

**MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL****RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2020****()**

Por el cual y se adopta el componente para el Pueblo Rom del capítulo étnico como parte del Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021 y se establecen las directrices para su implementación.

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL (E)

En ejercicio de sus atribuciones legales, en especial la conferida en el artículo 6º de la Ley 1438 de 2011 y en desarrollo del artículo 42 de la Ley 715 de 2001, del Decreto 4107 de 2011, del numeral 8 del artículo 2 de la Resolución 2063 de 2017 y,

CONSIDERANDO

Que la Constitución Política, en los artículos 7 y 8, *“reconoce y protege la diversidad étnica y cultural de la nación colombiana” y obliga a “proteger las riquezas culturales y naturales”*.

Que el artículo 6º de la Ley 1751 de 2015, Estatutaria de Salud, dispone que el derecho fundamental a la salud incluye, entre sus elementos esenciales, la accesibilidad y entre sus principios el de interculturalidad, estableciendo la necesidad de respetar las diferencias culturales existentes en el país, reconociendo los saberes, prácticas y medios tradicionales, alternativos y complementarios para la recuperación de la salud.

Que el literal n) del dicho artículo, define como principio la protección de pueblos y comunidades indígenas, ROM y negras, afrocolombianas, raizales y palanqueras a quienes se les garantizará el derecho a la salud como fundamental y se aplicará de manera concertada con ellos, respetando sus costumbres.

Que el enfoque diferencial se concibe como un imperativo de acción pública en los marcos normativos y de política nacionales e internacionales, señalados, entre otras normas, en las Leyes 1438 de 2011 y en la Resolución 2626 de 2019 referida a la Política de Atención Integral en Salud y por medio de la cual se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial MAITE.

Que en cumplimiento del artículo 6º de la Ley 1438 de 2011, el Ministerio de Salud y Protección Social formuló el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 -PDSP, el cual fue adoptado mediante la Resolución 1841 de 2013, en la que se determina que este plan define la política que orienta la salud pública del país durante el decenio mencionado, el cual tuvo un proceso amplio de participación social y sus resultados definieron la gestión de la salud pública a partir de ocho dimensiones prioritarias y dos transversales, concebidas como elementos técnicos y políticos ordenadores del abordaje y coordinación de acciones sectoriales, comunitarias y transectoriales para mejorar la salud de la población.

Que las dimensiones prioritarias son: salud ambiental, vida saludable y condiciones no transmisibles, convivencia social y salud mental, seguridad alimentaria y nutricional, sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, vida saludable y enfermedades transmisibles, salud pública en emergencias y desastres y salud y ámbito laboral; y las dimensiones transversales son: gestión diferencial de poblaciones vulnerables y fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud.

Que la dimensión “gestión diferencial de poblaciones vulnerables” reconoce las diferencias entre distintos grupos poblacionales y la exigencia de responder con medidas pertinentes a las necesidades de las poblaciones en las que dichas diferencias, significan desventaja o están relacionadas con múltiples factores que generan inequidades.

Continuación resolución “Por el cual se adopta el componente para el Pueblo Rom del capítulo étnico como parte del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y se establecen directrices para su implementación”

Que bajo el anterior precepto, el PDSP 2012-2021 definió como meta que Colombia contaría con el capítulo diferencial para la población étnica (Indígenas, Pueblo Rom, Comunidades Negras, Afrocolombianas, raizales y Palenqueras), con el objetivo de asegurar las acciones diferenciales en salud pública que buscan garantizar el acceso, a mejorar las condiciones de vida y salud y lograr cero tolerancias con la morbilidad, mortalidad y discapacidad evitables en estas poblaciones.

Que los mencionados mandatos fundamentan la respuesta frente a la construcción conjunta del capítulo diferencial para el pueblo Rom en concordancia con el marco estratégico del PDSP 2012 – 2021.

Que la definición del capítulo para el pueblo Rom se planeó bajo un enfoque amplio y participativo que definió las etapas de 1) Consulta, 2) Formulación, 3) Validación, 4) Reglamentación, 5) Socialización e implementación.

Que el capítulo para el pueblo Rom se desarrolló mediante una dinámica participativa, de diálogo y consensos entre el Ministerio de Salud y Protección Social y la Mesa Nacional de Diálogo del Pueblo Rom, donde se recolectó y estructuró los insumos desde las bases con cada Kumpania que dieron cuerpo y contenido al citado capítulo y, para tal fin., se surtieron las tres primeras fases, así: 1) La consulta se realizó con las diez (10) Kumpany del país, incluidas las dos organizaciones pertenecientes a la Kumpania de Bogotá a través de once (11) encuentros de dos (2) días de duración cada uno, entre enero y marzo de 2014 para la identificación de las necesidades percibidas en salud; 2) La formulación incluyó la consolidación de la información primaria y secundaria, su análisis, la identificación del contexto de situación de salud del pueblo Rom según dimensiones del PDSP y la definición de los objetivos y las líneas estratégicas. 3) La validación se realizó a través de reuniones con la Mesa Nacional de Diálogo el 30 de noviembre de 2017 y el 19 de septiembre de 2018 y con las áreas técnicas del Ministerio en el primer semestre de 2019 para la recepción de aportes que fueron incorporados en los contenidos del capítulo.

Que en 14 diciembre del año 2019 se culminó la fase de validación del capítulo como resultado de 11 encuentros de socialización de la propuesta de resolución que adoptará el capítulo cada una de las Kumpany y con la Mesa Nacional de Diálogo

Que la implementación del capítulo para el pueblo Rom como anexo del PDSP 2012-2021, requiere que los departamentos, distritos y municipios, en cumplimiento de sus competencias, y de conformidad con la Resolución 1536 de 2015, incorporen en sus Planes Territoriales de Salud -PTS- el enfoque diferencial y en consecuencia implementen su ejecución con la participación de los actores responsables del bienestar de esta población.

Que, si bien el actual PDSP vence en el 2021, la adopción de este capítulo se integra al mismo en el estado de avance en que se encuentra y las orientaciones allí previstas se asumirán hasta la adopción del nuevo plan decenal y servirán de insumo para los siguientes procesos de planeación mientras no exista una directriz diferente

Que, conforme a lo anterior, se requiere reglamentar el capítulo diferencial para el pueblo Rom con el fin de proceder a su socialización e implementación a nivel nacional y territorial.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE
Título I
Disposiciones Generales

Artículo 1. Objeto. Por medio de la presente resolución se adopta el componente para el Pueblo Rom-Gitano del capítulo étnico como anexo del Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021 y se establecen las directrices para su implementación.

Continuación resolución “Por el cual se adopta el componente para el Pueblo Rom del capítulo étnico como parte del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y se establecen directrices para su implementación”

Parágrafo. El capítulo que se adopta en virtud del presente acto administrativo será el insumo para la construcción del mismo en el nuevo PDSP con los ajustes que se consideren necesarios.

Artículo 2. Ámbito de Aplicación. La presente disposición será de obligatorio cumplimiento tanto para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud — SGSSS, como del Sistema de Protección Social, en el ámbito de sus competencias y obligaciones.

Parágrafo. Los demás actores y sectores que ejerzan acciones y funciones relacionadas con la intervención de los determinantes sociales de la salud, concurrirán al desarrollo y cumplimiento de los objetivos, estrategias, metas y demás aspectos señalados en el capítulo que se adopta.

Artículo 3. Definición. El capítulo diferencial para el pueblo Rom- Gitano de Colombia constituye un documento de política pública con lineamientos y estrategias consensuadas para la acción diferencial en salud pública dirigida al pueblo Rom, en concordancia con las concepciones, saberes y prácticas asociadas al manejo de la salud y la enfermedad de este pueblo, con el fin de contribuir con la materialización del derecho a la salud acorde con sus necesidades y particularidades socioculturales.

Artículo 4. Objetivo general. El objetivo del capítulo diferencial para el pueblo Rom- Gitano de Colombia será garantizar las acciones diferenciales en salud pública para el pueblo Rom, con el fin de avanzar hacia el goce efectivo del derecho a la salud, mejorar las condiciones de vida y salud y lograr cero tolerancias con la morbilidad, mortalidad y discapacidad evitables, procurando así la pervivencia física y cultural de este pueblo.

Artículo 5. Objetivos estratégicos. El capítulo diferencial para el pueblo Rom contribuye con los fines del PDSP a través de los siguientes objetivos estratégicos:

- a) Promover el reconocimiento étnico y cultural del pueblo Rom con el fin de incidir positivamente en la eliminación de prácticas de discriminación y exclusión mediante acciones afirmativas que permitan avanzar hacia el goce efectivo del derecho a la salud de la población gitana.
- b) Incidir en el mejoramiento de las condiciones de vida y de salud de la población Rom, entendidas como los medios materiales necesarios para la pervivencia étnica y sociocultural en un marco de realización de derechos, contribuyendo al desarrollo humano y sostenible.
- c) Garantizar el acceso a servicios de salud con enfoque diferencial e intercultural y mantener cero tolerancias frente a la morbilidad, mortalidad y discapacidad evitables.

Artículo 6. Líneas Estratégicas. Corresponden a los aspectos diferenciales identificados a lo largo del contexto de situación de salud del pueblo Rom que permiten un abordaje colectivo de carácter institucional, territorial y diferencial para lograr el bienestar y calidad de vida de este grupo étnico. Estas líneas, trazan el camino para el reconocimiento y visibilización de elementos que requieren de un abordaje diferencial en las dimensiones prioritarias y transversales definidas en el PDSP.

Parágrafo 1. Las entidades territoriales con presencia de población Rom adoptarán y adaptarán las estrategias descritas en el capítulo para el pueblo Rom que hace parte integral de la presente resolución, con el fin de avanzar en la garantía del derecho a la salud de esta población, teniendo en cuenta, entre otros aspectos, lo previsto en el numeral 8.6. de la Resolución 2626 de 2019.

Parágrafo 2. Las entidades territoriales con presencia de población Rom contribuirán con el cumplimiento de los objetivos y estrategias del capítulo a través de su formulación e implementación en los Planes Territoriales de Salud y los planes de acción MAITE.

Artículo 7. Enfoques. El capítulo diferencial incorpora los enfoques dispuestos en la Ley Estatutaria de Salud, en el PDSP y en las demás políticas que refieren respuestas específicas a las particularidades y derechos de la población Rom y resalta los siguientes enfoques como principales orientadores de la respuesta diferencial en salud pública:

Continuación resolución "Por el cual se adopta el componente para el Pueblo Rom del capítulo étnico como parte del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y se establecen directrices para su implementación"

- a) **Enfoque de derechos y garantías:** asume la salud como un derecho universal, inherente a la persona, de carácter inalienable e irrenunciable y promueve los principios, derechos y garantías constitucionales de reconocimiento y protección de la diversidad étnica y cultural, no discriminación, igualdad y dignidad de todas las culturas.
- b) **Enfoque diferencial:** plantea la formulación y desarrollo de objetivos, estrategias y acciones acordes con la diversidad y con las particularidades, así como con el reconocimiento de este pueblo como sujeto colectivo de derechos. Está dirigido a que la acción institucional en salud o en determinantes asociados, incorpore adecuaciones según la cultura, formas de vida, situaciones y requerimientos específicos.
- c) **Enfoque participativo:** es un mecanismo fundamental en la concreción del Estado Social de Derecho y un imperativo al definir políticas públicas para el pueblo gitano. Este enfoque impulsa la participación comunitaria, organizativa y de las autoridades Rom, en la identificación situacional, definición y ejecución de estrategias, acciones y procesos para el mejoramiento de las condiciones de salud en un contexto de interculturalidad.
- d) **Enfoque intercultural:** implica procesos dialógicos para la construcción de alternativas que garanticen un mayor bienestar y mejoren las condiciones de vida de las diversas poblaciones que comparten territorios multiétnicos. Exige tener en cuenta las cosmovisiones, los saberes y conocimientos, las prácticas y acciones tradicionales y occidentales.
- e) **Enfoque de acciones afirmativas:** impulsa las acciones dirigidas a la superación de inequidades y desigualdades estructurales que han sido originadas en dinámicas o prácticas asociadas al desconocimiento y/o vulneración de derechos.
- f) **Enfoque de curso de vida:** identifica condiciones, riesgos, vulnerabilidades y oportunidades de las personas y sectores sociales, a lo largo de las etapas que constituyen el continuo de la vida, reconociendo que entre estas etapas hay interacción y se generan repercusiones de una a otra a lo largo de la existencia. Así, las intervenciones para mejorar las condiciones de salud en un momento de la vida inciden posteriormente, de igual manera el estado de salud actual es en buena medida consecuencia de formas de vida anteriores.
- g) **Enfoque de género:** este enfoque busca definir acciones para el fortalecimiento de identidades, construcción de sociedades con mayor equidad de género y superación de factores que ponen en desventaja a uno u otro grupo, según su pertenencia de género.
- h) **Enfoque poblacional:** para el abordaje situacional de los Rom, exige tener en cuenta sus características demográficas en las áreas territoriales en que se encuentran, la situación socioeconómica y los factores ambientales que tienen incidencia en su salud y calidad de vida.

Título II

Consideraciones para incorporar el enfoque diferencial para el pueblo Rom en el proceso de planeación integral en salud

Artículo 8. Análisis de situación de salud. Sin perjuicio de los lineamientos y metodologías dispuestas por este Ministerio para la elaboración del análisis de situación de salud, las entidades territoriales incorporarán información socio cultural de la población Rom que les permita ampliar el conocimiento de la situación de salud de este pueblo.

Parágrafo 1. La incorporación de la información socio cultural del pueblo Rom se plantea como parte del análisis de situación de salud que adelantan las entidades territoriales y se realizará de acuerdo con las orientaciones que este Ministerio establezca.

Continuación resolución "Por el cual se adopta el componente para el Pueblo Rom del capítulo étnico como parte del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y se establecen directrices para su implementación"

Parágrafo 2. El abordaje de los efectos en salud, se realizará con los indicadores de salud disponibles en SISPRO para la población Rom, teniendo en cuenta los métodos de búsqueda y de análisis planteados en la guía metodológica para la construcción del ASIS.

Parágrafo 3. Una vez obtenida la información del contexto de situación de salud de la población Rom y en el marco del proceso de planeación integral en salud, se procederá a la identificación de los principales efectos en salud o problemáticas que aquejan a esta población para la posterior priorización de manera conjunta con las instancias de representación de estos grupos. Para esto, se deben listar los problemas identificados desde los aspectos propios y otorgar una calificación a los mismos, en concordancia con los criterios de valoración de tensiones propuestos en la metodología PASE a la equidad en salud, teniendo en cuenta su intensidad, cronicidad, impacto e ingobernabilidad.

Artículo 9. Priorización en salud pública. En el marco del proceso de planeación integral para la salud, las entidades territoriales elaborarán la priorización en salud pública utilizando la metodología PASE a la Equidad en Salud en los pasos 1 al 8 de la ruta lógica para la formulación de planes territoriales en salud incorporando el enfoque diferencial para el pueblo Rom, lo cual implica:

- a) Definir, organizar y convocar la participación de actores comunitarios pertenecientes al pueblo Rom.
- b) Concertar con las autoridades tradicionales del pueblo Rom, los actores comunitarios que harán presencia en las mesas de trabajo para la formulación de los PTS, en el marco del proceso de planeación integral en salud.
- c) Vincular a los actores comunitarios del pueblo Rom al desarrollo de los momentos de identificación y comprensión en el marco del proceso de planeación integral en salud, con el fin de profundizar en el reconocimiento integral y comprensión de las condiciones particulares en que se encuentra este grupo y los factores socioculturales que inciden en su situación de salud.

Artículo 10. Componente estratégico y de inversión plurianual del PTS. En el marco del proceso de planeación integral en salud, las entidades territoriales elaborarán el componente estratégico y de inversión plurianual del PTS utilizando la metodología PASE a la Equidad en Salud en los pasos 9 al 10 de la ruta lógica para la formulación de planes territoriales en salud incorporando el enfoque diferencial.

La incorporación del enfoque diferencial en este componente, incluye la definición de respuestas concertadas con las autoridades del pueblo Rom, en términos de objetivos y metas sanitarias asociadas a los programas y subprogramas previstos que permitan avanzar en la materialización de los derechos de esta población.

Parágrafo. Las entidades territoriales tendrán como referente para la formulación del componente estratégico, las líneas estratégicas planteadas en el capítulo para cada una de las dimensiones prioritarias y transversales del PDSP.

Artículo 11. Componente operativo y de inversiones del PTS y Plan de Acción en Salud. En el marco del proceso de planeación integral en salud, las entidades territoriales elaborarán el componente operativo y de inversión del PTS, así como el Plan de Acción en Salud utilizando la metodología PASE a la Equidad en Salud en los pasos 1 y 2 del proceso de gestión operativo incorporando el enfoque diferencial.

Parágrafo. La incorporación del enfoque diferencial en este componente implica la programación en cada anualidad de los recursos de la vigencia y de las actividades a ejecutar en correspondencia con el componente estratégico, para el logro de los resultados y productos definidos para la población Rom.

Continuación resolución "Por el cual se adopta el componente para el Pueblo Rom del capítulo étnico como parte del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y se establecen directrices para su implementación"

Artículo 12. Responsabilidades de los integrantes del SGSSS. Las entidades territoriales y demás integrantes del SGSSS de acuerdo con sus competencias, condiciones y características de su territorio, deberán adaptar y adoptar los contenidos del capítulo diferencial para el Pueblo Rom- Gitano como anexo técnico del PDSP 2012 – 2021, en cada cuatrienio a través del PTS y coordinar su implementación en su área de influencia, de conformidad con los lineamientos que para el efecto defina este Ministerio.

Artículo 13. Responsabilidades del Ministerio de Salud y Protección Social. Este Ministerio, de acuerdo con sus competencias y de conformidad con los enfoques dispuestos en la Ley Estatutaria de Salud y en el PDSP, tendrá dentro de sus responsabilidades:

- a) Formular e implementar políticas con enfoque diferencial, que garanticen el goce efectivo del derecho a la salud del pueblo Rom.
- b) Fomentar la realización de los espacios de participación para el pueblo Rom y promover la participación en el proceso de planeación en salud, de las organizaciones y autoridades que los representen.
- c) Disponer sistemas de información e indicadores que den cuenta de variables, con enfoque diferencial, que permitan conocer el estado de salud de la población Rom.
- d) Propender por la incorporación y desarrollo de procesos diferenciales e interculturales que incluyan el reconocimiento, protección e inclusión de conocimientos tradicionales, en la prestación de servicios de salud.
- e) Prestar asesoría a los departamentos y distritales para el desarrollo de procesos participativos y la debida inclusión del enfoque diferencial en la planeación territorial y en la ejecución de planes, proyectos y acciones dirigidos a la atención en salud de la población Rom.

Artículo 14. Responsabilidades de los Departamentos, Distritos y Municipios. Las entidades territoriales, de acuerdo con sus competencias, condiciones, presencia del pueblo Rom y características de su territorio, de conformidad con los lineamientos que para el efecto defina este Ministerio, serán responsables de:

- a) Formular el Plan Territorial de Salud y el Plan de acción MAITE, con enfoque diferencial, proponiendo orientaciones de carácter estratégico tendientes a mejorar las condiciones de vida de la población Rom, adoptando los lineamientos del PDSP y su capítulo étnico.
- b) Realizar el seguimiento y evaluación de las metas establecidas para comunidades Rom como instrumento gerencial de programación y control de ejecución anual.
- c) Asegurar la adecuada representación de todos los actores en el proceso de planeación, garantizando la participación de las comunidades Rom a través de sus representantes.
- d) Adelantar las acciones necesarias para la coordinación entre las instituciones del departamento y de representación de las comunidades Rom relacionadas con temáticas de salud con el objetivo de mejorar las condiciones de vida de la población Rom.
- e) En el caso de los departamentos, apoyar con asesoría técnica a los municipios, para el desarrollo de procesos participativos y la debida inclusión del enfoque diferencial en la planeación territorial y en la ejecución de planes, proyectos y acciones dirigidos a la atención en salud de la población Rom.
- f) Implementar y mantener sistemas de información e indicadores de gestión, con enfoque diferencial, como soporte a la toma de decisiones.

