

**LINEAMIENTOS DE POLÍTICA
PÚBLICA**

DISTRITAL DE SALUD

PARA LA POBLACION RAIZAL

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. Enfoque General
 - 5.1 Concepto propio de salud
 - 5.2 Enfoque promocional de calidad de vida
 - 5.3 Enfoque de inclusión
 - 5.4 Enfoque de derechos
 - 5.5 Enfoque de participación
 - 5.6 Enfoque de reconocimiento y respeto
 - 5.7 Enfoque territorial
 - 5.8 Enfoque de determinantes sociales
 - 5.9 Enfoque de identidad
 - 5.10 Enfoque de etnia y etnicidad
 - 5.11 Enfoque de medicina tradicional
 - 5.12 Enfoque de cosmovisión
 - 5.13 Enfoque diferencial
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.

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 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 raizales, con las particularidades étnicas y culturales que los caracterizan son uno de los grupos étnicos reconocidos 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 raizal se fundamenta en la normatividad que consagra el derecho a la salud, y tiene como punto de partida el reconocimiento de su diversidad étnica y cultural.

2. JUSTIFICACIÓN

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.

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.

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 raizal 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.

Se requiere entonces poner en marcha la construcción de una Política para la población raizal residente en el Distrito Capital sentando las bases para su proyección hacia el largo plazo. Este proceso de reconocimiento de su diversidad étnica, que busca la garantía prioritaria del Derecho a la Salud, 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, capítulo raizal; 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.

²

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

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- HISTORICO

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 Raizales se definen como pueblo afrocaribe de habla inglesa, que se fue configurando a lo largo de más de trescientos años, descendientes de puritanos británicos que llegaron a las islas caribeñas en el siglo XVII, los esclavos africanos traídos por éstos y los indígenas misquitos que habitaban el archipiélago, provenientes de la costa norte de Nicaragua, especialmente Bluefields. La gran mayoría de los raizales son trilingües: inglés, español y creole, que es su lengua nativa.

Desde mediados del siglo XX comienza una inmigración de comerciantes nacionales y extranjeros y de funcionarios que hoy tienen a las islas al borde de un colapso ambiental por sobrepoblación y que los gobiernos no han atendido.

Para 1953 los habitantes del Archipiélago no sobrepasaban los 10.000 habitantes, siendo en su gran mayoría raizales y unos pocos funcionarios públicos llegados del interior. Hoy la situación es muy diferente pues habitan cerca de 100.000 personas donde solamente alrededor de 30.000 son raizales.

Esta invasión de su territorio ha desplazado a los raizales no solamente de su posesión de la tierra, sino también del manejo de sus recursos naturales, de sus actividades ancestrales, y de las posibilidades de intercambio que ofrece el mar.

La escasa porción de tierra sobrepoblada no permite tener cultivos, la lucha contra el narcotráfico no permite la libre circulación marítima y el negocio de las mercancías y el turismo ya tenían dueño cuando fueron llevadas a las islas.

En este escenario los raizales se han empobrecido y perdido autonomía pasando a ser prácticamente una minoría en su propio territorio. Es así como comenzaron un éxodo hacia otros territorios buscando un mejor modo de subsistir lejos de la tierra y de las actividades ancestrales que hoy los obliga a repatriarse y refugiarse en las grandes ciudades como Bogotá.

En el Censo Nacional 2005 se reportaron 1.355 raizales en Bogotá. *“Los primeros contingentes de Raizales llegan a Bogotá, D.C., hacia 1953, año en que fue construido en la isla de San Andrés el aeropuerto, que al acortar las distancias entre el Archipiélago y el continente, sin duda alguna favoreció la llegada de Raizales a la ciudad. Estos primeros Raizales que llegaron fueron traídos por compañías multinacionales petroleras que los enganchaban tanto por sus conocimientos de inglés, como por su alto nivel educativo, alcanzado ya sea en los colegios regentados por la Iglesia Bautista en el Archipiélago o por los estudios superiores conseguidos en diferentes universidades principalmente de los EE.UU.”*

*“En las décadas de los sesenta y setenta del siglo pasado llegan a Bogotá, D.C., varios Raizales con el propósito de estudiar, sin perder los vínculos con su territorio ancestral, fijan su residencia en la ciudad estableciéndose con sus familias. En su gran mayoría los Raizales que viven actualmente en el Distrito Capital son profesionales que por falta de oportunidades en el Archipiélago han tenido que buscar nuevos horizontes en la ciudad. Pese a que muchos llevan varios años de estar radicados en Bogotá, D.C., siempre tienen latente el deseo de retornar definitivamente a su territorio ancestral”.*³

³ Alianza Entre pueblos. “Hacia una ciudad intercultural: visión panorámica de los pueblos indígenas, afrodescendientes, raizal y rom que habitan en el distrito Capital”. Bogotá, Septiembre 2004, Pág. 12.

