.
- e. Realizar oportunamente la revisión y actualización del diagnóstico de salud de los pueblos indígenas.

9.2.3 OBJETIVO ESPECÍFICO No 3

Desarrollar planes integrales de intervenciones colectivas e individuales de atención psicosocial adecuados a las necesidades de los pueblos indígenas, en el marco del reconocimiento de sus diferencias culturales, étnicas, de género y

generación.

LÍNEAS DE ACCIÓN

- a. Fomentar un nivel de acción colectiva y familiar para la atención sicosocial de acuerdo a las necesidades y características culturales.

.9.2.4 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 las poblaciones indígenas en el marco del reconocimiento de sus diferencias culturales y étnicas.

LÍNEAS DE ACCIÓN

- a. Fomentar el reconocimiento de las características diferenciales de la sexualidad de las personas según su pertenencia étnica indígena, teniendo en cuenta las diferencias de ciclo vital y generación

9.2.5 OBJETIVO ESPECÍFICO No 5

Fortalecer los planes integrales de intervenciones colectivas e individuales para los pueblos indígenas en condición de discapacidad, en el marco del reconocimiento de sus diferencias culturales y étnicas.

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.

9.3. 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.

9.3.1 OBJETIVO ESPECÍFICO No 1.

- ✓ Incorporación de las características culturales y particulares de la población indígena al Modelo de Atención Integral en Salud de Bogota D.C y diseño de las rutas de atención que correlacionen la medicina ancestral y la medicina facultativa, y una vez aprobado el sistema integral de salud de pueblos indígenas SISPI, por parte del Gobierno Nacional, el Distrito garantizará su implementación.

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 las pueblos indígenas 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 los pueblos indígenas.

9.3.2 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.

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 los pueblos indígenas.

9.4. 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.

9.4.1 OBJETIVO ESPECÍFICO No 1

Desarrollar un plan de fortalecimiento de las organizaciones de población perteneciente a los grupos pueblos indígenas para el desarrollo de la política pública de salud.

LÍNEAS DE ACCIÓN

- a. Fortalecimiento de las estrategias existentes, orientadas al empoderamiento de los pueblos indígenas, 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 étnico indígena, el reconocimiento y el respeto en la ciudadanía.

9.4.2 OBJETIVO ESPECÍFICO No 2

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

LÍNEAS DE ACCIÓN

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

Objetivo 3

Coordinar con los pueblos indígenas, su participación en los diferentes espacios de concertación del sector, con el propósito de garantizar su inclusión en las instancias de decisión, en los temas referentes al mejoramiento de su calidad de vida y salud.

9.5 EJE No 5 MEDICINA TRADICIONAL

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

LÍNEAS DE ACCIÓN

- a. Desarrollo y fortalecimiento de iniciativas tendientes al fomento de la medicina tradicional en los territorios étnicos indígenas en Bogotá D.C.
- b. Apoyo a procesos de estudios e investigación para la construcción y actualización de los perfiles epidemiológicos y el POS indígena, bajo la tutela y dirección de los pueblos indígenas en coordinación con los equipos de ASIS de

las ESE con contrato PIC. En el caso de posibles modificaciones del Plan Obligatorio de Salud, deberán ser concertadas con el Ministerio de la Protección Social.

- c. Creación de estrategias de coordinación y control entre los sistemas de salud propia y el sistema distrital de salud para el uso de plantas y prácticas ancestrales de conformidad al Derecho Mayor.
- d. Apoyo a la creación y sostenimiento de cultivos de plantas medicinales de acuerdo al pensamiento y practicas ancestrales y sostenibles de las comunidades indígenas de manera permanente, para el servicio y necesidades en salud de las comunidades.

9.6 EJE No 6 ARTICULACIÓN INTERSECTORIAL

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

9.6.1 Objetivo específico no 1

Diseño e implementación de acciones afirmativas para estos pueblos 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.

LÍNEAS DE ACCIÓN

- a. Incorporación de los pueblos indígenas 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.

10. 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 política¹².

Para Joan Subirats¹³ “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.

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.

¹² Roth AN, 2006. Políticas públicas. Formulación, implementación y evaluación. Bogotá, Ed. Aurora.

¹³ Subirats J, 2002. Evaluación de políticas de intervención social. Un enfoque pluralista. Barcelona.

10.1 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>	<p>Personas indígenas afiliadas al SGSSS ----- x 100 Total población indígena</p>
	<p>Razones de no uso de servicios</p>	<p>Personas indígenas enfermas últimos 30 días sin tratamiento médico según razones para no solicitar atención¹⁴ ----- ----- x 100 Personas indígenas enfermas sin tratamiento médico que no solicitaron atención médica</p>
	<p>Percepción de la calidad del servicio</p>	<p>Personas indígenas que consultaron últimos 30 días según percepción general sobre la calidad del servicio¹⁵ ----- ----- x 100 Total consultantes indígenas últimos</p>

¹⁴ 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.

¹⁵ Según escala numérica 1 a 5 (peor a mejor) o escala cualitativa (muy buena, buena, regular, mala, muy mala)

OBJETIVO	INDICADOR	DEFINICIÓN
		30 días
	Uso de medicamentos	Personas indígenas que recibieron medicamentos ¹⁶ ----- x 100 Total personas indígenas a quienes se formuló medicamentos última consulta
	Uso servicios de hospitalización último año	Personas indígenas hospitalizadas último año según motivo de hospitalización ----- x 100 Total personas indígenas
	Uso servicios preventivos de vacunación	Niños indígenas menores 7 años con esquema completo de vacunación x 100 Total niños indígenas menores 7 años ----- Proporción niños indígenas 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 indígena por parte de los programas regulares y actividades del PIC de la

¹⁶

Los recibió completos, recibió parcialmente, no recibió

OBJETIVO	INDICADOR	DEFINICIÓN
		Secretaría de Salud
	Adecuación del PIC	Sí/No se han adecuado los programas y actividades del PIC a las condiciones particulares de los pueblos indígenas
	Actualización del PIC	Sí/no existen nuevos programas específicos en el PIC para las necesidades particulares de los pueblos indígenas en salud mental, salud sexual y reproductiva, salud visual, discapacidad
	Cobertura de servicios médicos y de rehabilitación de los pueblos indígenas en discapacidad	Personas discapacitadas indígenas que accedieron a servicios de atención médica o rehabilitación ----- x 100 Total personas indígenas 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 los pueblos indígenas 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 los pueblos indígenas
	Cobertura de programas de vigilancia en salud pública en territorios de los pueblos indígenas	Personas indígenas cubiertas (por programas) de vigilancia en salud pública en territorios de asentamiento de pueblos indígenas ----- Total pueblos indígenas por territorio

OBJETIVO	INDICADOR	DEFINICIÓN
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 los pueblos indígenas.
	Operación de espacios de deliberación sobre medicina tradicional	Sí/No existen y operan espacios de deliberación sobre medicina tradicional y articulación intercultural

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.