Continuación resolución "Por el cual se adopta el componente para el Pueblo Rom del capítulo étnico como parte del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y se establecen directrices para su implementación"

- g) Elaborar el Análisis de Situación de Salud bajo el modelo de determinantes de la salud y con enfoque diferencial con los procedimientos y las herramientas definidas por el Ministerio que sirva de insumo al proceso de planeación territorial.

Artículo 15. Responsabilidades de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios. Las entidades promotoras de salud, en atención a sus competencias, tendrán las siguientes responsabilidades:

- a) Promover la afiliación de la población Rom no cubierta por el sistema.
- b) Instaurar procedimientos que garanticen el acceso de la población Rom a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS en su área de influencia o en cualquier lugar del territorio nacional.
- c) Diseñar y ejecutar en acuerdo con las IPS, las estrategias de demanda inducida para garantizar la realización de las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica y detección temprana y la atención de las enfermedades de interés en salud pública, ajustadas a las prioridades territoriales en materia de salud pública y a las costumbres y conocimientos tradicionales de las comunidades del pueblo Rom.

Artículo 16. Responsabilidades de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Las IPS, en atención a sus competencias, tendrán las siguientes responsabilidades:

- a) Garantizar la atención integral en salud a las personas pertenecientes al Pueblo Rom en el marco del cumplimiento de sus funciones y de la normatividad vigente.
- b) Implementar los protocolos y orientaciones otorgadas desde el Ministerio de Salud y Protección Social para identificar y gestionar el riesgo y la atención en salud de la población Rom.

Artículo 17. Responsabilidades de las Kumpaño. En el marco de lo dispuesto en el Decreto 2957 de 2010 y en consonancia con la Ley Estatutaria de Salud y en el PDSP, el pueblo Rom tendrá como responsabilidades:

- a) Hacer seguimiento a las acciones en salud que serán implementadas en las Kumpaño.
- b) Fomentar la participación y la coordinación intersectorial y de actores comunitarios en la ejecución de proyectos dirigidos a mejorar condiciones de vida de la población Rom e incidir en determinantes sociales de la salud.
- c) Impulsar la participación comunitaria para la planeación y el control social de las políticas de desarrollo social y de salud en relación con la población Rom.
- d) Participar en los espacios intersectoriales en materia de salud y seguridad social que operen a nivel territorial.

Artículo 18. Monitoreo, seguimiento y evaluación. El capítulo Rom, como documento anexo del PDSP 2012-2021, se integra al sistema de monitoreo y evaluación definido por este Ministerio, con el fin de establecer los avances y logros de los objetivos y las metas sanitarias definidas para la población Rom y su contribución a los objetivos estratégicos del PDSP.

Parágrafo. Este Ministerio realizará seguimiento a la implementación de las líneas estratégicas que hacen parte integral del presente capítulo a través de lo incorporado en los PTS de las entidades territoriales donde habita la población Rom en el marco del proceso de planeación integral en salud.

Artículo 19. Vigencia. La presente Resolución rige a partir de la fecha de su publicación.

Continuación resolución “Por el cual se adopta el componente para el Pueblo Rom del capítulo étnico como parte del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y se establecen directrices para su implementación”

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D. C., a los

IVÁN DARÍO GONZÁLEZ ORTIZ
Ministro de Salud y Protección Social(E)

Continuación resolución “Por el cual se adopta el componente para el Pueblo Rom del capítulo étnico como parte del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y se establecen directrices para su implementación”

CONTENIDO ANEXO

COMPONENTE PARA EL PUEBLO ROM DEL CAPÍTULO ÉTNICO DEL PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA 2012 - 2021

INTRODUCCIÓN..... 10

1. ANTECEDENTES..... 10

2. MARCO CONCEPTUAL 11

3. METODOLOGÍA PARA EL PROCESO CON EL PUEBLO ROM..... 12

4. CONTEXTO DE LA SITUACIÓN DE SALUD DEL PUEBLO ROM 13

5. OBJETIVOS 34

6. LÍNEAS ESTRATÉGICAS 34

7. INCORPORACIÓN DEL ENFOQUE DIFERENCIAL PARA EL PUEBLO ROM EN LA PLANEACIÓN TERRITORIAL EN SALUD..... 47

8. RESPONSABILIDADES DE LOS ACTORES 48

9. FINANCIACIÓN 49

10. MONITOREO Y EVALUACIÓN..... 49

11. BIBLIOGRAFÍA 50

Continuación resolución “Por el cual se adopta el componente para el Pueblo Rom del capítulo étnico como parte del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y se establecen directrices para su implementación”

INTRODUCCIÓN

El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), en cumplimiento del mandato establecido en la Ley 1438 de 2011, expidió el Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012-2021, en el cual se determinó la elaboración de un capítulo étnico, que incluye la formulación del componente para el pueblo Rom o Gitano de Colombia, en razón a que este sector poblacional es uno de los grupos étnicos que integran la diversidad y pluriculturalidad existente en el país.

El componente para el pueblo Rom del capítulo étnico, es el resultado de un proceso de inclusión, participación e interacción entre el MSPS y las organizaciones representativas de este sector poblacional o autoridades de las Kumpañy que integran este conglomerado sociocultural, así como de una dinámica de coordinación entre instituciones estatales que tienen funciones relacionadas con el desarrollo de acciones que inciden en la situación de salud de estas poblaciones y en determinantes sociales asociados.

El capítulo diferencial para el pueblo Rom incluye antecedentes, marco conceptual, metodología, diagnóstico, objetivos y las líneas estratégicas a abordar con este pueblo. Posteriormente se presentan las orientaciones para la incorporación de este componente diferencial en la planeación territorial en salud, el ámbito de responsabilidades de los diferentes actores, las fuentes de financiación y las consideraciones sobre monitoreo y evaluación.

1. ANTECEDENTES

1.1. Referentes jurídicos de reconocimiento de la diversidad étnica del pueblo Rom y derechos colectivos En el año 1991 se expidieron sendas normas que expresan el reconocimiento de un país pluriétnico y multicultural, del cual se deriva un marco de derechos colectivos para las poblaciones étnicas existentes en el territorio nacional.

Entre estas normas se encuentra la Ley 21 de 1991 que aprobó el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo -OIT “Sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes”, el cual incluye lineamientos normativos referentes a la participación, la consulta previa y otros temas sectoriales, entre los que se encuentran los concernientes a seguridad social y salud. Al respecto, la Corte Constitucional en la Sentencia C-864 de 2008 indicó que a las comunidades pertenecientes al pueblo Rom también le es aplicable el mencionado Convenio.

Por su parte, la Constitución Política de 1991 establece, entre otras, que “*El Estado reconoce y protege la diversidad étnica y cultural de la nación colombiana*” (art. 7) y que “*...La cultura en sus diversas manifestaciones es fundamento de la nacionalidad. El Estado reconoce la igualdad y dignidad de todas las que conviven en el país...*” (art. 70).

Estos mandatos se relacionan con derechos colectivos que tiene el pueblo Rom, entre ellos la participación en la definición y ejecución de políticas públicas relacionadas con sus condiciones; que los planes y proyectos a realizar en las comunidades sean adecuadas a los requerimientos y especificidades según condiciones socioculturales. El fundamento y finalidad de los derechos colectivos es brindar la protección necesaria para la existencia y perdurabilidad del conjunto social diferenciado.

1.2. Marco normativo y político que sustenta la formulación del capítulo diferencial para el pueblo Rom como anexo del PDSP. En correspondencia con lo establecido en la Ley 1438 de 2011, el MSPS formuló del PDSP 2012-2021 el cual fue adoptado mediante la Resolución 1841 de 2013.

El PDSP incluyó un objetivo relacionado con “Salud en poblaciones étnicas” dirigido a “*Asegurar las acciones diferenciales en salud pública para los grupos étnicos tendiente a garantizar el goce efectivo del derecho a la salud, mejorar las condiciones de vida y salud y lograr cero tolerancia con la morbilidad, mortalidad y discapacidad evitables, mediante la formulación del*

Continuación resolución “Por el cual se adopta el componente para el Pueblo Rom del capítulo étnico como parte del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y se establecen directrices para su implementación”

capítulo étnico que será un anexo integral del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021”. (Pág.: 273).

La inclusión de este componente étnico es consecuente con el reconocimiento de la diversidad étnica y sociocultural del país y con los derechos colectivos de estas poblaciones diversas. A su vez, en éste también se tiene en cuenta el “Enfoque diferencial” y el enfoque de “interculturalidad” señalados en los artículos 3 y 13 de la Ley 1438 de 2011 y 6°, inciso segundo, literales l), m) y n), de la Ley 1751 de 2015.

1.3. Marco jurídico y político para las respuestas en salud para el pueblo Rom. La universalidad del derecho indica que, sin ninguna discriminación, la población Rom debe acceder al conjunto de prestaciones y servicios que se brindan a toda la población, tal cual está establecido, entre otros, en el “Pacto internacional de derechos, económicos, sociales y culturales”¹, en la “Convención internacional sobre la eliminación de todas las formas de discriminación racial”² y en el Convenio 169 de la OIT “Sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes”³.

La universalidad como derecho y como principio, también se determina de manera explícita en los artículos 48 y 49 de la Constitución Política, 2, 3, 6, 152 y 153 de la Ley 100 de 1993, 3 de la Ley 1438 de 2011 y 2, 5 y 6 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

En cuanto al imperativo de hacer adecuaciones en las políticas, programas y acciones en salud, para que estos se correspondan con las particularidades socioculturales, con los derechos colectivos, con el enfoque diferencial y con la construcción de interculturalidad, la Ley 21 de 1991 determinó la disposición de servicios adecuados, la participación comunitaria en la organización y prestación de estos y la coordinación con otras medidas sociales y económicas (art. 25) y la Ley 1438 de 2011 incorporó los principios de “Enfoque diferencial” y de “Interculturalidad”.

La Ley Estatutaria 1751 de 2015 incluyó varios principios del derecho a la salud, que para el caso de la población étnica en general y para los Rom, implican el enfoque diferencial y la necesidad de hacer adecuaciones. Estos son, los referidos a la aceptabilidad, accesibilidad e interculturalidad.

Existen además otros referentes específicos asociados al derecho a la salud, dentro de los cuales se destacan el Decreto 2957 de 2010, incorporado al Decreto 1066 de 2015 (arts. 2.5.2.1.1 a 2.5.2.1.21).

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1. Conceptos y enfoques

2.1.1. Referentes conceptuales

Determinantes Sociales de la Salud. La población Rom, se encuentra que este grupo poblacional se encuentra afectado por determinantes de carácter estructural que son generadores de inequidades. Lo anterior, se relaciona con el hecho de pertenecer a una población social y culturalmente en desventaja que vive relaciones asimétricas originadas en su condición de grupo diverso culturalmente y frente a la cual se da un tipo de interacción marcada por hechos discriminantes o de invisibilización y de restricciones económicas.

Dimensiones. El PDSP fijó estrategias y acciones enmarcadas en ocho dimensiones prioritarias para la vida y dos dimensiones transversales. Estas dimensiones son acogidas para el diagnóstico situacional en salud del pueblo Rom y para definir lineamientos estratégicos.

¹Específicamente en el numeral 2 del art. 2 y en el art. 12. Debe desatacarse que este pacto internacional fue aprobado en el país mediante la Ley 74 de 1968.

²Ley 22 de 1981. En especial lo señalado en los arts. 1 y 2.

³Ley 21 de 1991. Art 24.

Continuación resolución "Por el cual se adopta el componente para el Pueblo Rom del capítulo étnico como parte del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y se establecen directrices para su implementación"

2.1.2. Enfoques generales para la participación e inclusión del pueblo Rom.

Enfoque de derechos y garantías. Asume la salud como un derecho universal, inherente a la persona, de carácter inalienable e irrenunciable y promueve los principios, derechos y garantías constitucionales de reconocimiento y protección de la diversidad étnica y cultural, no discriminación, igualdad y dignidad de todas las culturas.

Enfoque diferencial. Plantea la formulación y desarrollo de objetivos, estrategias y acciones acordes con la diversidad y con las particularidades, así como con el reconocimiento de este pueblo como sujeto colectivo de derechos. Está dirigido a que la acción institucional en salud o en determinantes asociados, incorpore adecuaciones según la cultura, formas de vida, situaciones y requerimientos específicos dadas problemáticas y causalidades.

Enfoque participativo. Es un mecanismo fundamental en la concreción del Estado Social de Derecho y un imperativo al definir políticas públicas para el pueblo gitano. Este enfoque impulsa la participación comunitaria, organizativa y de las autoridades Rom, en la identificación situacional, definición y ejecución de estrategias, acciones y procesos para el mejoramiento de las condiciones de salud en un contexto de interculturalidad.

Enfoque intercultural: Implica procesos dialógicos para la construcción de alternativas que garanticen un mayor bienestar y mejoren las condiciones de vida de las diversas poblaciones que comparten territorios multiétnicos. Exige tener en cuenta las cosmovisiones, los saberes y conocimientos, las prácticas y acciones tradicionales y occidentales.

Enfoque de acciones afirmativas: Impulsa las acciones dirigidas a la superación de inequidades y desigualdades estructurales que han sido originadas en dinámicas o prácticas asociadas al desconocimiento y/o vulneración de derechos.

Enfoque de curso de vida Identifica condiciones, riesgos, vulnerabilidades y oportunidades de las personas y sectores sociales, a lo largo de las etapas que constituyen el continuo de la vida, reconociendo que entre estas etapas hay interacción y se generan repercusiones de una a otra a lo largo de la existencia. Así, las intervenciones para mejorar las condiciones de salud en un momento de la vida inciden posteriormente, de igual manera el estado de salud actual es en buena medida consecuencia de formas de vida anteriores.

Enfoque de género. Este enfoque busca definir acciones para el fortalecimiento de identidades, construcción de sociedades con mayor equidad de género y superación de factores que ponen en desventaja a uno u otro grupo, según su pertenencia de género.

Enfoque poblacional. Para el abordaje situacional de los Rom, exige tener en cuenta sus características demográficas en las áreas territoriales en que se encuentran, la situación socioeconómica y los factores ambientales que tienen incidencia en su salud y calidad de vida.

3. METODOLOGÍA PARA EL PROCESO CON EL PUEBLO ROM

El proceso para la formulación del capítulo para esta población fue el siguiente:

Fase de acuerdo de proceso. Consistió en la definición de un acuerdo sobre la formulación y concreción del componente diferencial para el pueblo Rom del PDSP. Para esto, el MSPS, en coordinación con el Ministerio del Interior, desde el año 2012, adelantó diálogos con los representantes de este pueblo, con los cuales se logró la definición del proceso a seguir y los referentes sobre los cuales se iba a trabajar.

Fase de consulta para la recolección de insumos. La recolección de insumos con las diferentes Kumpańy se llevó a cabo a través de la realización de 11 encuentros regionales de dos (2) días de duración cada uno, entre enero y marzo de 2014. Como resultado de estos

Continuación resolución “Por el cual se adopta el componente para el Pueblo Rom del capítulo étnico como parte del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y se establecen directrices para su implementación”

eventos se logró la identificación de problemas, desafíos y retos en salud, factores asociados, posibles soluciones, así como también actores y sectores involucrados. En el año 2017, se llevaron a cabo reuniones de trabajo con representantes y miembros de siete (7) Kumpaño, incluidas las de Pasto, Sabanalarga, Girón, Envigado, Bogotá, Cúcuta y Tolima y se contó con la participación de aproximadamente 181 personas. En estas sesiones de trabajo se socializaron los resultados de los encuentros realizados en el 2014 y se completaron los insumos para la construcción del componente del pueblo Rom. De manera paralela, se llevó a cabo un proceso de recopilación y análisis de información disponible a nivel institucional y de otras fuentes. Como producto de estas dos acciones se logró la identificación de necesidades en salud normativas y percibidas.

Fase de formulación. Una vez consolidada la información primaria recolectada en los diferentes eventos y en los momentos de interlocución con las Kumpaño, en las fuentes secundarias institucionales, académicas, informes se procedió al análisis teniendo como referente el marco conceptual señalado en el PDSP. Hecho el análisis de la información, se obtuvo y ordenó el diagnóstico según dimensiones del PDSP y la correspondiente visión de alternativas. Con este panorama, se procedió a la definición de los objetivos y líneas estratégicas.

Fase de validación. Se realizó la validación con profesionales y otros referentes expertos de cada una de las dependencias del MSPS, según las dimensiones del PDSP y competencias asociadas. Igualmente, se procedió a validar lo incorporado en el texto con otras instituciones con competencias relacionadas, conocimientos y experiencia respecto de la situación del pueblo Rom. Para la validación, con pares internos y externos se socializó el documento formulado y se procedió a la recolección de aportes, precisiones o sugerencias a la propuesta. Estos insumos técnicos se tuvieron en cuenta para cualificar la formulación existente según pertinencia de lo recolectado.

Fase de concertación y validación con el pueblo Rom. El 30 de noviembre de 2017, se realizó una reunión nacional con los representantes de las Kumpaño del país, que incluyó la socialización de las líneas estratégicas propuestas, de acuerdo a los resultados de las fases de recolección de insumos y de formulación previstas. En esta reunión se contó con la participación de 19 asistentes. De igual forma, los días 17, 18 y 19 de septiembre de 2018 se realizó una reunión nacional con la Comisión Nacional de Diálogo del Pueblo Rom, en la que participaron además representantes del Ministerio del Interior y de la Defensoría del Pueblo, con el fin de avanzar en la validación del capítulo étnico del pueblo Rom. Los resultados de las mesas de trabajo, fueron analizados e incorporados en un texto preliminar para la posterior validación con las áreas internas del Ministerio.

El texto con la versión ajustada y validada técnicamente con las instancias institucionales, se dio a conocer a la Mesa Nacional de Diálogo del Pueblo Rom, para su correspondiente lectura y realización de aportes y sugerencias dirigidas a enriquecer su concepción y fortalecer su enfoque diferencial e intercultural. Con las recomendaciones y sugerencias hechas por los representantes del pueblo Rom, se procedió a hacer los ajustes de la versión definitiva.

Fase de reglamentación y socialización. El MSPS expide, a través de este documento, el respectivo acto administrativo, por medio de la cual se adopta el componente Rom del capítulo étnico como anexo integral al Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Adicionalmente, realizará un proceso de socialización con las entidades territoriales y otros integrantes del SGSSS con el fin de desarrollar el proceso de implementación.

4. CONTEXTO DE LA SITUACIÓN DE SALUD DEL PUEBLO ROM

4.1. El pueblo Rom y su distribución territorial

El pueblo Rom tiene su origen en la India. Las primeras personas de este grupo que llegaron al continente americano lo hicieron durante los viajes de Colón. A Colombia arribaron durante la época de la colonia. (Gómez Baos, 2010, págs. 14-18) (Gómez Fuentes, Gamboa Martínez, & Paternina Espinosa, 2000, págs. 17-25).

Continuación resolución “Por el cual se adopta el componente para el Pueblo Rom del capítulo étnico como parte del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y se establecen directrices para su implementación”

La identidad del ser Rom o Gitano, se define en el Decreto 2957 de 2010, compilado en el Decreto 1066 de 2015, así: “Se es Rom o Gitano por descendencia patrilineal, la cual permite la ubicación de una persona en un determinado grupo de parentesco, configurado fundamentalmente en torno a la autoridad emanada de un hombre de reconocido prestigio y conocimiento, el cual a su vez, a través de diferentes alianzas, se articula a otros grupos de parentesco, en donde todos comparten, entre otros aspectos, la idea de un origen común, una tradición nómada, un idioma, un sistema jurídico la kriss Romaní, unas autoridades, una organización social, el respeto a un complejo sistema de valores y creencias, un especial sentido de la estética que conlleva a un fuerte apego a la libertad individual y colectiva, los cuales definen fronteras étnicas que los distinguen de otros grupos étnicos. Sin perjuicio de la descendencia patrilineal, los hijos e hijas de una mujer Romny y padre gadzho (no Gitano) que vivan en kumpeñy serán considerados como Rom”. (Numeral 1. Art. 4).