No existen en la ciudad asentamientos de raizales como tal, sin embargo podemos establecer que las localidades donde habitan un mayor número de raizales en Bogotá son: Suba, Santa Fe, Chapinero, Engativa y Teusaquillo.

El desplazamiento forzado no ha sido ajeno a este grupo étnico. El número de raizales con registro como población *en condición* de desplazamiento forzado en Bogotá de acuerdo a datos oficiales es de 168 personas.⁴ (verificar cifra)

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.

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 al 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”.

⁴

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 las 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”.

Que el Estado Colombiano suscribió el Convenio 169 de 1991 de la O.I.T. *“Sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes”*, ratificado para Colombia mediante la Ley 21 de 1991.

Que el artículo 93 de la Constitución Política de 1991 señala que los tratados y convenios internacionales ratificados por Colombia, hacen parte del bloque de constitucionalidad y prevalecen en el orden interno.

Que el Estado Colombiano suscribió el Convenio 169 de 1991 de la O.I.T. *“Sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes”*, ratificado para Colombia mediante la Ley 21 de 1991.

Que en la citada ley se reconocen los derechos y aspiraciones de los pueblos tribales cuyas condiciones sociales, culturales y económicas los distinguen de otros sectores de la población nacional y se asume el compromiso de aplicar la diferenciación y afirmación positiva en beneficio de las poblaciones étnicas, entre ellas el pueblo Raizal de San Andrés Providencia y Santa Catalina, según lo dispuesto en sus artículos 1. 4.1, 4.2, 5, 7.1 y 30.

Que la sentencia C-530 de 1993 precisó: *“La cultura de las personas raizales de las Islas es diferente de la cultura del resto de los colombianos, particularmente en materia de lengua, religión y costumbres, que le confieren al Raizal una cierta identidad. Tal diversidad es reconocida y protegida por el Estado y tiene la calidad de riqueza de la Nación.”*

Que la sentencia No. C-086 de 1994 precisó: *“La población “Raizal” de San Andrés y Providencia es un grupo étnico perfectamente definido, como lo evidencian su aspecto físico, sus costumbres, su idioma y su pertenencia mayoritaria al Protestantismo. Negarle tal carácter aduciendo que las islas fueron pobladas por gentes de diversos orígenes raciales, es razón baladí, pues bien sabido es que no existen razas puras...”*

Que la sentencia T-174 de 1998 reafirma que en: *"El artículo 7° de la Carta, reconoce y establece el deber del Estado de proteger la diversidad étnica y cultural de la Nación colombiana, teniendo en cuenta que es considerada como parte importante de la riqueza del país.*

Por tal razón, la cultura de las personas raizales de las Islas de Providencia, al ser diferente por sus características de tipo lingüístico, de religión y de costumbres, al resto de la Nación, ostenta una especial condición que nos permite incluirla dentro de la concepción de diversidad étnica y cultural, situación que la hace acreedora de la especial protección del Estado.

Por consiguiente, el Estado Colombiano debe propender por la conservación de los aspectos propios de la cultura raizal y lograr con ello la conservación del patrimonio cultural nativo, que también forma parte del patrimonio de toda la Nación."