La población Rom existente en el país, según el Censo 2005, era de 4.836 personas y representaban el 0.01% del total nacional. Las entidades territoriales departamentales (incluida Bogotá D.C.), en las cuales se registró mayor número de población perteneciente a este grupo, fueron: Atlántico (40,82%), Bolívar (18,84%), Valle del Cauca (14,83%), Bogotá D.C. (10,90%), Norte de Santander (3,87%) y Santander (2,87%).

En su mayoría, la población Rom habita en lugares urbanos; en estas áreas se encuentra el 94,2% de las personas que integran este grupo étnico. Las ciudades en donde principalmente estaban localizados según el censo 2005 fueron Barranquilla, Cartagena, Cali, Bogotá, Cúcuta y Girón.

Respecto de la espacialidad, no se puede hablar de una territorialidad específica, pues este pueblo, en el ámbito internacional y nacional, ha tenido como una de sus características de vida el nomadismo. No obstante, en la actualidad los miembros de este grupo han cambiado la intensidad de su anterior dinámica de movilidad grupal, pues hoy se les encuentra ubicados con mayor permanencia en ciertos lugares urbanos; sin embargo, siguen manteniendo una forma de existencia itinerante.

Sobre este carácter de grupo nómada o itinerante, en el caso colombiano, “para los Rom, el acto físico de ir de un lugar a otro es apenas un aspecto de su identidad cultural y de su estilo de vida. Dado que el nomadismo significa ante todo una manera de ver el mundo, una actitud particular respecto a la vivienda, al trabajo y a la vida en general, el nomadismo sustenta y da vida a una cosmovisión particular y radicalmente distinta a la que ostentan los grupos sedentarios...” (Decreto 2957 de 2010. Numeral 3, Artículo 4, art. 2.5.2.1.4 del Decreto 1066).

Se plantea que en los Rom hay una concepción del territorio como algo que es móvil, así como es su existencia. En este sentido, se dan frecuentes cambios de residencia. En razón a esta itinerancia, en un momento determinado los individuos de una *Kumpania* pueden ubicarse en un lugar y en otro momento pueden estar en otra parte, en tanto la kumpania es un asentamiento de familias que cumple una función nodal. Esta situación influye en cambios continuos en la información respecto de su ubicación y en el tamaño de la población en determinada jurisdicción.

La movilidad que caracteriza a los Rom está asociada a una forma de vida en la cual no se concibe un asentamiento permanente sino esporádico, en la medida en que van de un lugar a otro como individuos y como grupo familiar o *Kumpania*. En estos lugares, a los que van y llegan, en lo posible, tienen contacto con otros miembros de su grupo y además ejercen sus oficios y actividades comerciales.

Según datos de los listados censales reportados por las autoridades gitanas al Ministerio del Interior con corte a febrero de 2019, se reconocen 1.149 gitanos y 10 Kumpañy ubicadas principalmente en las ciudades de Bogotá (367 personas), Sahagún (81), Sampués (89), San Pelayo (44), Sabanalarga (53), Envigado (27), Pasto (39), Tolima (50), Girón (262) y Cúcuta (137). Así mismo hay presencia de esta población en los municipios de Cereté, Ciénaga de Oro, Sahagún, San Pelayo, Sampués, Sabanalarga, Angostura, Envigado, Convención, Pasto, Ataco, Ibagué, Prado, Saldaña, Bucaramanga, Floridablanca, Girón y Cúcuta.

Continuación resolución “Por el cual se adopta el componente para el Pueblo Rom del capítulo étnico como parte del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y se establecen directrices para su implementación”

4.2. Características de la estructura de la población Rom o Gitana

La pirámide de la población Rom según datos del censo 2005, tiene una distribución diferente a la de la población general. Muestra un estrechamiento en lo que corresponde a los menores de 15 años, una mayor proporción de población en el grupo de 20 a 24 años y faltantes de población particularmente en el grupo de 25 a 34 años. Esto probablemente debido al descenso de sus tasas de natalidad y mortalidad.

Así mismo, muestra un proceso de envejecimiento mayor al de la población general, pues cuenta con un menor porcentaje de población entre 0 y 14 años (24,7%) y con un mayor porcentaje de población entre 15 a 64 (69,7%), en comparación con los porcentajes presentados por la población general para este mismo periodo correspondientes al 30.7% y 63% respectivamente.

La distribución por sexo entre hombres y mujeres para la población general y el pueblo Rom señala oscilaciones en aproximadamente tres puntos porcentuales; así, el porcentaje de población masculina Rom es de 52.4% mientras que el de la población general es de 49%.

Para el 2005, por cada 100 mujeres en edad fértil había 36 menores de 5 años en la población general y 24 en la población Rom, datos indicativos de una mayor fecundidad en la población general. A su vez, la población menor de 15 años es de 30.7% en la población general, 6.02 puntos porcentuales mayor que en la población Rom. La población mayor de 65 años representa el 8,98% en la población general y el 8,46% en la población Rom.

La estructura de población por edad muestra que para los Rom la población infantil juvenil (entre 0 a 19 años) representa el 31,9% (1.598 personas) del total, la población joven (entre 20 a 29 años) representan el 19% (922 personas), y la población de 30 años y más, constituyen el 46,9% (2.337 personas). Para el pueblo gitano la vida adulta comienza antes que para la población general, dado que los vínculos matrimoniales se dan en edades entre los 14 y 18 años (Gómez Baos, 2010, pág. 46).

Para este mismo año, de 100 personas Rom entre los 15 a 64 años, había 43.53 personas menores de 15 años o de 65 años y más (dependientes), mientras que para la población general este grupo poblacional fue de 58.84 personas, lo cual indica mayor grado de dependencia demográfica en la población general.

El índice de Friz es superior en la población general (153) respecto a la población Rom (105); no obstante, la población étnica y general de Colombia es considerada una población joven.

4.3. Contexto social, cultural y económico

Los Rom poseen particularidades lingüísticas ya que tienen su propio idioma, el cual es conocido como *rromani* o *romanes* o *shirromani* y es clasificado como perteneciente a las lenguas indoeuropeas⁴. Los Rom en Colombia también son bilingües dado que la comunicación con los no gitanos se da en español.

En la cosmovisión del pueblo Rom, un aspecto fundamental es la importancia central que tiene el aquí y el ahora; igualmente, la itinerancia que practican de manera continua está asociada con concepciones propias de libertad y de la vivencia del presente.

La organización social Rom está fundada en la existencia de grupos patrilineales y patrilocales (patrigrupos). Es decir que hay descendencia y pertenencia por línea paterna por la vía del *Seró Rom* (padre cabeza de familia) a la vez que hay pautas de asentamiento en o de manera cercana al grupo paterno del hombre.

⁴La información sobre la lingüística, organización social y política, es redactada, básicamente, a partir de lo señalado de los textos de Gómez 2010; Gómez, Gamboa y Paternina 2000 y PRO-ROM 2007. Estos documentos se encuentran reseñados en la bibliografía.

Continuación resolución “Por el cual se adopta el componente para el Pueblo Rom del capítulo étnico como parte del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y se establecen directrices para su implementación”

Los patrigrupos o grupos patrilineales se organizan de manera más amplia en comunidades que se denominan *Kumpaňy*. La “*Kumpania (Kumpaňy plural): es el conjunto de grupos familiares configurados patrilinealmente (patrigrupos), que a partir de alianzas de diverso orden optan por compartir espacios para vivir cerca o para itinerar de manera conjunta*”⁵.

La autoridad a nivel de la *Kumpaňy* es desempeñada por el *Sero Rom*, que es dentro del sistema patrilineal, el padre cabeza de la familia. El “*Sero Rom (Sere Rromengue Plural), es el hombre casado, con hijos, sobre el cual por su prestigio, conocimiento de la tradición, capacidad de construir consensos, habilidad en la palabra, recae la autoridad de un determinado patrigrupo o grupo familiar extenso*”⁶.

Cuentan con un sistema de justicia denominado con el nombre de *Kriss*, definido en el Decreto 2957 de 2010 (Decreto 1066) como: “*Tribunal en el que se reúnen los gitanos mayores (Seré Rromengue) de determinada Kumpania con el propósito de resolver una controversia y tratar asuntos internos*”⁷ y la “*Kriss Rromani: como “el sistema propio del grupo étnico Rom o Gitano, el cual está compuesto por una serie de normas y valores culturales que todos los miembros del grupo étnico tienen el deber de acatar y cumplir*”⁸.

Un espacio de relación propia es conocido como “*Pachiva*”, momento vital de interacción de la cultura Rom que permite la integración familiar, el reencuentro con una tradición muy antigua y la expresión cultural de roles masculinos y femeninos.

Las prácticas productivas de las cuales los Rom derivan en buena medida su subsistencia, son los trabajos en metal, en cuero, la elaboración de artesanías, compra y venta de caballos, la reparación mecánica y el negocio automotriz; además llevan a cabo actividades asociadas al comercio itinerante de una ciudad a otra y el trabajo informal; igualmente está la lectura de la *buenaventuranza* que ejercen las mujeres. (DNP, 2010)

Existen vacíos de información estadística que den un panorama detallado de la situación socioeconómica, tanto a nivel nacional como en las entidades territoriales en los cuales habita la población Rom. Sin embargo, se encuentra alguna información sobre la situación socioeconómica de los Rom en la ciudad de Bogotá. Entre otros asuntos, se tiene:

El analfabetismo es mayor entre los Rom, pues el 3.9% de estos no saben leer ni escribir, mientras que en los indígenas es de 1.8% y en los afrodescendientes es del 2.6% y a nivel general es de 1.4%; la participación de la población Rom como estudiantes es menor, pues sólo el 7.1% lo hacen, mientras que para los indígenas es del 21.5% y los afrodescendientes el 27.2% y el total en Bogotá es de 30.5%; así mismo, los Rom cuentan con los menores niveles educativos (para 18 años y más) pues no tienen ningún grado escolar el 16.5%, mientras que para los indígenas es de 6.3%, para los Afrodescendientes es de 2.7% y a nivel general es de 2.4%; en cuanto al promedio, los Rom alcanzan 6 años de educación, los indígenas 8.3 y los afrodescendientes 10.1; “*en síntesis el pueblo rom es la minoría étnica con el menor capital escolar en Bogotá*” (Fernando Urrea & Carlos Viáfara, 2016).

En lo que se refiere al mercado de trabajo, se encuentra que los que menos participan de un contrato de trabajo son los Rom, pues sólo lo tiene un 13.8%, mientras que en los afros lo tiene un 77.5%, en los indígenas un 78% y a nivel general un 84.7%. “*Los datos anteriores permiten colocar la hipótesis de que el pueblo Rom en Bogotá se concentra en empleos informales sin contrato de trabajo, seguramente en los cuales juega un papel más importante las redes familiares y de amistad dentro de la propia comunidad gitana*” (Fernando Urrea & Carlos Viáfara, 2016).

⁵Decreto 2957 de 2010. Literal a, numeral 2, Artículo 4. Art. 2.5.2.1.4 del Decreto 1066

⁶Ibidem. Literal d, numeral 2, Artículo 4. Art. 2.5.2.1.4 del Decreto 1066

⁷Ibidem. Literal b, numeral 2, Artículo 4. Art. 2.5.2.1.4 del Decreto 1066

⁸ Ibidem. Literal c, numeral 2, Artículo 4. Art. 2.5.2.1.4 del Decreto 1066

Continuación resolución “Por el cual se adopta el componente para el Pueblo Rom del capítulo étnico como parte del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y se establecen directrices para su implementación”

Respecto de las percepciones de pobreza y de condiciones del hogar, se señala en el documento en referencia que: “... el 80.9% de los Rom consideran que los ingresos les alcanza apenas para cubrir los gastos mínimos, frente al 58.1% de los afrodescendientes y el 49.9% de los indígenas. Para el total de Bogotá este porcentaje es 59.9%. Entre las tres minorías étnicas los Rom tienen la menor proporción de personas que por falta de ingreso no consumió al menos una de las tres comidas con el 7.4%, mientras los afrodescendientes alcanzaron el 9.4% y los indígenas el 12.4%, y para el total de Bogotá fue el 5.1%” (Fernando Urrea & Carlos Viáfara, 2016).

Sobre la percepción de pobreza entre los gitanos, puede incidir sus formas culturales de manifestar su condición, pues llama la atención que es menor el porcentaje que se considera pobre, pero a la vez es alto el porcentaje que manifiesta que los ingresos no les alcanza.

No obstante, para los Rom los criterios de medición de las condiciones socioeconómicas, en particular los criterios y estándares consignados en la encuesta SISBEN⁹ “son extremadamente rígidos ya que se han elaborado pensando fundamentalmente en la sociedad mayoritaria, que es ante todo una sociedad sedentarizada y sedentaria; además, consideran que no recoge elementos de la diversidad étnica y cultural ni mucho menos procura valorar la interculturalidad que se escenifica en muchos lugares del país” (Social & PROROM, 2014). Así, la ausencia de “criterios culturales derivados fundamentalmente de la tradición nómada, que hace que, por razones de prestigio, de estatus, de alianzas claniles, de conflictos intraétnicos, haya que acudir a diversas estrategias que terminan por ocultar la verdadera situación socioeconómica de los Rom”, limita el conocimiento real de esta situación.

En cuanto hace a la percepción de discriminación, se señala que “El 28.1% de los gitanos experimentó discriminación por raza en Bogotá y el 51.3% observó episodios de este tipo”. (Fernando Urrea & Carlos Viáfara, 2016).¹⁰

El pueblo Rom, la salud y la enfermedad

Para el pueblo Rom, se señala que la salud está ligada a “las relaciones sociales y a las relaciones que los seres humanos establecen con los ecosistemas en donde habitan o itineran, los conceptos de salud y enfermedad son asuntos que trascienden al ser individual para explicarse desde una perspectiva colectiva y comunitaria (Gómez Baos, 2010, pág. 55).

Asociado con estos conceptos, para los miembros de las diferentes *Kumpa*ñy del país, la salud incluye aspectos relacionados con una vida digna, trabajo, vivienda, atención sanitaria, bienestar para la comunidad, unión familiar, buena alimentación, seguridad y ambiente sano, buen comportamiento, posibilidades de compartir con su grupo y acatamiento de disposiciones del derecho propio y en general de los usos y costumbres, según pautas socioculturales del grupo. Así, la enfermedad más allá de considerarse como una disfuncionalidad fisio-patológica, es concebida como la ruptura del equilibrio eco-socio-ambiental que debe caracterizar la vida del grupo (*Rigate*). Para los gitanos, enfermarse implica el haber infringido los códigos de la convivencia étnica y cultural del grupo, y también lo relativo a las reglas del *marimé* que preservan la separación de lo puro e impuro en las diferentes manifestaciones de la vida (Paternina Espinosa, 2001, pág. 275).

Sobre este mismo aspecto, se tiene que “entre los mecanismos de control social que contribuyen a aislar y a neutralizar los factores de enfermedad o quiebre del orden moral de la sociedad Rom, se destaca el llamado *marimé*, el cual se puede entender como un estado de impureza o contaminación” (Gómez Baos, 2010, pág. 52).

Lo anterior reafirma que para los gitanos, la enfermedad “...no es un hecho aislado, es decir, del individuo, sino que ella tiene una dimensión social... además de ser un hecho biológico es de

⁹ Sistema de identificación y clasificación de potenciales beneficiarios para programas sociales.

¹⁰ Del texto referido, los datos estadísticos y las citas son tomadas del Capítulo 12, Págs. 217 a 230. Debe señalarse que esta información surge del cruce de información obtenida en la Encuesta Multipropósito Bogotá 2014 y de una encuesta hecha por el Centro Nacional de Consultoría en el mismo año.

Continuación resolución "Por el cual se adopta el componente para el Pueblo Rom del capítulo étnico como parte del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y se establecen directrices para su implementación"

igual modo algo simbólico... la enfermedad se constituye en una amenaza para el cuerpo social y el cuerpo político de la kumpania" (Paternina Espinosa, 2001, pág. 285).

Más allá de estos elementos propios respecto de la salud y la enfermedad, un segundo aspecto que se relaciona con la situación de salud del pueblo Rom, es la que tiene que ver con el hecho de que la pertenencia étnica constituye un determinante estructural que incide en la existencia de inequidades, entre otros aspectos en lo económico y social, con impacto en las condiciones de vida y en las condiciones de salud.

4.4. Perfil de morbilidad y mortalidad

Mortalidad

Entre el 2008 y 2017 se registraron 2.484.107 defunciones con un promedio anual de 248.411. Del total de estos registros del nivel nacional, el 5,9% (146.431) incluía la variable étnica; de estos, el 1.6% (2.343) correspondió a la población Rom.

Según la lista corta 6/67 propuesta por la OPS, la cual agrupa los diagnósticos de la décima Clasificación Internacional de Enfermedades en seis grupos de causas de muerte, la principal causa de muerte en la población Rom corresponde al grupo de las demás causas que aportó el 25.27% (592) de las muertes del periodo 2008 – 2017. Este grupo incluye, entre otras, las deficiencias y anemias nutricionales, enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores y diabetes mellitus.

En segundo lugar, estuvo el grupo de enfermedades del sistema circulatorio, dentro del cual están las enfermedades sistémicas del corazón, cerebrovasculares e hipertensivas, aportando el 22.15% (519). En tercer lugar, se detectó el grupo de las causas externas, dentro del cual se destacan los homicidios, accidentes de transporte terrestre y los suicidios, grupo que aportó el 19.50% (457) de la mortalidad. El grupo de neoplasias ocupó el cuarto lugar con un 18.91% (443) de las defunciones.

En quinto lugar, estuvo el grupo de las enfermedades transmisibles, que incluye infecciones respiratorias agudas, enfermedades infecciosas intestinales y tuberculosis, aportando un 8.19% (192) de la mortalidad. Los grupos de signos y síntomas mal definidos y afecciones del periodo perinatal ocuparon los últimos lugares, causando el 3.71% (87) y 2.26% (53) de las muertes del periodo.

Con respecto a la mortalidad materna, la razón de mortalidad materna presentó un pico en el año 2011 alcanzando valores de 2.325,5 muertes por cada 100.000 nacidos vivos. Para 2014, la razón de mortalidad disminuyó a 1.333,33 muertes por cada 100.000 nacidos vivos. En el periodo 2015 a 2017, no se registraron muertes para esta población. Es de anotar, que el indicador para la población Rom puede estar influenciado por el bajo denominador del indicador que hace que una muerte sea de gran representatividad.

En cuanto a la mortalidad neonatal, los registros muestran que las tasas de mortalidad neonatal en la población Rom, presentaron el pico más alto en el 2014, alcanzando 146.67 muertes por 1.000 nacidos vivos y en los años posteriores se ha presentado una disminución del indicador, presentando 5.88 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en el 2017. Por su parte, la mortalidad en menores de un año ha presentado un comportamiento variable, registrando en el 2014 la tasa más alta con 160 muertes por cada 1.000 nacidos vivos. Es importante destacar que al igual que el indicador de mortalidad materna, el valor de estos indicadores puede estar influenciado por el bajo denominador poblacional.

Morbilidad atendida

Para el periodo comprendido entre el 2009 y 2018, los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) muestran que en el país se atendieron 1.132.429 personas pertenecientes a algún grupo étnico y se prestaron 13.405.240 atenciones a este sector poblacional. Del total de

Continuación resolución “Por el cual se adopta el componente para el Pueblo Rom del capítulo étnico como parte del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y se establecen directrices para su implementación”

estos registros, el porcentaje de personas atendidas y de atenciones prestadas en la población Rom corresponde a un 0.22% (2.534) y 0.2% (26.546) respectivamente.

En la población Rom, el 58,32% (15.481) de las atenciones se prestó por enfermedades no transmisibles con una razón de 8 por persona, seguidas de los signos y síntomas mal definidos a las que se atribuyó el 16,35% (4.340) de las atenciones para una razón de 3 por persona. En tercer lugar, las condiciones transmisibles y nutricionales generaron el 14,83% (3.938) de las atenciones y tuvieron una relación de 3 por persona. Las lesiones causaron el 6,97% (1.849) de las atenciones con una razón de 3 por persona. Finalmente, las condiciones maternas perinatales causaron el 3,53% (938) de las atenciones, con una razón de 4 por persona.

Con respecto al tipo de atenciones prestadas a la población Rom para este mismo periodo, los RIPS muestran que el 92.64% (24.592) de las atenciones se prestaron en consulta externa, el 4.87% (1.294) en urgencias y el 2.49% (660) en hospitalización.

4.5. Respuestas del Sistema de Salud a las condiciones de salud

La Base de Datos Única de Afiliados - BDUA muestra que para marzo de 2019 se cuenta con un total de 2.026 gitanos afiliados al SGSSS. Esta afiliación corresponde en su totalidad al régimen subsidiado. La distribución por aseguradoras muestra que Coomeva EPS concentra el 59.18% (1.199) de población Rom afiliada, seguida de Capital Salud y Savia Salud EPS con un 9.18% (186) de afiliados cada una.

Para la prestación de servicios de salud, no existe en Colombia una diferenciación en la red prestadora para la población gitana, pues la red a la cual asisten es compartida con la población general del país. Para lo corrido del 201911, el país contó con 53.196 instituciones habilitadas. De estas, el 97,8% (52.052) son de naturaleza privada, el 2,1% (1.109) pública y el 0,1% restante (35) de naturaleza mixta.

4.6. Contexto por dimensiones del PDSP

El abordaje para el diagnóstico que aquí se presenta, se realiza y ordena a partir de las dimensiones definidas en el PDSP. No obstante, dada la falta de disponibilidad de estudios o fuentes sistemáticas de información en el país que den cuenta de la especificidad de la situación de salud del pueblo gitano, se ha incorporado, información derivada de fuentes secundarias y primarias. Al abordar cada una de las dimensiones, se procura incorporar elementos asociados a la visión de salud y enfermedad desde lo propio de los Rom y miradas desde lo occidental, con el fin de tener elementos de caracterización con enfoque diferencial. A continuación, se muestran los resultados obtenidos:

4.6.1. Dimensión de Salud Ambiental

La falta de acceso a agua potable, la restricción de gobiernos locales sobre la disposición de “carpas” en el espacio público, la dinámica urbanizadora del país, y la presión sobre el suelo urbano (Prorom de Colombia, 2001, pág. 60) son considerados factores que afectan el estado de salud y bien-estar del pueblo Rom.

La vivienda es considerada como uno de los problemas que afecta al pueblo gitano (Cultura & Gómez Bahos, 2009, pág. 23) dado que el reemplazo de las carpas por viviendas, redujo en gran parte, el sentido móvil y expansivo de éstas, afectando el bienestar cotidiano y confinándolos a interactuar en un espacio limitado y en lugares fijos que afectan la visión móvil a la que aludía la carpa (DNP, 1999, pág. 17). “Entre 1969 y 1973 los Rom de Colombia abandonaron las carpas y campamentos para ubicarse en las casas de barrios populares, dando así, un salto cualitativamente diferente a su particular estilo de vida” (Bereményi, 2007, pág. 339).

11 Según consulta realizada en https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/consultas/habilitados_reps.aspx el 11 de Abril de 2019.

Continuación resolución "Por el cual se adopta el componente para el Pueblo Rom del capítulo étnico como parte del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y se establecen directrices para su implementación"

En consecuencia, los gitanos son una población principalmente urbana que se encuentran distribuidos en *Kumpaño*, asentadas en barrios o dispersas por familias entre las casas de los habitantes no Rom en los sectores populares de las ciudades (UARIV, S/f, pág. 4). En lo concerniente a la posesión, de manera general:

"la población gitana no tiene vivienda propia, en su mayoría viven en condición de inquilinos pagando arriendo. En muchos casos existe hacinamiento ya que las familias extensas habitan una misma vivienda. De otro lado, los planes de vivienda llamados de interés social no son accesibles para esta población, no sólo por cuestiones económicas, sino porque los actuales planes no atienden los parámetros de ocupación espacial tradicionales de este pueblo" (PNUD & Bocanegra, pág. 54).

El abandono de las carpas incidió en la vida en comunidad de los gitanos, dado que la estructura de las viviendas y su naturaleza cerrada restringe el compartir cotidiano de las familias que conforman la *kumpania*.

"Es así que el abandono de los campamentos y el uso de viviendas derivó en relaciones que prácticamente se limitan a quienes hacen parte del núcleo familiar, alterando de manera fundamental las tradicionales formas de relación entre los miembros de la kumpania". (PNUD & Bocanegra, pág. 53).

Dadas las particularidades culturales respecto a la itinerancia, se considera que las actuales condiciones de vida les ha restringido su movilidad, su ámbito de libertad y sus posibilidades de relación con diversidades espaciales y el encuentro de nuevos lugares, lo que afecta su posibilidad de disfrute del espacio, el intercambio y la socialización con otros sectores de su mismo grupo.

Otras condiciones adversas percibidas por la población Rom, son la deficiencia en la prestación de servicios públicos, en especial del servicio de alcantarillado, la deficiencia en el manejo de los residuos sólidos, la contaminación ambiental y del aire y la precariedad de entornos, en particular, el mal estado de la malla vial. Estas situaciones, a su vez, son compartidas con la sociedad mayoritaria existente en los lugares de ubicación de los Rom.

4.6.2. Dimensión Vida Saludable y Enfermedades No transmisibles

Las enfermedades no transmisibles representan la mayor carga de enfermedad en países industrializados y son un problema de alto crecimiento en países en vías de desarrollo, muestra de ello es que en la mayor parte del mundo desarrollado, tres de cada cuatro muertes están asociadas a enfermedades cardiovasculares, cáncer, accidentes y otras enfermedades tales como diabetes, hipertensión, enfermedad respiratoria crónica (Ministerio de salud de la Pcia de Buenos Aires, s/f, pág. 19).

Según estudios sobre la población gitana en Colombia:

"algunas enfermedades que padecen los Rom tienen que ver con sus hábitos de vida. Entre los Rom, por ejemplo, hay un alto consumo de carne y las comidas suelen contener un alto contenido de aceite, especialmente porque gustan de los alimentos fritos. Entre las carnes favoritas que consumen, la carne de cerdo aparece en varios platos de su gastronomía. Las alubias no son parte de la predilección y las ensaladas poco cuentan en su dieta. Entre los hombres el consumo de tabaco es muy notorio desde temprana edad". (Paternina Espinosa, El proceso organizativo del pueblo Rom (Gitano) de Colombia (ProRom): de la auto-invisibilidad como estrategia de resistencia étnica y cultural, a la visibilización como mecanismo del reconocimiento de derechos económicos, sociales, políticos y culturales, 2013, pág. 330).

Así, los problemas cardiovasculares están asociados por la población gitana, al alto consumo de carne de cerdo en la dieta básica, al uso cotidiano del tabaco, al consumo frecuente de alcohol y a otras actividades del mismo tipo (Gómez Baos, 2010, pág. 57). Al respecto, se encuentran manifestaciones de gitanos tales como:

Continuación resolución "Por el cual se adopta el componente para el Pueblo Rom del capítulo étnico como parte del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y se establecen directrices para su implementación"

"...Nuestra comida es a base de cerdo por lo tanto los viejos padecen de problemas cardiovasculares...", "...En nuestra canasta familiar no hay fruta y verdura por nuestros recursos económicos...", "...Se consume demasiado alcohol en nuestra comunidad...", "...Existen personas con alta tensión, colesterol, ácido úrico y enfermedades respiratorias debido a la alimentación de fritos, harinas, gaseosas y comida chatarra..."

Fumar es una práctica recurrente en esta población y se asocia a la costumbre de los pueblos gitanos de empezar el consumo de tabaco desde muy temprana edad y con una habitualidad mayor frente al resto de la sociedad¹². Esta situación es manifestada de igual forma por miembros de Kumpaño del país, quienes indican que:

"...Los gitanos por tradición consumen mucho cigarrillo...", "...La gran mayoría de los gitanos empieza a fumar a los 11 años y eso es tremendamente malo para la salud bucal, de los pulmones...", "...Se consume demasiado tabaco y alcohol..."

En todos los casos se argumenta que esta práctica es alta y que ha incidido en las enfermedades asociadas al tabaquismo. Sumado a lo anterior, la población gitana relaciona el sedentarismo con la falta de espacios deportivos que faciliten el ejercicio en los miembros de sus comunidades, lo cual es referido así:

"...No realizamos ningún tipo de ejercicios porque no tenemos ninguna infraestructura ni ningunos programas que nos facilitan el acceso al deporte...", "...No hay un espacio para el ejercicio para los gitanos principalmente para las mujeres que somos muy reservadas...", "...Falta de un lugar para ejercitarnos y recrearnos..."

Finalmente, aunque con menor frecuencia, la población gitana expresa la ausencia de programas que permitan mejorar su salud visual, bucal y auditiva. Ratifican esta situación, manifestaciones como:

"No hay cuidado de la salud visual bucal y auditiva", "No hay control y prevención para tener una buena salud visual, bucal y auditiva", "Ausencia de estrategias para prevenir enfermedades que no se transmiten – enfermedades visuales, auditivas y bucales", "Problemas en la salud visual en los abuelitos por que las consultas especializadas demoran"

4.6.3. Dimensión Convivencia Social y Salud Mental

La discriminación social es la problemática más referida por las kumpaño del país, según la información recolectada en los encuentros. Esta situación ha sido histórica en contra del pueblo Rom. *"No solo sólo eran la minoría entre las minorías de Colombia, cosa que lo siguen siendo, sino la etnia más invisibilizada de todas cuanto existían y existen en el país"* (Becerra & Martín, 2010, pág. 97).

Parte del imaginario social general referencia a los gitanos como "embaucadores" y provistos de un misticismo que genera miedo, rechazo y desconfianza. Este aspecto, asociado a estereotipos negativos y con una fuerte carga de discriminación, se manifestó como recurrente y causa de afectaciones integrales en sus condiciones de vida y de salud.

La discriminación por parte de otros sectores poblacionales, en especial por parte de miembros de la sociedad mayoritaria, a que se han visto sometidas las personas del pueblo Rom, es un factor de impacto negativo en la convivencia social dado el marginamiento y la restricción al acceso y realización de derechos. De ahí que el pueblo gitano, como estrategia de pervivencia, durante mucho tiempo ha mantenido un importante distanciamiento respecto de la sociedad general (Bodnar, El pueblo Rom (Gitano) en Colombia. Historia migratoria, presencia actual y caracterización cultural., 2008, pág. 120) (Bodnar & Ruiz, 2008, págs. 115-137). En este sentido, se puede señalar que la discriminación se convierte en un determinante social de la salud de alto

¹² Según lo expresado por la Fundación Secretariado Gitano en España.

Continuación resolución “Por el cual se adopta el componente para el Pueblo Rom del capítulo étnico como parte del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y se establecen directrices para su implementación”

impacto para el pueblo Rom y que tiene un carácter transversal a muchos aspectos de la vida de este pueblo.

Esta situación de discriminación en los centros de salud, en la vía pública, así como en colegios afecta no solo su integridad como grupo étnico sino que influye en las relaciones sociales y comerciales que llevan a cabo en su cotidianidad. Así mismo, el uso de su lengua propia y el uso de vestidos y alhajas tradicionales en el caso de las mujeres, es objeto de rechazo por los *gadzhé* (*no gitanos*), según manifestaciones de miembros de diferentes *Kumpaňy*.

Según resultados del informe sobre “Grupos étnicos en Bogotá – Gitanos Rom”, el 60% de los encuestados refirió haber sido víctima de conductas o actos de discriminación racial en la calle, 35% en los centros comerciales; 26% en el barrio, 23% en hospitales y clínicas, 23% en supermercados, 19% en parques o lugares de esparcimiento y 12% en colegios y/o universidades. Solo el 7% de las personas denunció el acto de discriminación racial del que fue víctima. El 93% restante no denunció el hecho porque sentía que no lo iban a escuchar, 35% no le pareció importante, 18% le dio pereza y el 3% lo amenazaron si realizaban la denuncia (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2011, pág. 61 y 62).

Sobre la discriminación en entidades educativas, todas las *Kumpaňy* coinciden en que la falta de educación propia, el matoneo a niñas y niños por ser gitanos, así como del desconocimiento y los marcados estereotipos que se asocian al ser Rom, inciden en lo que tiene que ver con esta dimensión.

"Los gitanos comparten un sistema de valores donde se expresa en parte su necesidad de asumir la vida con libertad y que en términos concretos los lleva a despreocuparse por asuntos como la acumulación de bienes y ganancias desvirtuando el acento que la sociedad mayoritaria pone sobre estas cuestiones. Esta distancia de valores en la práctica ha sido fuente de ideas discriminadoras contra el pueblo gitano que es en ocasiones identificado por la sociedad mayoritaria como personas perezosas, desorganizadas, poco fiables y mentirosas, pensamientos que nacen de un acercamiento superficial a los valores Gitanos" (Mateus Arbeláez, 2010).

El hecho de no contar con un espacio amplio y abierto para sus eventos culturales (fiestas, reuniones), momentos de interacción entre niños, jóvenes y personas mayores (diálogo intergeneracional) o reuniones de la *kriss romani*, ha generado preocupación al interior del pueblo Rom, pues afecta las dinámicas de relacionamiento y los entornos de convivencia. Además, los sitios que logran conseguir como vivienda, por su presupuesto económico o contexto territorial, no reúne las condiciones necesarias para sus manifestaciones culturales. Al respecto, de lo manifestado por los Rom en los diferentes encuentros realizados, se destaca:

"Tener un espacio en común donde podamos dialogar, debatir a partir de las diferencias, nuestros acuerdos y con ello propiciar un ambiente de sana convivencia" "No contamos con un espacio donde nosotros podamos celebrar nuestros eventos para así prolongar nuestra cultura".

Para el pueblo Rom, las dinámicas al interior de las *kumpaňy* son tan importantes como las relaciones sociales que puedan construir fuera de esta: *"Aparte de las relaciones intensas mantenidas entre la red de hogares Rom, los hombres, las mujeres, los niños y las niñas Rom viven una vida integral del barrio, entablan relaciones vecinales, utilizan los espacios públicos y son usuarios de los servicios del sector"* (De Colombia PRORROM & P.R.G, 2009, pág. 65).

Dentro de los factores de convivencia y de comportamiento en el ámbito cultural, se presentan situaciones que tienen influencia en el estado de salud y en las condiciones de vida; es así como se plantea que *"En la Kumpania jurar es algo muy sagrado y afecta a toda la familia, cuando echan a alguno maldiciones que se llaman ambrayá pues eso se sabe, vienen enfermedades, muertes, por todo ese conflicto"* (PROROM, 2007, pág. 22).

Así, en el ámbito cultural del pueblo Rom, se encuentra el llamado “pagar la pena” o “pagar el honor”: Se establece un pacto entre el futuro yerno y los suegros. Precisamente muchos de los conflictos que se presentan al interior de las *kumpaňy* son por el incumplimiento de dicho pacto.

Continuación resolución "Por el cual se adopta el componente para el Pueblo Rom del capítulo étnico como parte del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y se establecen directrices para su implementación"

"En Colombia, los principales conflictos surgen por deudas, incumplimiento de lo pactado, deudas de honor, es decir, como consecuencia de la alta valoración que tiene la virginidad de la novia antes de la boda" (Fajardo, 2000, pág. 152).

De otra parte, el conflicto armado en el país, restringió la movilidad que para el pueblo Rom es sinónimo de salud en tanto se concibe como la "capacidad de transitar, moverse, trasladarse; sin este elemento *los Rom se enferman con más frecuencia*" (Gómez y Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, 2011: 5). La enfermedad se produce entonces, ante la ausencia de movilidad de acuerdo a su cultura. A esta situación se le suma la percepción generalizada del pueblo Rom de ser sujetos de "persecución", especialmente las mujeres, pues como es referido en los encuentros, las mujeres son consideradas "*Brujas, hechiceras*".

En cuanto al consumo de sustancias psicoactivas, la población gitana refiere que este es un problema de la sociedad mayoritaria, no reconoce como problemática en salud la presencia de casos de drogadicción en su comunidad.

Finalmente, aunque el pueblo Rom no manifestó de manera explícita la presencia de enfermedades mentales, estas, según estudios de este, "*son consideradas como enfermedades propias y se asocian con una mala acción, con algo marimé*" (Paternina Espinosa, 2001, pág. 332).

4.6.4. Dimensión Nutrición y Seguridad Alimentaria

Según el Plan Nacional de Seguridad Alimentaria 2012-2019:

"No existen aún en el país estudios o fuentes sistemáticas de información. Puede conjeturarse, sin embargo, la existencia de privaciones en disponibilidad y acceso a alimentos, correlacionadas con las pautas de asentamiento de las Kumpaño y la informalidad de las principales actividades económicas de esta población (artesanía y comercio). Condiciones en las cuales el acceso a alimentos depende de ingresos monetarios, que no son regulares y pueden ser insuficientes para adquirir una canasta básica" (CISAN, 2015, pág. 28).

La situación de seguridad alimentaria y nutricional del pueblo gitano guarda relación con la precarización económica que restringe su alimentación diaria. El déficit alimentario se debe principalmente a la falta de recursos económicos, lo cual incide en la presencia de problemas de salud en las vías digestivas, gastritis, úlcera, debilidad y otros por la falta de ingesta de alimentos a horas (Gómez Baos, 2010, pág. 60).

Según el censo del 2005, el 14.6% (703) de la población Rom contestó de manera afirmativa la siguiente pregunta: "*¿Por falta de dinero, (...) no consumió ninguna de las tres comidas básicas (desayuno, almuerzo, comida), uno o más días de la semana?*". En contraste, el 6.1% de la población sin pertenencia étnica contestó afirmativamente esta pregunta, lo cual muestra que la población gitana supera en 8.5 puntos porcentuales el número de personas que no tienen dinero con que solventar lo relativo a la alimentación diaria (Paternina Espinosa, El proceso organizativo del pueblo Rom (Gitano) de Colombia (ProRom): de la auto-invisibilidad como estrategia de resistencia étnica y cultural, a la visibilización como mecanismo del reconocimiento de derechos económicos, sociales, políticos y culturales, 2013, pág. 286).

En concordancia con lo anterior, según los hallazgos derivados de los encuentros con las Kumpaño sobre las necesidades percibidas en salud, la situación alimentaria y nutricional de los gitanos se relaciona principalmente con la falta de ingresos para acceder de manera regular a alimentos, así como con la falta de acceso a programas de asistencia alimentaria, la pérdida de su identidad cultural, la falta de educación en salud alimentaria y nutricional y la carga de enfermedad que se deriva de esta situación.

La población gitana refiere, además, la falta de vinculación a programas de alimentación o de subsidios que les permitan acceder a los alimentos de la canasta básica de una manera balanceada. Esta situación, sumada a la carencia de ingresos económicos, ha llevado a que el

Continuación resolución *"Por el cual se adopta el componente para el Pueblo Rom del capítulo étnico como parte del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y se establecen directrices para su implementación"*

acceso a alimentos sea limitado, restringiendo incluso el consumo de tres comidas diarias. Ratifican lo mencionado, expresiones como:

"...Por escasez de dinero tenemos poca disponibilidad y acceso a alimentos diarios...", "... cuando no se vende no se come...", "...La kumpanya no está incluida en ningún plan de alimentación..."