Que la Ley 70 de 1993, creó un marco general de protección para las denominadas “comunidades negras”, hoy homologadas, por el debate posterior a la ley, como “comunidades afrodescendientes”. Sobre el particular, la Corte Constitucional en Sentencia C-169/01 precisó: *“...el término "comunidades negras", como lo indica el artículo 1 de la Ley 70 de 1.993 en consonancia con el artículo Transitorio 55 de la Constitución, se refiere tanto a aquellas que habitan en la Cuenca del Pacífico colombiano, como a las que estén ubicadas en otros puntos del territorio nacional y cumplan con los dos elementos reseñados. Asimismo, a falta de una mención expresa, se deben entender incluidas dentro de las dichas "comunidades negras", para todo lo relacionado con la circunscripción especial que se estudia, a las agrupaciones raizales del Archipiélago de San Andrés y Providencia, las cuales no sólo comparten con las primeras un origen histórico común en las raíces africanas que fueron transplantadas a América, sino que han sido reconocidas por esta corporación, en consonancia con el artículo 310 de la Carta, como un grupo étnico titular de derechos especiales (cfr. sentencias C-530/93, T-174/98 y C-1022/99, M.P. Alejandro Martínez Caballero); por lo mismo, no pueden ser razonablemente excluidas de la participación en la Cámara de Representantes por esta circunscripción."*

ENFOQUES DE LA POLÍTICA

5.1 CONCEPTO PROPIO DE SALUD, los idearios de salud del pueblo raizal no son homogéneos, dadas sus características propias y el ecosistema que habitaron. A pesar de esto, podría delinarse 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 sobrenatural⁵; la conexión muy estrecha de la salud del individuo con la salud de la comunidad y la preservación del ecosistema.

⁵

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

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 que implica el apoyo y fortalecimiento de las comunidades, organizaciones, líderes y autoridades de la población raizal residente en 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 SOCIALES UNIVERSALES Y CIUDADANOS las personas que pertenecen a la población raizal 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, 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. En efecto, sólo a través de la participación y el trabajo conjunto entre planificadores, ejecutores de salud y representantes de la población raizal 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 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, para la población raizal y una Atención Diferencial que debe apuntar a la implementación de los mismos en concordancia con las particularidades socioculturales que caracterizan a esta población y requiere necesariamente de una adecuación institucional en la normatividad, las estructuras, los programas y los recursos humanos, financieros y logísticos.

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

5.8 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 esta población. 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.

5.9 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, 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.

5.10 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.

5.11 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

5.12 ENFOQUE DE COSMOVISIÓN que tiene que ver con la forma como la cultura raizal interpreta al hombre y la mujer, 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”.*⁶

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.

5.13 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.
- 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.

⁶ 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.

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 raizal.
- Que permita lograr la pervivencia del pueblo raizal, garantizándoles calidad de vida.

6. PRINCIPIOS

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.

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 étnicos 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 lineamientos de política para garantizar la atención integral en salud para la población perteneciente a los grupos étnicos residentes en Bogotá D.C. agrupados en cinco ejes 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 la población raizal, residente en Bogotá D.C. al Régimen Subsidiado.

9.1.1 OBJETIVO ESPECÍFICO No 1

Afiliar a toda la población perteneciente a la población raizal 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 raizal residente en Bogotá D.C. al Sistema General 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 la población raizal residente en Bogota.
- c. La Secretaría Distrital de Salud diseñará y ejecutará las estrategias de comunicación necesarias para la divulgación en la población raizal, de los beneficios de la afiliación al Régimen Subsidiado.
- d. Focalizar la campaña de información y afiliación en localidades donde habitan mayoritariamente la población raizal.

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 la población Raizal.

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 y de oportunidad, 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 étnica 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, 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 de oportunidad de acuerdo a 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 las poblaciones étnicas, con enfoque diferencial, en concordancia con la ley 100 de 1993.

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 una atención en salud con enfoque diferencial de los grupos étnicos. Para ello deberá diseñarse una estrategia de concertación con la población Raizal 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, salud mental 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 la población Raizal 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 grupos étnicos, a partir de la información de la estrategia Salud a su Casa.

- b. Fomentar el respeto y confianza de la ciudadanía para la población étnica, 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 pertenecientes a los grupos étnicos 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 Raizal.

9.2.3 OBJETIVO ESPECÍFICO No 3

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

LÍNEAS DE ACCIÓN

- a. Un nivel de intervención 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 la población étnica 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, teniendo en cuenta las diferencias de ciclo vital y generación
- b. Desarrollar con enfoque étnico, generacional y diferencial acciones de promoción de la salud sexual y reproductiva.

9.2.5 OBJETIVO ESPECÍFICO No 5

Fortalecer los planes integrales de intervenciones colectivas e individuales para la población étnica 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.

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

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 comunidades étnicas en los servicios de salud, teniendo en cuenta las particularidades de la población raizal.