Con respecto a la carga de enfermedad, en algunas *Kumpany* se refiere la aparición de casos de desnutrición asociados a la falta de consumo de alimentos, pero a su vez se perciben problemas de sobrepeso por una alimentación no balanceada. A continuación, algunas citas de lo referenciado por los Rom:

"...Todos los gitanos no tienen fácil acceso a los alimentos diarios, por lo cual se presentan casos de desnutrición...", "...Casos de desnutrición, hay niños en nuestra comunidad que por falta de recursos económicos no tienen buena alimentación...", "...Existen problemas de sobrepeso dentro de la kumpanya...", "...Hay sobrepeso ... exceso de grasas mucha carne de cerdo, repollo y té con frutas..."

Las preparaciones y platos tradicionales de los gitanos tienen un alto contenido de cerdo, harina y fritos. Históricamente, su cocina tradicional supone preparaciones muy condimentadas y con buenas proporciones de vegetales. *"Las comidas son muy coloridas. La base es carne de cerdo, pimentón, en algunas ocasiones se agrega ají"* (Cultura & Gómez Bahos, 2009, pág. 25). Señalan que es necesario promover la conservación de gastronomía gitana pero además recibir educación en salud para mejorar sus hábitos alimenticios, a través de expresiones como:

"...La canasta alimentaria no responde a las costumbres alimentarias gitanas...", "...No hay prácticas culturales para conservar la cultura Gastronómica Rom...", "...Falta de información de nutrición y desnutrición de acuerdo a lo que consume la población Rom según sus costumbres...", "...No tenemos el conocimiento para alimentarnos sanamente, solo comemos harinas, grasas y cocinamos muy condimentado..."

En relación con la disponibilidad de alimentos, de manera específica se señaló por parte de dos miembros de las *Kumpany*, que no hay centro de acopio de alimentos frescos y que existen dificultades para conseguir alimentos por conflictos en la frontera. Sin embargo, esta situación no fue manifestada de manera mayoritaria por la población Rom del país.

En síntesis, se ha identificado que la población Rom tiene dificultades de acceso a una alimentación saludable, lo cual se asocia con falta de recursos económicos, falta de educación alimentaria y nutricional y pérdida de identidad cultural en sus preparaciones; lo cual ha conllevado a deficiencias nutricionales y al mismo tiempo de exceso de peso.

4.6.5. Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos

Para el pueblo Rom, *"las enfermedades reproductivas y sexuales son temas tabúes que están vedados en las conversaciones cotidianas, pues si se habla de ellas se corre el riesgo de quedar en estado de marimé"*. Así, el abordaje de esta dimensión implica la valoración de manera separada entre hombres y mujeres (Gómez Baos, 2010, pág. 56). Esta situación es planteada por los Rom, como una condición que debe tener en cuenta la institucionalidad al realizar actividades asociadas con esta temática.

Este tabú frente al tema reproductivo incide en la baja demanda de los servicios para la promoción y mantenimiento de la salud sexual y reproductiva, tanto en mujeres como en hombres (Gómez Bahos, 2012, pág. 20). Esta inasistencia a los servicios, está relacionada también con las dificultades de acceso al sistema de salud, lo cual es expresado en los encuentros con el Pueblo Rom:

"Las mujeres no tienen acceso a las mamografías y citologías por no tener acceso al médico", "No estamos incluidas como comunidad en la vacuna de papiloma humano"

Continuación resolución “Por el cual se adopta el componente para el Pueblo Rom del capítulo étnico como parte del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y se establecen directrices para su implementación”

La solicitud hecha por las mujeres gitanas está dada en términos de accesibilidad a los servicios de salud sexual y reproductiva, algunas veces por no estar afiliados al sistema de salud y en otras por la discriminación hacia esta población étnica en los servicios de salud.

Dentro de esta dimensión, los Rom señalan un escaso tratamiento diferencial por género, tal como lo exige su propia cultura. La no atención de profesionales de la salud del mismo sexo, especialmente en las citas médicas individuales, no sólo ha generado desconfianza sino un grado de contaminación (*marimé*) que puede implicar la presencia de enfermedad. Las mujeres del pueblo Rom que participaron en los diálogos de saberes, durante el 2014, reiteradamente refirieron la importancia y necesidad de ser atendidas por mujeres en los servicios de salud: Algunos planteamientos que hacen parte de la percepción frente a la atención en salud:

“es mal visto en la comunidad Rom que una mujer sea atendida por hombres médicos”

“Nosotras las mujeres necesitamos ser atendidas por personal médico femenino y esto no lo tienen en cuenta los médicos al momento de atender la consulta”.

Dentro de los Rom, la mujer no puede tomar decisiones de manera directa. Las decisiones de tipo colectivo más importantes respecto de la familia o el clan son tomadas por las autoridades tradicionales (hombres). En el pueblo Rom el rango de autoridad se otorga primero al hombre y luego a la mujer. Esta situación asociada con las relaciones de poder y de equidad de género es manifestada en la información recolectada en los encuentros, de la siguiente manera:

“entre nosotros las decisiones las toman los hombres mayores y después la contamos a nuestra familia al respecto si están de acuerdo con la decisión tomada. Dentro de la Kumpania gitana siempre se termina respetando al jefe del hogar que siempre será el hombre”.

Estas formas de autoridad también se pueden ver reflejadas en el matrimonio gitano, donde el hombre puede casarse al amparo de la *Kriss Rromaní* con una mujer perteneciente o no perteneciente al pueblo Rom; mientras que la mujer solo puede casarse con un gitano. De desobedecer tal disposición de la *Kriss Rromaní* y casarse con un hombre no Rom, la sanción establecida es la pérdida de su condición de Rromni (Bustamante J. , 2012, pág. 64).

El papel de la mujer al interior de la *Kumpania* está representando en la preservación de los roles sociales, donde la mujer es el pilar de la familia y tiene el papel fundamental de transmitir la cultura a sus hijos.

Con respecto a las diferentes formas de violencia de género en la población Rom, se identificó que para el periodo comprendido entre el 2012 al 2018¹³ se notificaron en el SIVIGILA 2.073 casos sospechosos, de los cuales el 43.9% (910) corresponden a violencia física, el 21.7% (449) a violencia sexual, el 18.4% (381) a violencia psicológica y el 16.1%(333) restante a negligencia y abandono. En su mayoría, los casos sospechosos notificados de violencia física, sexual y psicológica se concentran aproximadamente en un 80% en mujeres, situación contraria a la que se presenta con la violencia por negligencia y abandono cuya proporción es similar para los dos sexos, encontrándose que el 49.5% de los casos se presenta en mujeres y el 50.5% en hombres. Vale la pena mencionar que la información reportada podría reflejar debilidades en la captura de la información de la variable étnica, dado que esta se realiza según autopercepción de pertenencia étnica por parte de la población que demanda los servicios.

Entre los Rom no se conoce casos de VIH-Sida y esto puede deberse al concepto de marimé y a la frontera entre lo puro y lo impuro que establece un miembro de ese pueblo frente a la cultura mayoritaria (Paternina Espinosa, El proceso organizativo del pueblo Rom (Gitano) de Colombia (ProRom): de la auto-invisibilidad como estrategia de resistencia étnica y cultural, a la visibilización como mecanismo del reconocimiento de derechos económicos, sociales, políticos y culturales, 2013, pág. 331). No obstante, según información reportada en el SIVIGILA para el indicador de casos de VIH/SIDA/Mortalidad por SIDA, entre el periodo comprendido entre el 2007 y 2017 se presentaron 5 casos. De igual forma, se destaca que el comportamiento de estos

¹³ La información reportada para el 2018, se presenta con corte a la semana 52.

Continuación resolución “Por el cual se adopta el componente para el Pueblo Rom del capítulo étnico como parte del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y se establecen directrices para su implementación”

indicadores, puede reflejar debilidades en el registro de la morbilidad y mortalidad de la variable étnica.

4.6.6. Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles

En la mayoría de países, la población Rom generalmente vive en asentamientos que se caracterizan por la pobreza, el hacinamiento y viviendas deterioradas y con acceso deficiente a servicios públicos, factores de riesgo conocidos para la aparición y propagación de enfermedades transmisibles y determinantes del estado de bienestar de la población. (Kelly et al., 2010).

En Colombia, la incidencia de enfermedades transmitidas por vectores y la falta de conocimiento sobre programas de vacunación son problemáticas percibidas con frecuencia por el pueblo gitano:

“...Tenemos dentro de la comunidad casos de enfermedad del Dengue y enfermedades respiratorias...”, “...Lo que pasa con la vacunación es que sí nos interesa, pero muchas veces no sabemos cuándo toca vacunarse...”

No obstante, el proceso de sedentarización del pueblo Rom abrió la posibilidad de acercamiento a los servicios de salud, donde las gitanas empezaron a asistir *“para que a sus menores se les aplicara el cuadro de vacunación completo, sobre todo porque para los Rom enfermedades como la poliomielitis y otras provienen del mundo no Rom”* (Paternina Espinosa, El proceso organizativo del pueblo Rom (Gitano) de Colombia (ProRom): de la auto-invisibilidad como estrategia de resistencia étnica y cultural, a la visibilización como mecanismo del reconocimiento de derechos económicos, sociales, políticos y culturales, 2013, pág. 290) .

La participación de los gitanos en los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, es baja, y podría deberse a que la salud no es percibida como una de las necesidades más prioritarias y solo se acude al médico una vez los síntomas son graves o invalidantes (Garijo, Biosca, Pérez-Grueso, & Poveda, 2012).

La asociación de vulnerabilidad para contraer enfermedades con la falta de un enfoque diferencial eficiente y adecuado, es frecuente en los Rom. El padecimiento de enfermedades no sólo implica la afectación de tipo física, sino que trasciende a lo espiritual. Lo limpio (*bushó*) y lo impuro o sucio, en un sentido más amplio, (*marimé*) va más allá de “asear” lo que está “sucio”. De esta forma, el contagio de enfermedades debido a unas malas condiciones presentadas en los entornos o el ambiente, implica una condición de enfermedad espiritual y moralmente para la *Kumpania*. La enfermedad o este tipo de riesgos no afecta sólo a una persona o familia, sino que afecta a toda la *Kumpania* (Gómez Bahos, 2012). En este sentido, este tipo de miedos y de realidades afectan la integridad y bien-estar de toda la *Kumpania*.

La salud en los Rom se vincula a una extremada preocupación por la higiene corporal, especialmente para las mujeres. *“El pelo, por ejemplo, tiene un papel muy sobresaliente en la cultura gitana: un pelo largo, lustroso, abundante y cuidado es uno de los mayores atractivos de un hombre y una mujer gitana”* (Otegui, 2005). Esto, sustentado en los comentarios recolectados: *“...no hemos tenido mayores problemas porque nuestra genética es fuerte y nosotros mantenemos todo muy aseado, nos lavamos las manos...”*.

4.6.7. Salud Pública en Emergencias y Desastres

La capacidad de una persona para hacer frente a los desastres naturales está relacionada con varios factores, incluyendo la magnitud, el momento y la ubicación del impacto, y la eficacia de las acciones individuales de protección emprendidas (Perry & Lindell, 1978).

Para el Pueblo Rom el desconocimiento generalizado sobre qué decisiones tomar y qué acciones implementar en caso de emergencia o desastre es una situación que pone en riesgo su salud y bien-estar. Al respecto, se señaló dentro de lo percibido: *“No tenemos bien claro que hacer en*

Continuación resolución “Por el cual se adopta el componente para el Pueblo Rom del capítulo étnico como parte del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y se establecen directrices para su implementación”

caso de accidente”, “Nunca se nos ha dictado una charla que hacer en caso de accidentes y desastre.”

La importancia que el pueblo Rom le da al hoy y al ahora, puede incidir en la adopción de estrategias encaminadas a salvaguardar y preparar a este grupo ante una emergencia o un desastre. Entre las *Kumpaňy* del país, las preocupaciones manifiestas tienen que ver con las afectaciones causadas por arroyos y el riesgo de desbordamiento, en los casos en que las viviendas se encuentran cerca de la rivera de los ríos. Es de anotar que esta situación afecta principalmente a las *Kumpaňy* ubicadas en la zona norte del país.

En este sentido, el fortalecimiento de programas de educación y de la participación en las actividades de manejo de la prevención y atención de desastres son necesidades percibidas expresas por esta comunidad, en tanto se requiere convocar y capacitar en estos temas a los líderes de las *kumpaňy* para la posterior socialización al interior de las mismas.

Vale la pena mencionar que, pese a lo descrito, es escasa la literatura que dé cuenta de las vulnerabilidades y los riesgos a que está expuesto el pueblo Rom en el país.

4.6.8. Dimensión Salud y Ámbito Laboral

La producción de artesanías, el trabajo con cuero, la aleación y forja de metal, entre otras actividades, han sido parte de la tradición productiva del pueblo Rom; su condición de pueblo itinerante le ha permitido comercializar los productos surgidos de estas labores artesanales: “artesanías funcionales y decorativas de piezas como pailas, ollas, floreros, entre otros” (Cultura & Gómez Bahos, 2009, pág. 21). El trabajo de fundir y forjar y la permanencia de los talleres en los propios hogares o cerca de éstos, en la mayoría de los casos (Gómez, 2014, pág. 58) ha implicado ciertos deterioros en la salud pese a su importancia como oficio.

De acuerdo con la información recolectada en los encuentros con población Rom durante el 2014 y 2017, los gitanos refieren como principales afectaciones en su salud derivadas de su actividad artesanal, las siguientes: Desgaste óseo, deterioro de la visión, quemaduras por el uso de soldaduras y enfermedades respiratorias derivadas del uso de carbón, soda cáustica y ácido muriático. La manipulación y exposición a estas dos últimas sustancias químicas, puede causar irritación y/o quemaduras a las vías respiratorias, piel, ojos y aparato digestivo, con el riesgo de causar daño permanente en la visión (Corponor, 2015).

Tradicionalmente, el pueblo Rom realiza actividades de trabajo con cobre, del que produce una gran gama de utensilios, vasijas y demás piezas decorativas. Esta manipulación también tiene consecuencias en la salud por una exposición intensa de este material con la piel. No obstante, quienes lo manipulan también aseguran que tiene propiedades benéficas que absorben aspectos dañinos en la salud de la persona. A pesar de que el cobre no ha sido clasificado por la EPA¹⁴ como una sustancia carcinógena para el ser humano, *el contacto prologando o exposición a cantidades muy altas de cobre pueden dañar el hígado y los riñones y pueden aún causar la muerte* (CDC; ATSDR, 2017).

La actividad artesanal de aleación y manipulación de metales supone una alta exposición a gases, quemaduras y esquirlas. Estas afectaciones son propias no sólo del uso de diversos materiales, de sustancias químicas corrosivas, sino también del manejo de maquinaria pesada, a la par de una escasa seguridad sobre riesgos laborales.

La población Rom refiere que la práctica de sus actividades artesanales los expone a riesgos por no tener las herramientas propicias y elementos de protección personal. De contar con estos elementos, podrían prevenir los accidentes laborales y enfermedades de origen laboral, entre otros, por levantamiento de objetos pesados, movimientos repetitivos en miembros superiores y cansancio visual o auditivo. No obstante, el *amplio conocimiento de los metales probado de*

¹⁴ EPA: de sus siglas en inglés, Environmental Protection Agency (United States). Agencia para la Protección Ambiental de los Estados Unidos.

Continuación resolución “Por el cual se adopta el componente para el Pueblo Rom del capítulo étnico como parte del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y se establecen directrices para su implementación”

manera milenaria les está posibilitando hoy recrear su itinerancia y matizar su nomadismo en el plano del trabajo (Paternina & Gamboa, 1999, pág. 169)).

Esto, sugiere la necesidad de los Rom de recibir capacitación en equipos de protección individual, seguridad en el trabajo y prevención frente a factores de riesgo en diferentes ámbitos. A su vez, es expresa la solicitud de obtener un seguro para accidentes de trabajo o enfermedades derivadas de su trabajo, así como la afiliación a una Aseguradora de Riesgos Laborales (ARL) para que cubra la póliza en caso de incapacidad y poder compensar los días no laborados. Estudios confirman la necesidad de adoptar medidas preventivas y organizacionales adecuadas para mejorar sus condiciones de trabajo. (Ardila Jaimes & Rodríguez, 2013).

Dado que el tipo de trabajo realizado por los Rom corresponde a una actividad artesanal y su forma de distribución es la economía informal, la ausencia de una pensión, es una preocupación manifiesta por esta población. Esta situación está dada por la limitación de sus ingresos económicos y la imposibilidad de alcanzar a cotizar en un sistema de salud o pensión (Romero, 2009).

Respecto a los ingresos económicos, la situación cada vez se vuelve más compleja para el pueblo Rom, dada la competencia de artículos de metal producidos en serie y a menor precio que circulan en las principales ciudades del país, lo que ha puesto en riesgo la cantidad de ingresos que pueden percibir (Mateus Arbeláez, 2010).

Esto coincide con la información expresada en los encuentros, en los cuales refirieron que su actividad es desarrollada como trabajadores independientes y no les permite vinculación laboral formal. La preocupación en esta población no es solo la forma de conseguir ingresos del día a día, sino la forma de poder pagar una afiliación a salud y pensión. Dadas las condiciones tan exigentes (esfuerzo físico) para realizar su trabajo artesanal, las personas mayores no pueden desempeñar trabajo alguno, generando una inseguridad económica al interior de las *Kumpaňy*, afectando su salud, entre otros, por la inseguridad alimentaria.

Las *Kumpaňy* como forma de organización social, no solo cumplen una función de co-residencia (varias personas se asientan de manera conjunta) o co-circulación (forma de nomadismo circular) sino también cumplen una función de unidad económica. Así, en las *vortechia* se puede dar unión o acuerdo entre dos (2) o más personas o entre dos (2) o más grupos familiares para trabajar en pro de una consecución económica mediante un oficio determinado; funcionando para ello bajo la estructura de unidad económica (Bustamante J. , 2012). De ahí la importancia de poder contar con un espacio propio para realizar todos sus trabajos artesanales y fortalecer el vínculo social que se ha tejido durante generaciones, pero que, por condiciones locativas, les ha impedido la integración social.

Las percepciones en este aspecto, señalan que no solo les es difícil conseguir un lugar donde vivir y al mismo tiempo donde trabajar, sino que las condiciones de estos lugares son inadecuadas para llevar a cabo su actividad artesanal por los espacios reducidos y ubicación de los mismos. La ubicación de un espacio de uso exclusivo para su actividad laboral podría mejorar la situación laboral de las *Kumpaňy*, así como el desempeño de su trabajo de forma segura.

A pesar de las condiciones inadecuadas para vivir y laborar, el pueblo Rom desempeña actividades que le generan ingresos económicos al interior de las viviendas no solo como única alternativa, o por el estigma social sino porque es una forma de enfrentar la persecución de algunas administraciones distritales o municipales como medida de control a las ventas ambulantes. Al respecto se señala:

“Esas actividades económicas informales, predominantes en la mayoría de la población Rom, vienen siendo sistemáticamente perseguidas por las administraciones municipales en desarrollo de sus políticas de control a las ventas ambulantes, causando un gran impacto y deterioro en la calidad de vida de las familias que se quedan gradualmente sin alternativas económicas acordes a sus usos y costumbres” (Dussan & Rodríguez, 2005, p. 186).

Continuación resolución "Por el cual se adopta el componente para el Pueblo Rom del capítulo étnico como parte del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y se establecen directrices para su implementación"

En la dimensión salud y ámbito laboral también se puede identificar la problemática de discriminación hacia este grupo étnico. La quiromancia (interpretación de las líneas de la mano) es una práctica económica que las mujeres Rom han utilizado como medio de ingreso. Cotidianamente se asocia a un gitano o Rom con este procedimiento, pero se ha descontextualizado su significado y se ha cargado de una percepción muy prejuiciosa por parte de los otros grupos sociales (Bustamante J. , 2012).

El estereotipo descrito también ha influido en los inconvenientes en el sector laboral; la desconfianza generada les impide obtener empleos o distribuir con normalidad las mercancías que tradicionalmente han producido. Su forma de producción laboral (por ejemplo, productos artesanales o lectura de la mano) son "confinadas" para ser realizadas en la propia vivienda y no en lugares públicos. *"En sus casas las mujeres se sienten protegidas de esta discriminación y utilizan el voz a voz como principal medio para difundir y promocionar su oficio con la comunidad. Así han generado una clientela que las llama habitualmente para acudir a sus casas"* (Mateus Arbeláez, 2010).

Así como es utilizado el voz a voz para promocionar los oficios en la comunidad, de igual forma, es utilizado para la búsqueda de opciones laborales en el sector económico de la ciudad. Según el informe de "Grupos étnicos en Bogotá – Gitanos Rom", el 90% de los encuestados había conseguido su empleo o trabajo actual pidiendo ayuda a familiares, amigos o colegas. Tan solo el 5% obtuvo una oportunidad laboral por consulta de convocatorias laborales y el 5% por el servicio público de empleo del SENA (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2011, pág. 39). En el mismo informe se menciona que además de recibir el salario mensual, el 89% de los encuestados no recibió ayuda adicional, el 11% recibieron auxilio de transporte en dinero (pág. 40).

4.6.9. Dimensión Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria

Aseguramiento y provisión de servicios de salud. En cuanto a la afiliación al SGSSS, *"según la muestra cocensal realizada simultáneamente con el Censo General 2005, en el pueblo Rom se encontraban afiliadas 5.161 personas, de los cuales más de la mitad de la población estaba vinculada a alguna Entidad Promotora de Salud EPS, el 13% a una Administradora del Régimen Subsidiado ARS, y el 13% no reportaba afiliación"*. (Gómez Baos, 2010, pág. 60). Con corte a marzo de 2019, la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) muestra que la población gitana afiliada al sistema asciende a 2.026 usuarios. Sin embargo, según el reporte de los listados censales remitido por las entidades territoriales, se encuentran reportados 955 usuarios, en el marco de la Resolución 2339 de 2017.

Es de anotar que la variabilidad en los datos reportados para la población gitana con respecto a su estado de afiliación al sistema, pone de manifiesto los requerimientos de evaluación y de seguimiento a la calidad del registro de la variable étnica en los sistemas de información.

Datos del estudio realizado por el Centro Nacional Consultoría sobre el pueblo gitano residente en la ciudad de Bogotá en el 2014, señalan que los Rom tienen menor afiliación en comparación con los demás grupos étnicos, pues el 17,5% de los gitanos no se encuentra afiliado al SGSSS, mientras que el 9% de los afrodescendientes y el 8.9% de los indígenas no cuenta con dicha afiliación. En contraste, el 5.9% de la población sin pertenencia étnica, no está afiliada al sistema. (Urrea Giraldo & Viáfara López, 2016, pág. 220).

Sumado a lo anterior, la población gitana expresa dificultades con relación al acceso a servicios médicos, por cuanto:

"... No hay una atención médica oportuna para los gitanos...", "...los centros de salud que atienden a la población gitana por la salud subsidiada son muy lejanos...", "...no hay asistencia médica inmediata...", "... no tenemos brigadas de salud".

Aunque por razones culturales los gitanos evitan el uso de servicios de salud, dado que no existe en ellos una cultura de prevención y sólo en casos de extrema gravedad demandan los servicios (PNUD & Bocanegra, pág. 64), en términos de calidad en salud, ponen de manifiesto

Continuación resolución "Por el cual se adopta el componente para el Pueblo Rom del capítulo étnico como parte del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y se establecen directrices para su implementación"

percepciones sobre la prestación de servicios calificando como "deficiente" la atención médica para esta población:

"...Hay una mala prestación del servicio médico y hospitalario tanto en ARS y EPS...", "...La atención medica al gitano muchas veces no está buena...".

El informe de grupos étnicos en Bogotá – Gitanos Rom realizado por la Alcaldía Mayor de Bogotá en el 2011 señala que, en los últimos 12 meses se presentaron inconvenientes para acceder al servicio de salud porque no había citas disponibles (26%), atraso en los pagos de salud y pensión (16%), trámites demorados o difíciles para solicitar citas médicas (14%), citas médicas que no se ajustan a sus necesidades (11%) y multas pendientes por pagar (2%) (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2011, pág. 28). Este mismo informe muestra que por las razones ya expuestas, el 31% de los Rom encuestados utilizaron servicios médicos particulares.

Educación en salud y atención diferencial. Relacionado con los temas de accesibilidad y vinculación a programas de salud, se expresa que hay carencia de educación en salud que les permita mejorar sus condiciones actuales.

"...Poco acceso a la información acerca de la salud, de la prevención de enfermedades...", "...No hay ningún programa de prevención de la salud en cual podríamos participar para informarnos de cómo conservar una buena salud...", "...Nos falta conocimiento sobre cómo cuidar la salud propia...", "...No hay campañas ni capacitaciones que ayuden y orienten a la población contra estas enfermedades, en cómo reaccionar o cuidarse...", "...la comunidad gitana no tiene información correcta y oportuna...".

Así, se encuentra que es generalizada la opinión de los gitanos, de que no opera en las instituciones de salud una atención diferencial que tenga en cuenta los aspectos culturales de su pueblo:

"...Se necesita un centro especializado con conocimiento de la cultura gitana...", "...No tenemos un programa destinado para el pueblo Rom...", "...No hay enfoque diferencia al momento de una atención médica...", "...Las políticas de acceso a servicios médicos y hospitalarios, no tienen en cuenta el enfoque diferencial de esta población...".

Para los gitanos, *"el sistema de salud nacional no responde a los usos y costumbres del pueblo Rom y la atención de las instituciones hospitalarias no ofrecen calidad ni oportunidad en el servicio"* (Gómez, 2014, pág. 57).

Sistemas de información. Dentro de las necesidades sentidas en salud del pueblo Rom, es percibida la necesidad de mejorar los sistemas de información para que se visibilice a la población gitana, con el fin de focalizar la oferta institucional que permita el mejoramiento de las condiciones de vida y salud de este pueblo. Al respecto, se señala:

"..No han incluido una variable gitana a las estadísticas que apuntan los diseños e implementación de políticas publica para mejorar las condiciones de salud de esta población..."

4.6.10. Dimensión de Gestión Diferencial de Poblaciones Vulnerables

Niños, niñas y adolescentes. Los niños gitanos se desarrollan en un ambiente diferente en comparación con los niños no gitanos. A los niños Rom, se les enseña a trabajar desde muy temprano bajo la tutela de sus padres y su relación con el exterior se restringe a su propia comunidad con parámetros específicos de su cultura (PNUD & Bocanegra, pág. 49).

Los niños, *"se encuentran casi exclusivamente bajo el cuidado de su madre durante los primeros cinco años de vida, los padres no intervienen de manera fundamental en la educación de sus hijos durante este periodo"* (PNUD & Bocanegra, pág. 49). La niñez es un periodo fundamental en donde aprenden las reglas básicas de la vida y de comportamiento dentro de la comunidad

Continuación resolución "Por el cual se adopta el componente para el Pueblo Rom del capítulo étnico como parte del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y se establecen directrices para su implementación"

gitana. No obstante, en medio de la diferenciación de las culturas y del tránsito a la adolescencia, los jóvenes *"viven una situación muy compleja en términos de auto identificación y de relación con su propio pueblo"* (PNUD & Bocanegra, pág. 50).

Los procesos de enculturación a los que se ven abocados los niños y adolescentes gitanos, inciden de manera directa en su posibilidad de acceder al sistema educativo formal del país. Esto, en consideración con temas culturales de este pueblo, sobre resistencias a la educación formal por considerar que pueden perder su cultura o verse sometidos a dinámicas de aculturación, al entrar en contacto con los "gayé" o blancos (DANE, s/f, pág. 41). De ahí, que se señale que:

"...No hay educación propia para los niños gitanos...", "...No hay un lugar pertinente para desarrollar la educación propia libremente..." y "...No hay una educación diferencial..."

Estas expresiones, dejan de manifiesto la necesidad sentida de la población Rom de mejorar las condiciones educativas teniendo en cuenta sus usos y costumbres, en pro de mejorar el desarrollo de la niñez de su pueblo.

La preocupación de los padres gitanos porque *"sus hijos terminen siendo asimilados totalmente por la sociedad mayor (la no Rom) a través del sistema educativo que les resulta homogenizante y desconocedor de su riqueza cultural"* (PNUD & Bocanegra, pág. 47), se hace palpable estadísticamente en cifras del DANE 2005, que muestran que la población gitana presenta las mayores tasas de alfabetismo (93,8%) de todos los grupos étnicos y así mismo presenta los menores porcentajes de personas que alcanzaron como máximo el nivel educativo de básica primaria.

Salud y género. En el pueblo Rom, el sexo de la persona marca el espacio social donde puede desarrollarse y las actividades laborales que puede desempeñar. Así, a través del tiempo, los niños se van vinculando a las actividades productivas del padre, tío o primos varones y las niñas a las tareas domésticas del hogar (PRORROM, s/f, pág. 66).

Las mujeres *"tienen un rol muy importante en el hogar, porque de ellas depende el cuidado de los niños y los esposos, así como en gran parte la transmisión de la lengua y de los patrones culturales del grupo, por su parte, "los hombres romaní tienen una enorme responsabilidad frente a su grupo, dado que deben demostrar todas las cualidades de su kumpania, sus capacidades económicas, su intelecto y los resultados de su trabajo"* (Gobierno, 2008, pág. 32).

Las diferencias de sexo en la población gitana se evidencian desde edades tempranas, en tanto existen espacios y roles diferenciados para hombres y mujeres. Así:

"en las reuniones de la comunidad, los hombres mayores están sentados en el comedor hablando de sus asuntos, los jóvenes, por su parte, están en los jardines de la casa hablando también de sus propios asuntos; mientras tanto las mujeres casadas preparan los alimentos para la reunión y las niñas y jovencitas danzan los ritmos típicos gitanos" (Motoa Cifuentes, 2017, pág. 90) .

Los temas de género inciden también en la posibilidad de acceso y permanencia en el sistema educativo, dado que:

"las niñas Rom tienen que cumplir con su rol cultural en la familia y su presencia en entornos gadzhée presenta un peligro al cumplimiento de ese rol. Mientras los varones tienen libertad para decidir si quieren estudiar o no –cuando económicamente es viable–, a las niñas mayoritariamente se las retira de la escuela alrededor del cuarto o quinto grado" (Gómez Baos, 2010, pág. 71).

No obstante, la recolección de insumos permitió identificar expresiones de mujeres gitanas derivadas del rol que desempeñan en sus Kumpañy, destacándose que:

"...Las mujeres no tienen voz, muy poco participan, no pueden elegir tanto en decisiones...", "...Los hombres son machistas, las mujeres se sienten discriminadas porque ellos siempre van

Continuación resolución "Por el cual se adopta el componente para el Pueblo Rom del capítulo étnico como parte del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y se establecen directrices para su implementación"

delante y son primero que las mujeres...", "...A las mujeres, les gustaría poder salir a trabajar y tener su propio negocio, tener sus propias casas..."

Lo anterior, sugiere la necesidad de reflexiones internas en relación con los temas de igualdad de género, sin deslegitimar los usos y costumbres de este pueblo.

Envejecimiento y vejez. Para el pueblo gitano, las personas mayores tienen un carácter especial y cumplen un rol trascendente a nivel de su grupo sociocultural. De ahí que se señale que:

"el papel de los ancianos es el más importante dentro de la comunidad. Son muy respetados tanto por los hombres como por las mujeres, dado que ellos constituyen por sí mismos, ejemplos vivientes para todo su pueblo, su experiencia y sabiduría es respetada por todos los miembros de la kumpania" (Secretaría de Gobierno, 2008, pág. 33).

Así, la valoración del grupo de edad y sexo como principios ordenadores de estatus en el pueblo Rom, ratifica el valor que tiene para este pueblo los adultos mayores en cuanto son considerados autoridad que cumplen con requisitos como el prestigio, la honestidad, la sabiduría y el cumplimiento de la palabra empeñada (UAEDT & DNP, 1999, págs. 15 - 20).

"Debido a la baja esperanza de vida del pueblo, los ancianos entre los Rom de Bogotá no son necesariamente gente mayor. Aquellos cuya edad ronda los 50 años ya pueden llamarse ancianos. Estos jefes de familia dentro de la familia disfrutan de un respeto indiscutible debido únicamente a su edad. Los jóvenes y adultos se acercan a ellos con distinguida atención" (Bereményi, 2007, pág. 357).

No obstante, existe preocupación en la población gitana por el bienestar de sus adultos mayores, dada su condición de vulnerabilidad y de dependencia económica de su grupo familiar.

"...Debido a este ritmo de vida, los hombres cabeza de familia tiene procesos de vejez prematura y pueden estar en una situación vulnerable...", "...Los ancianos no pueden trabajar (60-70 años); los familiares se tienen que ocupar de ellos, pero a menudo no tienen los recursos para hacerlo bien (Salud, alimentación) ..."

Lo anterior, señala que es necesario que se definan acciones dirigidas al mejoramiento de las condiciones de vida de los mayores, pues ellos tienen un papel de importancia en la reproducción cultural dentro del grupo, en el control social y en el manejo de las relaciones internas.

Discapacidad. Culturalmente es reconocido que *"los estados de discapacidad para los Rom se deben a enfermedades ocasionadas por la vejez, la cual se manifiesta a partir de los 45 años, que difiere completamente de la sociedad mayoritaria, ya que en ésta se manifiesta después de los 60 años, y es considerada "adulto o adulta mayor"* (Gómez Baos, 2010, pág. 63). No obstante, en los últimos años, ha cobrado gran importancia para la población Rom, desde el concepto de discapacidad, aquellas personas, sin distingo de edad, que por razón de enfermedad o por problemas de salud mental, adquieren una dependencia permanente, que les dificulta ser productivos laboralmente y que genera por el contrario situaciones de cuidado por un familiar o por un tercero.

El Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad -RLCPD, cuenta para marzo de 2019 con un reporte de 1'462.772 personas registradas, de las cuales 157.781 refieren pertenecer a algún grupo étnico y de estas 915 personas a la población Rom, lo que corresponden al 0,58% del total de grupos étnicos registrados. A su vez, al hacer el análisis de las alteraciones permanentes, se evidencia que la mayor alteración presente en la población Rom corresponde al movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas con un 58,8%, seguido del sistema nervioso con un 36,8% y en tercer lugar la alteración de los ojos con un 32,9%, del total de la población Rom registrada. Con relación a la ocupación que desempeña la persona, el registro muestra que el 32.13% está incapacitado permanente para trabajar sin pensión, el 18% está realizando otra actividad, el 13% está realizando oficios del hogar y el 7.76% se encuentra estudiando.

Continuación resolución “Por el cual se adopta el componente para el Pueblo Rom del capítulo étnico como parte del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y se establecen directrices para su implementación”

Adicionalmente, al hacer una revisión por género el 53,5% corresponde al género masculino y el 46,5% al género femenino. El análisis por grupo etario muestra que la población con mayor registro corresponde a aquella que tiene 75 años o más.

Con respecto a quienes manifestaron requerir del apoyo de otra persona, se encontró que el 90.1% recibe apoyo de algún miembro del hogar, seguido por el 4.4% de una persona externa no empleada para ayudarlo y un 2.8% de persona externa empleada.

Por su parte, un estudio realizado a los miembros de los hogares gitanos en Bogotá, el 95% de las personas encuestadas refirieron no tener limitación permanente para ver ni oír que fuera diagnosticada por médico. El 5% manifestó tener limitaciones permanentes para ver, a pesar de usar lentes o gafas y el 1% tener limitaciones permanentes para oír, aún con aparatos especiales (Bogotá, 2014, pág. 31).

Pese a lo descrito con anterioridad, es escasa la literatura que documente la situación de discapacidad del pueblo gitano en Colombia.

Salud en poblaciones étnicas. La escasez de recursos económicos es una necesidad percibida de manera transversal en las distintas dimensiones mencionadas anteriormente, en cuanto se convierte en un determinante de la situación de salud del pueblo Rom puesto que la restricción de ingresos ha incidido en el detrimento de su seguridad alimentaria y nutricional, de la protección y crianza de sus hijos, del sostenimiento de sus familias y de la expresión propia de su cultura.

El desconocimiento de la cultura gitana por parte de la sociedad mayoritaria, la discriminación a la que se han sentido sometido en los diferentes espacios de la vida cotidiana por su pertenencia étnica, la estigmatización casi generalizada y la falta de información frente a los elementos identitarios del pueblo Rom como sus autoridades tradicionales, inciden en la falta de reconocimiento de este grupo étnico (Cultura, pág. 10).

La pervivencia en espacios de exclusión e indiferencia, han hecho de la historia del pueblo gitano, una *“historia de tensión permanente y siempre renovada entre la asimilación a la sociedad mayoritaria y la preservación de la identidad étnica y de la cultura propia”*, y es precisamente en esta lucha por la autonomía, que se ratifica la necesidad de consolidar y reafirmar su identidad como pueblo étnico reconocido en el país (UAEDT & DNP, 1999, pág. 10).

Víctimas del conflicto armado. El pueblo gitano ha sido afectado por el conflicto armado de diversas formas. Según la UARIV, el impedimento de ejercer la itinerancia para desplegar sus estrategias económicas, de reunión con otros familiares o para la búsqueda de pareja para un miembro del etnogrupo, son las afectaciones directas que ha sufrido esta población (UARIV, S/f, pág. 4).

Los Rom, durante diferentes momentos asociados al conflicto armado que se ha dado en el país, entre otros hechos, han sufrido situaciones de confinamiento y aún desplazamiento que les ha afectado, su movilidad, sus condiciones económicas y su garantía de vida en el marco de su diversidad cultural. Al respecto, se señala:

“El pueblo Rom -nomada por tradición-, se vio paradójicamente, sometido a una suerte de confinamiento, en la medida en que extensas áreas territoriales del país utilizadas históricamente por sus patrigrupos familiares para ejercer diferentes actividades económicas y comerciales, quedaron en la práctica vedadas y proscritas por su Kumpeñ, puesto que la autonomía e independencia de que hacían gala los Rom terminaban por generar suspicacias en los actores de violencia armada...”

“Pero este confinamiento, que redujo ostensiblemente su itinerancia, no impidió que se generaran desplazamientos forzados, los cuales siempre terminaron ocultos y encubiertos en su nomadismo ancestral” (Gómez Baos, 2010, pág. 99)

Continuación resolución "Por el cual se adopta el componente para el Pueblo Rom del capítulo étnico como parte del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y se establecen directrices para su implementación"

Así mismo, *"los desplazamientos no voluntarios realizados por algunos patrigrupos familiares a consecuencia del conflicto armado interno, aunque posiblemente pasaron desapercibidos para la institucionalidad, incidieron en los debilitamientos de las redes sociales de solidaridad en la medida en que sobrecargaron exageradamente los dispositivos de reciprocidad y ayuda mutua puestos en marcha para acoger a los patrigrupos familiares victimizados"* (Unidad para las víctimas, 2011, pág. 6).

Las afectaciones sufridas por la limitación en su libre circulación hacen de igual manera que el pueblo gitano sea considerado como víctima del conflicto armado en Colombia. Al respecto, se tuvieron expresiones como:

"...La problemática en este caso es que hemos tenido que dejar el nomadismo por culpa de los grupos armados...". "...Nos encontramos afectados por confinamiento y falta de práctica laboral por el conflicto armado...", "...Por el conflicto armado se ha perdido mercadería, no se puede movilizar con libertad y se han perdido buenos mercados...".