- c. Identificación, consolidación, promoción y sistematización de las experiencias e inventarios de los conocimientos y prácticas tradicionales en salud trabajados entre las instituciones y las comunidades.
- d. Elaboración de guías y protocolos para atención en salud teniendo en cuenta las particularidades del ciclo vital de la población raizal.

9.3.2 OBJETIVO ESPECÍFICO No 2.

Incluir en la atención a nivel de localidades, territorios, barrios y albergues, 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 distintos grupos étnicos.

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 étnicos para el desarrollo de la política pública de salud.

LÍNEAS DE ACCIÓN

- a. Fortalecimiento de las estrategias existentes, orientadas al empoderamiento de las comunidades étnicas, 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, 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 la población étnica en el diseño, promoción, 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 la población étnica.
- b. Diseño y ejecución de un programa de capacitación en participación, cuya construcción se realice con la participación de la población étnica.

9.5. EJE No 6 MEDICINA TRADICIONAL

Desarrollar estrategias que garanticen la continuidad y fortalecimiento de los proyectos de medicina tradicional de la población raizal.

LÍNEAS DE ACCIÓN

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

9.6. EJE No 5 ARTICULACIÓN INTERSECTORIAL

Objetivo general: Desarrollar una 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 estas poblaciones 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 grupos étnicos 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.
- e. Cumplimiento de las medidas cautelares y de los pactos y convenios internacionales para la protección de los derechos humanos de las comunidades étnicas en general y de las que han sufrido desplazamiento, dándoles atención adecuada y oportuna.
- f. Crear mecanismos de dialogo intersectorial de las entidades y niveles de salud, para mejorar la calidad de la prestación del servicio.

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 el proceso de prestación de servicios orientado a la población objeto los cuales deben ser monitoreados de manera eficaz, eficiente y 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, analizar 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 política⁷.

Para Joan Subirats⁸ “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.

⁷ Roth AN, 2006. Políticas públicas. Formulación, implementación y evaluación. Bogotá, Ed. Aurora.

⁸ Subirats J, 2002. Evaluación de políticas de intervención social. Un enfoque pluralista. Barcelona.

16.1 Indicadores de seguimiento

OBJETIVO	INDICADOR	DEFINICIÓN
<p>Afiliar a toda la población perteneciente a los grupos étnicos 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>	$\frac{\text{Personas afiliadas al SGSSS}}{\text{Total población étnica}} \times 100$
	<p>Afiliación a la seguridad social según régimen de aseguramiento</p>	$\frac{\text{Personas afiliadas al SGSSS según régimen}}{\text{Total personas étnicas afiliadas a SGSSS residentes en Bogotá D.C}} \times 100$
	<p>Razones de no uso de servicios</p>	$\frac{\text{Personas enfermas últimos 30 días sin tratamiento médico según razones para no solicitar atención}^9}{\text{Personas enfermas sin tratamiento médico que no solicitaron atención médica}} \times 100$ <p>Personas sin ninguna afiliación</p>

⁹ 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.

OBJETIVO	INDICADOR	DEFINICIÓN
	Percepción de la calidad del servicio	Personas desplazadas que consultaron últimos 30 días según percepción general sobre la calidad del servicio ¹⁰ ----- ----- x 100 Total consultantes últimos 30 días
	Uso de medicamentos	Personas que recibieron medicamentos ¹¹ ----- ----- x 100 Total personas a quienes se formuló 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

¹⁰ Según escala numérica 1 a 5 (peor a mejor) o escala cualitativa (muy buena, buena, regular, mala, muy mala)

¹¹ Los recibió completos, recibió parcialmente, no recibió

OBJETIVO	INDICADOR	DEFINICIÓN
		Total menores 12-23 meses No de jornadas de vacunación dirigidos especialmente a los distintos grupos étnicos.
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, 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	$\frac{\text{Personas que recibieron atención sicosocial del Gobierno y otros prestadores de servicios}}{\text{Total personas desplazadas}} \times 100$

OBJETIVO	INDICADOR	DEFINICIÓN
	Cobertura de atención en salud mental	Personas que recibieron atención en salud mental en los servicios de salud según tipo de atención ¹² ----- 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 en salud pública en territorios de población étnica	Personas desplazadas cubiertas (por 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

¹²

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
	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.