5. OBJETIVOS

5.1. Objetivo general. Garantizar las acciones diferenciales en salud pública para el pueblo Rom, con el fin de avanzar hacia el goce efectivo del derecho a la salud, mejorar las condiciones de vida y salud y lograr cero tolerancias con la morbilidad, mortalidad y discapacidad evitables, procurando así la pervivencia física y cultural de este pueblo.

5.2. Objetivos estratégicos

- Promover el reconocimiento étnico y cultural del pueblo Rom con el fin de incidir positivamente en la eliminación de prácticas de discriminación y exclusión mediante acciones afirmativas que permitan avanzar hacia el goce efectivo del derecho a la salud de la población gitana.
- Incidir en el mejoramiento de las condiciones de vida y de salud de la población Rom, entendidas como los medios materiales necesarios para la pervivencia étnica y sociocultural en un marco de realización de derechos, contribuyendo al desarrollo humano y sostenible.
- Garantizar el acceso a servicios de salud con enfoque diferencial e intercultural y mantener cero tolerancias frente a la morbilidad, mortalidad y discapacidad evitables.

6. LÍNEAS ESTRATÉGICAS

Las líneas estratégicas corresponden a los aspectos diferenciales identificados a lo largo del contexto de situación de salud del pueblo Rom que permiten un abordaje colectivo de carácter institucional, territorial y diferencial para lograr el bienestar y calidad de vida de este grupo étnico¹⁵. Estas líneas trazan el camino para el reconocimiento y visibilización de elementos que requieren de un abordaje diferencial en las dimensiones prioritarias y transversales definidas en el PDSP.

Si bien el planteamiento de las líneas estratégicas concretan el marco de acción para el pueblo Rom, es válido ratificar que esta población, a su vez, es sujeto de derechos de las acciones ya definidas en el PDSP, toda vez que dicho plan es una apuesta política por la equidad en salud y es un pacto social que define la actuación articulada entre actores y sectores públicos, privados y comunitarios para crear condiciones que garanticen el bienestar integral y la calidad de vida en Colombia¹⁶. Por lo anterior, a continuación, se muestran los resultados y productos propuestos para cada una de las dimensiones del PDSP que requieren un abordaje diferencial.

6.1. Dimensión Salud Ambiental

¹⁵ Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos para incluir tensiones en las dimensiones transversales. 2016

¹⁶ Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021. Pág. 28.

Continuación resolución "Por el cual se adopta el componente para el Pueblo Rom del capítulo étnico como parte del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y se establecen directrices para su implementación"

6.1.1. Objetivo General. Contribuir con la atención de las necesidades sanitarias y ambientales del pueblo Rom, reconociendo sus usos y costumbres

6.1.2. Objetivos estratégicos:

6.1.2.1 Incidir en el desarrollo humano y en la calidad de vida del pueblo Rom, de acuerdo con los conceptos y el contenido simbólico que hacen parte de la cosmovisión de los gitanos en relación con los entornos donde habitan, laboran y estudian.

Estrategias:

Gestión del conocimiento sobre las condiciones de habitabilidad de la población Rom y su relación con la salud. Consiste en la generación de información y conocimiento en relación con las condiciones de vivienda del pueblo Rom en aras de incidir en el mejoramiento de las condiciones de habitabilidad de esta población. Implica el reconocimiento de los parámetros de ocupación espacial tradicionales de este pueblo de acuerdo con su cosmovisión, su relación con el ambiente, sus costumbres en cuanto a manipulación de agua y alimentos, manejo de residuos, tenencia de animales, su relación y condiciones del peridomicilio (área alrededor de la vivienda) para la identificación de necesidades de adaptación de propuestas que permitan mejorar las condiciones de vivienda del pueblo gitano. La estrategia implica además el fomento de investigación y realización de estudios para identificar las problemáticas relacionadas con las condiciones de vivienda y la situación de salud de la población Rom, así como para identificar estrategias de solución diferenciales que permitan dar respuesta a las problemáticas identificadas.

Vivienda Saludable. La Estrategia Vivienda Saludable es el desarrollo de una iniciativa que consiste en la ejecución de actividades que promueven y protegen la salud de las personas de los peligros a los que están expuestas en la vivienda y el contexto en el cual están inmersas (Ministerio Protección Social, 2006). La estrategia implica reconocer las condiciones de vivienda y los factores protectores, para avanzar en la implementación de la estrategia Vivienda Saludable adaptada a la población Rom en armonía con sus usos y costumbres.

Afectación de determinantes sociales y ambientales desde la coordinación intersectorial y la formulación de Planes de Acción Intersectorial. La estrategia hace referencia al fortalecimiento de la coordinación intersectorial para el mejoramiento de las condiciones socio-ambientales y sanitarias del territorio y los entornos a través de la formulación, implementación y seguimiento de los planes de acción intersectorial y la articulación de políticas, planes, programas, proyectos sectoriales e intersectoriales que den respuesta a las necesidades de la población Rom. Este proceso de coordinación intersectorial se puede desarrollar en los espacios intersectoriales denominados Concejos Territoriales de Salud Ambiental - COTSA, que a su vez cuentan con Mesas Técnicas según las temáticas en salud ambiental priorizadas en cada territorio.

Fortalecimiento de la estrategia entornos saludables con enfoque diferencial. La estrategia hace referencia al desarrollo de acciones de promoción, prevención y protección que contribuyen con el mejoramiento de las condiciones de salud de las poblaciones en su entorno, en el marco de la estrategia de Entornos Saludables. Implica el reconocimiento y articulación de políticas públicas favorecedoras de entornos saludables, la gestión intersectorial para la afectación de determinantes sociales y ambientales de la salud, la formulación de Planes de Acción Intersectorial de Entornos Saludables, el reconocimiento de los usos y costumbres, las condiciones del entorno del pueblo Rom para la focalización de acciones diferenciales para este grupo poblacional. Entraña, además, la contribución de las autoridades tradicionales del pueblo Rom en la implementación de acciones para la promoción de entornos protectores para la salud y para el control de factores de riesgo sanitarios y ambientales, intervenciones de educación en salud, fomento a la participación social.

6.2. Dimensión de vida saludable y condiciones no transmisibles

6.2.1. Objetivo General. Promover, desarrollar e implementar intervenciones orientadas al desarrollo de entornos cotidianos que favorezcan una vida saludable, reducción de factores de

Continuación resolución "Por el cual se adopta el componente para el Pueblo Rom del capítulo étnico como parte del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y se establecen directrices para su implementación"

riesgo modificables relacionados con las ENT, así como la generación de condiciones que favorezcan la capacidad de gestión de los servicios, para mejorar la accesibilidad y la atención integral e integrada de la población Rom.

6.2.2. Objetivos estratégicos

6.2.2.1. Promover el desarrollo del marco político, normativo, estratégico transectorial y comunitario para la implementación de medidas que favorezcan las condiciones de vida y bienestar de la población Rom.

Estrategias:

Definición de alianzas transectoriales para la promoción de modos, condiciones y estilos de vida saludables en la población Rom. Hace referencia a los procesos de articulación, gestión y abogacía con otros sectores para que la población gitana logre acceder a programas de recreación, cultura y actividad física, prevención del tabaquismo y consumo nocivo de alcohol desde una perspectiva propia e intercultural, con el fin de impactar en el cuidado en la persona, la familia y el colectivo para el buen vivir.

6.2.2.2. Crear condiciones para el desarrollo de aptitudes personales, que permitan ejercer un mayor control sobre el cuidado de la propia salud, a través de hábitos y estilos de vida saludables bajo un enfoque promocional.

Educación y comunicación para la salud. De acuerdo con lo definido en la Resolución 3280 de 2018, consiste en "la construcción de conocimiento y aprendizaje mediante el dialogo de saberes orientado al desarrollo y fortalecimiento del potencial y las capacidades de las personas, las familias, las comunidades, las organizaciones y redes para la promoción de la salud individual y colectiva, la gestión del riesgo y la transformación positiva de los diferentes entornos". Implica el establecimiento de espacios para el diálogo de saberes y la participación de los representantes de cada Kumpania que permita lograr la comprensión de los usos y costumbres de esta población y la adopción de acciones para el fomento del cuidado a la salud y de estilos de vida saludables en procura su bienestar y calidad de vida.

6.2.2.3. Desarrollar intervenciones de gestión de salud pública, orientadas a modificar el riesgo primario o la probabilidad de pérdida de la Salud de la población Rom, a través de procesos de planificación, dirección, coordinación e integración, entre otros.

Estrategias:

Gestión del conocimiento sobre las ECNT y alteraciones de la salud bucal, visual y auditiva en el pueblo Rom. Consiste en la generación de información y conocimiento en relación con los hábitos, estilos de vida y las condiciones no transmisibles en el pueblo Rom. Implica el reconocimiento de sus usos y costumbres para la identificación de necesidades de adaptación de programas que permitan mejorar las prácticas de autocuidado del pueblo gitano y su situación de salud con respecto a las condiciones no transmisibles. La estrategia comporta además el fomento de investigación y realización de estudios para identificar las estrategias de solución diferenciales que permitan dar respuesta a las problemáticas identificadas.

Desarrollo de capacidades con enfoque diferencial. De acuerdo con lo definido en los procesos de gestión de salud pública en la Resolución 518 de 2015, se hace referencia al desarrollo de capacidades para crear, construir y fortalecer capacidades, habilidades, actitudes, valores, aptitudes y conocimientos en el talento humano en salud que contribuyan a la gestión técnica, administrativa y financiera de las políticas en salud y protección social de forma sostenible, orientadas a mejorar la salud de los habitantes del país. Implica el desarrollo de capacidades en funcionarios territoriales para la promoción de estilos de vida saludable, a partir del reconocimiento de la cosmovisión, usos y costumbres de la población Rom, reconociendo la importancia de la focalización de acciones en cada Kumpania.

Continuación resolución "Por el cual se adopta el componente para el Pueblo Rom del capítulo étnico como parte del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y se establecen directrices para su implementación"

6.2.2.4. Incidir en el mejoramiento de la capacidad de respuesta del sistema General de Seguridad Social en Salud, que fortalezca la prestación y gestión de servicios de salud individual y colectiva de la población Rom, para la prevención y control de las ENT, incluidas la salud bucal, visual y auditiva.

Implementación, evaluación y monitoreo de planes, programas, estrategias, guías y demás instrumentos técnicos, para la detección temprana, protección específica, diagnóstico y tratamiento de las ENT incluidas la salud bucal, visual y auditiva en el pueblo Rom. Hace referencia a la implementación de procedimientos técnicos de intervención en salud, para la detección temprana, protección específica, diagnóstico y tratamiento de condiciones crónicas no transmisibles y las alteraciones de la salud bucal, visual y auditiva, teniendo en cuenta las concepciones, actitudes y prácticas del pueblo Rom, de modo que las atenciones brindadas sean más cercanas a sus costumbres y tradiciones propias. Implica el reconocimiento de la cosmovisión, sus usos y costumbres y la focalización de acciones a desplegar en el territorio, con los representantes de Kumpaño.

6.3. Dimensión Convivencia Social y Salud Mental

6.3.1. Objetivo General. Promover la salud mental como elemento integral para la garantía del derecho a la salud de las personas, familias y comunidad del pueblo Rom, para el desarrollo integral, el fortalecimiento de las prácticas culturales e interculturales que favorecen la convivencia, armonía comunitaria y la reducción de riesgos asociados a los problemas y trastornos mentales, el suicidio y las violencias interpersonales.

6.3.2. Objetivos estratégicos

6.3.2.1. Promover factores protectores de la salud mental y la convivencia social de las personas, familias y comunidad del pueblo Rom

Estrategias:

Fortalecimiento de redes de apoyo social, familiar y comunitario. La estrategia hace referencia al establecimiento y/o fortalecimiento de los vínculos o interacciones entre diferentes actores en la Entidad Territorial donde se ubican las Kumpaño (públicos y privados), organizaciones y grupos de diferentes tipos, para coordinar acciones, compartir o intercambiar conocimientos, experiencias y recursos para generar alternativas que disminuyan la discriminación hacia el pueblo Rom, lo cual deberá verse reflejado en la política departamental de salud mental.

Fortalecimiento de las prácticas culturales como factor protector de la salud mental. Se entiende como aquellas actividades que favorecen, de manera articulada e intersectorial, los procesos propios culturales de transmisión de saberes intergeneracional, rituales o celebraciones de protección, fortalecimiento del vínculo y participación de los padres en la vida de los hijos, construcción de proyectos de vida acorde con la cultura y mecanismos propios de resolución de conflictos.

6.3.2.2. Promover la integralidad de las atenciones en salud adaptadas interculturalmente, para los problemas y trastornos mentales, el suicidio, las violencias interpersonales que se presenten en el pueblo Rom.

Estrategias

Fortalecimiento de los entornos (educativos, comunitarios e institucionales) para la prevención de los problemas y trastornos mentales, el suicidio y las violencias interpersonales del pueblo Rom. Son espacios relacionales en los entornos educativos, comunitarios e institucionales, adaptados a las formas organizativas propias del pueblo Rom y a su medicina tradicional, para la detección temprana de riesgos de violencias, problemas y trastornos mentales, conducta suicida; para brindar primeros auxilios psicológicos e intervención en crisis teniendo en cuenta las estructuras organizativas y roles en el pueblo Rom y educación intercultural en salud mental.

Continuación resolución “Por el cual se adopta el componente para el Pueblo Rom del capítulo étnico como parte del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y se establecen directrices para su implementación”

Desarrollo de capacidades en el talento humano para la atención en salud mental con enfoque de atención primaria y enfoque intercultural. Consiste en la realización de procesos de gestión y formación del talento humano para la adaptación intercultural participativa de los servicios de salud mental para la atención de población Rom. De acuerdo con lo definido en los procesos de gestión de salud pública en la Resolución 518 de 2015, tiene que ver con el desarrollo de capacidades para crear, construir y fortalecer capacidades, habilidades, actitudes, valores, aptitudes y conocimientos en el talento humano en salud que contribuyan a la gestión técnica, administrativa y financiera de las políticas en salud y protección social de forma sostenible, orientadas a mejorar la salud de los habitantes del país. Implica el desarrollo de capacidades en funcionarios territoriales para la promoción y atención integral de la salud mental, así como para la prevención de problemas y trastornos mentales, suicidio y violencias interpersonales, a partir del reconocimiento de la cosmovisión, usos y costumbres de la población Rom, reconociendo la importancia de la focalización de acciones en cada Kumpania.

Cualificación y adaptación de la estrategia de rehabilitación basada en comunidad en salud mental, acorde con la cultura y necesidades del pueblo Rom. La rehabilitación integral en salud mental se implementa a través de esfuerzos combinados de las propias personas con discapacidad de sus familias y comunidades, y de los servicios de salud, educación, y sociales, enfocándose en las necesidades de las personas con problemas, trastornos mentales, para el abordaje de la discapacidad mental o psicosocial y la superación del estigma y la discriminación.

Articulación y coordinación sectorial e intersectorial. Consiste en los procesos de gestión del ámbito sectorial y bajo el liderazgo de la autoridad sanitaria, a través de los Consejos Departamentales de Salud Mental, que orientan las acciones de los actores del sector salud, y la coordinación con otros sectores, organizaciones sociales y privadas, familias y comunidades para la inclusión de la salud mental con enfoque intercultural, en la política departamental de salud mental y de prevención y atención del consumo de SPA.

6.4. Dimensión Seguridad Alimentaria y Nutricional

6.4.1. Objetivo General. Contribuir con el mejoramiento de la situación alimentaria y nutricional de la población Rom, a través del desarrollo de acciones diferenciales que promuevan prácticas alimentarias saludables de acuerdo a sus hábitos y costumbres y la atención integral de esta población.

6.4.2. Objetivos estratégicos

6.4.2.1. Incidir en el mejoramiento de la situación nutricional del pueblo Rom garantizando acciones con enfoque diferencial étnico

Estrategias:

Promoción de prácticas alimenticias saludables. Hace referencia a la implementación de acciones que promuevan una alimentación saludable y armónica con las prácticas ancestrales del pueblo Rom. Implica la promoción de prácticas saludables que, aunque no sean parte de su tradición, contribuyan con el mejoramiento de su situación alimentaria.

Atención con enfoque diferencial a la población Rom de acuerdo con su estado nutricional. La estrategia hace referencia a la atención en salud de la población Rom en el marco de lo establecido en las Rutas Integrales de Atención en Salud –RIAS-, a través de la adaptación de las intervenciones según lo establecido en el capítulo de adaptabilidad de la Resolución 3280 del 2018 y mediante procesos de información y de educación y comunicación llevados a cabo con la población gitana. Lo anterior implica el desarrollo de procesos de socialización con las comunidades gitanas y con sus autoridades tradicionales.

Asistencia técnica para la promoción de la salud nutricional. La estrategia se refiere al desarrollo de acciones que permitan asistir técnicamente a las entidades territoriales para la promoción de

Continuación resolución "Por el cual se adopta el componente para el Pueblo Rom del capítulo étnico como parte del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y se establecen directrices para su implementación"

prácticas alimentarias saludables y para la promoción de la atención con enfoque diferencial para el pueblo Rom. Implica el reconocimiento de la cosmovisión, usos y costumbres de la población Rom, reconociendo la importancia de la focalización de acciones en cada Kumpania.

Articulación intersectorial y comunitaria para fortalecer la SAN del pueblo Rom. La estrategia hace referencia a las acciones que permitan incidir en los espacios territoriales de articulación intersectorial y comunitaria con el fin de visibilizar la situación de SAN de la población Rom y gestionar las acciones en procura de su resolución. Implica el reconocimiento de la cosmovisión, los usos y costumbres del pueblo Rom y la focalización de acciones a desplegar en el territorio, con los representantes de las Kumpañia.

6.5. Dimensión Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivos

6.5.1. Objetivo General. Promover acciones y mecanismos que incidan en el ejercicio pleno y autónomo de los derechos sexuales y reproductivos del pueblo Rom, reconociendo su cosmovisión, usos y costumbres, reduciendo condiciones de vulnerabilidad y garantizando la atención integral con enfoque de derechos, género y diferencial.

6.5.2. Objetivos estratégicos

6.5.2.1. Promover el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos con enfoques de derechos, género y diferencial desde acciones propias e interculturales en promoción de la salud sexual y reproductiva, la detección y atención de factores de riesgo y eventos de morbi-mortalidad.

Estrategias:

Reconocimiento y protección de prácticas propias para la protección y el cuidado de individual, familiar y colectivo. Consiste en la promoción y desarrollo de espacios de intercambio de saberes entre la población gitana y los equipos de salud que intervienen en la atención en servicios para la garantía de los derechos sexuales y derechos reproductivos, con el fin de identificar las prácticas propias, de protección y de cuidado individual, familiar y colectivo, así como prácticas interculturales que incidan en el bienestar en temas de sexualidad para el pueblo Rom. Implica el desarrollo de estrategias de reconocimiento y transformación concertada de prácticas propias que afectan la salud sexual y reproductiva de hombres y mujeres, por curso de vida, producto de los espacios de intercambio de saberes entre la población gitana y los equipos territoriales de salud.

Implementación de estrategias diferenciales para el abordaje integral de la salud sexual y reproductiva. Hace referencia al desarrollo e implementación de estrategias en salud sexual y reproductiva dirigidas a la población gitana teniendo en cuenta su cosmovisión, sus modos y costumbres (concertadas en los espacios de intercambio). Incluye la prestación de servicios (se hace ante los eventos priorizados: salud materna, violencias de género, salud sexual en la adolescencia, VIH e ITS) con enfoque diferencial lo que implica el establecimiento de acuerdos con los representantes de cada Kumpania, para la implementación de las acciones con las comunidades.

Desarrollo de capacidades. Consiste en el desarrollo de capacidades en el talento humano para promover la implementación de servicios de salud sexual y reproductiva con enfoque de derechos, género y diferencial, reconociendo los usos y costumbres propias del pueblo gitano.

6.5.2.2. Incidir en la disminución de las brechas de desigualdad frente a los indicadores en sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos

Estrategias:

Gestión del conocimiento sobre la situación de salud sexual y reproductiva del pueblo Rom. Consiste en la generación de información y conocimiento en relación con los hábitos, estilos de

Continuación resolución "Por el cual se adopta el componente para el Pueblo Rom del capítulo étnico como parte del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y se establecen directrices para su implementación"

vida y la situación de salud sexual y reproductiva de la población gitana. Implica el reconocimiento de sus usos y costumbres para la identificación de necesidades de adaptación de programas que permitan mejorar las prácticas de autocuidado del pueblo gitano y su situación de salud con respecto a la salud sexual y reproductiva. La estrategia implica además el fomento de investigación y realización de estudios para identificar las estrategias de solución diferenciales que permitan dar respuesta a las problemáticas identificadas.

Fortalecer la vigilancia y respuesta sectorial e intersectorial frente a los eventos en salud sexual y reproductiva y el goce efectivo de derechos: En el caso de la salud materna y neonatal, esta estrategia implica la incorporación de acciones diferenciales en los esquemas de vigilancia de la morbilidad y mortalidad materna, a través del trabajo interinstitucional e intersectorial para reconocer las situaciones que influyen de manera significativa en la salud de las mujeres gestantes y de los neonatos del pueblo Rom. En consecuencia, la estrategia plantea la importancia de adaptar los esquemas de vigilancia y respuesta para identificar y relacionar las vulnerabilidades presentes en el pueblo Rom con las afectaciones a la salud de las gestantes y sus hijos, procurando que los modelos y protocolos de vigilancia de la morbilidad y mortalidad materna y neonatal fortalezcan la captura de información desagregada para esta población, de tal forma que se puedan analizar y atender de manera oportuna y efectiva las situaciones que aumentan el riesgo de padecer situaciones adversas. Implica promover la implementación de estrategias intersectoriales de denuncia de casos de violencias de género, particularmente violencias sexuales y su remisión al sector salud.

6.6. Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles

6.6.1. Objetivo General. Diseñar e implementar estrategias de promoción, prevención y atención con enfoque diferencial, incluidas estrategias de educación, comunicación y movilización social para la prevención de enfermedades transmisibles en correspondencia con las características culturales de la población Rom.

6.6.2. Objetivos estratégicos

6.6.2.1. Reducir el riesgo de enfermar y morir por enfermedades transmisibles fortaleciendo las capacidades institucionales y comunitarias para la gestión, adopción y evaluación de acciones diferenciales en la población Rom.

Estrategias:

Vacunación con enfoque diferencial para el pueblo Rom. Consiste en el fortalecimiento de la táctica de vacunación por concentración establecida como jornada nacional de vacunación, la cual se desarrolla en cuatro oportunidades al año y busca aumentar el acceso de la población al Programa Ampliado de Inmunizaciones. Para lo anterior se requiere articulación entre las Secretarías de Salud Departamentales y municipales y las Kumpaño establecidas en el territorio, con el fin de definir las acciones a desarrollar conjuntamente, entre otras, el establecimiento del estado vacunal y la elaboración y definición de cronogramas, para lograr aumentar las oportunidades de acceso al esquema nacional de vacunación. Lo anterior permitirá también identificar el estado vacunal de la población Rom al interior de cada una de las Kumpaño para establecer una línea de base y a partir de esta realizar seguimiento al comportamiento de las coberturas de los indicadores trazadores del programa en la población Rom.

Caracterización social y ambiental en los diferentes entornos en donde hace presencia el pueblo Rom. Se refiere a la identificación de la situación de salud del pueblo Rom con respecto a las enfermedades transmisibles, como insumo para la identificación de necesidades y la focalización de respuestas diferenciales requeridas para este pueblo. En concordancia con lo definido en la Resolución 3280 de 2018, la caracterización social y ambiental implica "la recolección, procesamiento, análisis y difusión de la información social y ambiental propia de cada entorno y de las personas, familias y comunidades que lo habitan". La estrategia implica la caracterización del pueblo Rom para identificar las situaciones de riesgo y las prácticas de cuidado con respecto

Continuación resolución "Por el cual se adopta el componente para el Pueblo Rom del capítulo étnico como parte del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y se establecen directrices para su implementación"

a las enfermedades transmisibles con el fin de focalizar respuestas efectivas y diferenciales para esta población.

Desarrollo de capacidades con enfoque diferencial. De acuerdo con lo definido en los procesos de gestión de salud pública en la Resolución 518 de 2015, se hace referencia al desarrollo de capacidades para crear, construir y fortalecer capacidades, habilidades, actitudes, valores, aptitudes y conocimientos en el talento humano en salud que contribuyan a la gestión técnica, administrativa y financiera de las políticas en salud y protección social de forma sostenible, orientadas a mejorar la salud de los habitantes del país. Implica el desarrollo de capacidades en funcionarios territoriales para la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades transmisibles, reconociendo la cosmovisión, usos y costumbres de la población Rom, y la importancia de la focalización de acciones en cada Kumpania.

Educación y comunicación para la promoción de una vida saludable libre de enfermedades transmisibles. Hace referencia a la participación de los líderes de las Kumpañy para desarrollar procesos de educación y comunicación sobre el cuidado a la salud dentro de cada Kumpania. Implica la focalización de estrategias de educación y comunicación para salud en los entornos donde se concentra la población gitana, de tal forma que a nivel individual, familiar y comunitario se logren adoptar las prácticas y medidas que permiten prevenir al máximo la aparición de enfermedades transmisibles y acudir a diagnósticos y tratamiento oportunos en caso de que se presenten. Esta estrategia debe responder a lo definido en el capítulo de implementación de la RPMS (Resolución 3280 de 2018 - Lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud) en cuanto a las intervenciones de información en salud, educación, comunicación para la salud.

Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica para el pueblo Rom. Esta estrategia implica la incorporación de acciones diferenciales para reconocer las situaciones que influyen de manera significativa en la salud del pueblo Rom. La estrategia plantea la importancia de identificar las vulnerabilidades presentes en el pueblo Rom, procurando el fortalecimiento de la captura de información desagregada para esta población, de tal forma que se puedan analizar y atender de manera oportuna y efectiva las situaciones que aumentan el riesgo de padecer situaciones adversas. La estrategia implica el desarrollo de capacidades en los actores comunitarios del pueblo Rom para la detección y reporte de las enfermedades transmisibles en las Kumpañy.

6.7. Salud y Ámbito Laboral

6.7.1. Objetivo General. Contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud y medio ambiente de trabajo de la población trabajadora informal del Pueblo Rom, mediante la prevención de los riesgos laborales y ocupacionales que puedan afectar negativamente su estado de bienestar y salud, considerando el enfoque diferencial y por tanto reconociendo sus usos y costumbres.

6.7.2. Objetivos estratégicos

6.7.2.1. Promover la salud en el trabajo de los trabajadores informales del Pueblo Rom.

Estrategias:

Caracterización demográfica y epidemiológica de los trabajadores informales del Pueblo Rom, por actividad económica y territorio. De acuerdo con lo definido en la Resolución 3280 de 2018, en la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud, la estrategia se focaliza en identificación de las condiciones de salud y trabajo de los trabajadores de las actividades de la economía informal. Esto implica identificar y analizar los riesgos y peligros a los que se expone esta población bajo y las creencias, actitudes y prácticas en relación con la promoción de la salud y la prevención de accidentes y enfermedades relacionadas con sus trabajos u oficios. La estrategia implica además la aplicación de la metodología que identifique y analice los atributos demográficos y epidemiológicos de los trabajadores informales del Pueblo Rom..

Continuación resolución “Por el cual se adopta el componente para el Pueblo Rom del capítulo étnico como parte del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y se establecen directrices para su implementación”

Diagnóstico de las condiciones de trabajo y de las condiciones de salud de los trabajadores informales del Pueblo Rom caracterizados. La estrategia hace referencia al desarrollo de actividades diagnósticas de higiene, seguridad ocupacional, medicina preventiva y medicina del trabajo al ámbito laboral y a los trabajadores informales del Pueblo Rom caracterizados.

Elaboración, implementación y evaluación de planes de respuesta integral para mejorar las condiciones de trabajo y de salud de los trabajadores informales del Pueblo Rom. La estrategia hace referencia al diseño de las intervenciones en la fuente, el medio y las personas, de los peligros identificados en los diagnósticos de las condiciones de trabajo y de salud de los trabajadores informales del Pueblo Rom.

6.7.2.2. Fortalecer las capacidades institucionales y comunitarias para la gestión intersectorial y la participación social en el nivel departamental, distrital y municipal, para la promoción de la salud en el trabajo y la prevención del accidente de trabajo y la enfermedad laboral en los trabajadores informales del Pueblo Rom.

Estrategias:

Fortalecimiento y promoción de instancias organizativas de grupos de trabajadores informales del Pueblo Rom. La estrategia busca mantener o fundamentar espacios que faciliten la organización por grupos de trabajadores informales del Pueblo Rom para facilitar su intervención y las construcciones participativas.

Promoción de la afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales de trabajadores informales del Pueblo Rom. Hace referencia a las acciones encaminadas a capacitar en la normatividad vigente del Sistema General de Riesgos Laborales, para conocer los derechos y deberes de los trabajadores, buscando estimular la afiliación.

Alianzas estratégicas con las instancias públicas y privadas pertinentes para apoyar el logro del objetivo general de la dimensión salud y ámbito laboral para el Pueblo Rom. La estrategia busca gestionar alianzas intrasectoriales e intersectoriales que contribuyan al mejoramiento de las condiciones de salud y medio ambiente de trabajo de la población trabajadora informal del Pueblo Rom.

6.8. Salud Pública en Emergencias y Desastres

6.8.1. Objetivo General. Promover desde la institucionalidad y con participación del pueblo Rom, el desarrollo de acciones de capacitación y entrenamiento para la identificación, prevención y atención de situaciones de emergencia o desastre.

6.8.2. Objetivos estratégicos

6.8.2.1. Contribuir con la disminución de factores de riesgo y vulnerabilidades en los lugares donde habita la población Rom

Estrategias:

Identificación de vulnerabilidades y escenarios de riesgo ante las emergencias y desastres. Hace referencia a la identificación de vulnerabilidades y los riesgos a los que está expuesto el pueblo Rom con el fin de definir las medidas de mitigación y prevención que sean necesarias para protección de esta población.

Información, educación y comunicación para el cuidado de la salud de la población Rom en relación con las situaciones de emergencias y desastres. Hace referencia a las acciones de información, educación y comunicación dirigidas a la población gitana, que contribuyan con el reconocimiento de las condiciones de vulnerabilidad y los riesgos a las que están expuestos, con el fin de promover y fortalecer las capacidades de estas personas para responder a situaciones

Continuación resolución "Por el cual se adopta el componente para el Pueblo Rom del capítulo étnico como parte del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y se establecen directrices para su implementación"

de emergencias y desastres. Esto implica el establecimiento de espacios para el diálogo de saberes con el fin de lograr la comprensión de los usos y costumbres de esta población y la definición de acciones con los representantes de cada Kumpania, para el fomento del cuidado a la salud individual y colectiva.

6.9. Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria

6.9.1. Objetivo General. Promover el bienestar y calidad de vida de la población Rom, gestionando las respuestas requeridas para la detección temprana de riesgos, la reparación y recuperación de la salud individual y colectiva, reduciendo la vulnerabilidad de la salud colectiva del pueblo gitano.

6.9.2. Objetivos estratégicos

6.9.2.1. Garantizar el aseguramiento en salud para el pueblo Rom.

Estrategia:

Gestión del aseguramiento de la población Rom. La estrategia se refiere a las acciones dirigidas para lograr la cobertura universal de la población Rom de acuerdo con lo definido en la Ley 1438 de 2011 y el Decreto 780 de 2016. Implica el reporte de los listados censales por cada uno de los representantes de Kumpany a las entidades territoriales con el fin de que en el marco de sus competencias gestionen la afiliación al SGSSS de esta población, teniendo en cuenta el numeral 10 del artículo 2.1.5.1. del Decreto 780 de 2016. Así mismo, la estrategia implica el desarrollo de procesos de acompañamiento y asistencia técnica por parte del Ministerio de Salud y Protección Social a todos los actores del SGSSS involucrados en la operación del aseguramiento, con el fin de lograr la cobertura de esta población. La asistencia técnica incluye temas relacionados con la afiliación, traslados, portabilidad, movilidad y la obligatoriedad del reporte de listados censales, así como la promoción de la calidad de la información por parte de las autoridades tradicionales del pueblo Rom.

6.9.2.2. Mejorar el acceso y provisión de servicios de salud a la población Rom con enfoque diferencial

Estrategias:

Fortalecimiento de capacidades institucionales para la implementación del enfoque diferencial para el pueblo Rom. La estrategia hace referencia a las acciones que contribuyan a mejorar la prestación de servicios de salud, según las condiciones y necesidades en salud de la población Rom, de tal forma que se avance hacia la implementación del enfoque diferencial para este pueblo en los procesos de atención en salud. La estrategia implica la coordinación de las diferentes áreas del Ministerio para emitir los lineamientos que orienten la implementación del enfoque diferencial para el pueblo Rom a nivel territorial. En relación con la prestación de servicios de salud, la estrategia comporta la definición de orientaciones para fortalecer la modalidad extramural en la atención a la población Rom, para implementar la estrategia de atención primaria en salud con enfoque diferencial y para garantizar la prestación de servicios de salud en armonía con los usos y costumbres de esta población. Implica además el fortalecimiento de capacidades en actores del SGSSS para la incorporación del enfoque diferencial para el pueblo Rom.

6.9.2.3. Fortalecer las capacidades institucionales que permitan la implementación del enfoque diferencial en los procesos de planeación territorial en salud

Estrategias:

Incorporación del enfoque diferencial en las políticas de salud. Hace referencia al abordaje específico y diferencial de los grupos étnicos y a la promoción de sus derechos individuales y colectivos para avanzar en la disminución de las desigualdades sociales en salud. Implica la definición de acciones para incorporar las necesidades y respuestas particulares de la población

Continuación resolución “Por el cual se adopta el componente para el Pueblo Rom del capítulo étnico como parte del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y se establecen directrices para su implementación”

étnica, en este caso para el pueblo Rom, focalizando las medidas que contribuyan con el mejoramiento de sus condiciones de vida y salud.

Planeación integral en salud con enfoque diferencial: Según lo definido en la Resolución 518 de 2015, la planeación integral en salud implica las acciones para formular, implementar, desarrollar, monitorear y evaluar el Plan Territorial de Salud, como instrumento estratégico de la política en salud territorial. Implica la implementación de la metodología Pase a la Equidad en Salud, para identificar, comprender y responder las necesidades de la población Rom de tal forma que los PTS incorporen respuestas diferenciales y efectivas para el pueblo Rom.

Participación Social. De acuerdo a lo establecido en las Resoluciones 518 de 2015 y 2067 de 2017, la estrategia tiene como propósito lograr que las comunidades incidan en las decisiones públicas que afectan su salud. Implica el desarrollo de las actividades propias del proceso de convocatoria y participación de los representantes del pueblo Rom en los procesos de planeación integral en salud. En los casos que se requiera, implica la realización de diálogo de saberes basados en la mutua comprensión y respeto y en la igual dignidad de las culturas, con el fin de desalentar manifestaciones de discriminación y fortalecer el reconocimiento por parte de los actores institucionales de sus usos y costumbres.

6.9.2.4. Caracterizar las condiciones de salud de la población gitana del país.

Caracterización sociocultural y epidemiológica. Hace referencia a la realización del análisis de situación de salud y la caracterización del pueblo Rom, a partir de una caracterización sociocultural en correspondencia con un enfoque intercultural que permita ampliar el modelo multicausal de la enfermedad, incorporando conceptos de salud propios del grupo étnico, los cuales guardan relación con el equilibrio entre dimensiones éticas, espirituales, sociales y ambientales.

6.9.2.5. Fortalecer los procesos de vigilancia en salud pública para el pueblo Rom

Visibilización estadística de la población Rom en los sistemas de información en salud. Hace referencia al fortalecimiento de capacidades para mejorar la disponibilidad de información en salud del pueblo Rom como insumo para la toma de decisiones. Implica la gestión para que los actores del sistema mejoren el reporte de la variable étnica en los sistemas de información de salud, como acción afirmativa para visibilizar las brechas existentes y establecer las acciones requeridas para disminuirlas. Incluye el establecimiento de acciones para promover el registro y la calidad de los reportes con variable étnica.

Identificación y análisis de información de las condiciones de salud del pueblo Rom. Consiste en identificar y hacer seguimiento a los indicadores de salud de la población gitana reportados en las fuentes de información oficiales. Implica el fortalecimiento del modelo de vigilancia en salud pública de la población colombiana para identificar, con desagregación diferencial, la situación de las personas del pueblo Rom. A su vez incorpora acciones de análisis y socialización de resultados respecto de la situación de salud de esta población, con el propósito de fortalecer las políticas públicas y la toma de decisiones informada.

6.10. Dimensión Gestión Diferencial de Poblaciones Vulnerables

6.10.1. Objetivo General. Promover la atención de los determinantes particulares de las situaciones de vida y salud del pueblo Rom que conllevan a inequidades sociales y sanitarias.

6.10.2. Objetivos estratégicos

6.10.2.1. Promover el acceso de niños, niñas y adolescentes del pueblo Rom a los planes, programas y proyectos con enfoque diferencial para mejorar sus condiciones de vida y superar las desigualdades en salud.

Estrategias:

Continuación resolución "Por el cual se adopta el componente para el Pueblo Rom del capítulo étnico como parte del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y se establecen directrices para su implementación"

Gestión del conocimiento sobre la situación de salud de los niños, niñas y adolescentes el pueblo Rom. Consiste en la generación de información y conocimiento en relación con la situación de salud de los niños, niñas y adolescentes del pueblo Rom. Implica el reconocimiento de sus usos y costumbres para la identificación de necesidades de adaptación de programas que permitan mejorar las prácticas de autocuidado de esta población y su situación de salud. La estrategia comporta además el fomento de estudios para identificar las estrategias de solución diferenciales que permitan dar respuesta a las problemáticas identificadas.

Gerencia de políticas públicas de salud para los NNA del pueblo Rom. De acuerdo con lo establecido en el PDSP, esta estrategia hace referencia al fortalecimiento de las capacidades institucionales para responder a las particularidades poblacionales y territoriales. Implica el desarrollo de capacidades para la incorporación del enfoque diferencial en las políticas, planes y programas de la población infantil y adolescente en el país para facilitar el acceso de los NNA del pueblo Rom, contribuyendo con su desarrollo integral y el mejoramiento de su situación de salud. La estrategia genera, además, la participación y el reconocimiento de los usos y costumbres del pueblo Rom.

Coordinación intersectorial. Hace referencia a las actividades de coordinación, articulación y gestión con los otros sectores de la administración pública para promover el acceso de niños, niñas y adolescentes del pueblo Rom a los planes, programas y proyectos con enfoque diferencial para mejorar sus condiciones de vida y superar las desigualdades en salud.

6.10.2.2. Contribuir con el aumento de la cobertura de los programas de asistencia y apoyo social para la población adulta mayor del pueblo Rom para incidir en el mejoramiento de su calidad de vida y salud.

Estrategias:

Gestión del conocimiento sobre la situación de salud de la población adulta mayor del pueblo Rom: Consiste en la generación de información y conocimiento en relación con la situación de salud de la población adulta mayor del pueblo Rom. Implica el reconocimiento de sus usos y costumbres para la identificación de necesidades de adaptación de programas que permitan mejorar las condiciones de vida y la situación de salud de esta población. La estrategia implica además el fomento de estudios para identificar las estrategias de solución diferenciales que permitan dar respuesta a las problemáticas identificadas.

Gerencia de políticas públicas de salud, vejez y envejecimiento con enfoque diferencial. De acuerdo con lo establecido en el PDSP, esta estrategia hace referencia al fortalecimiento de las capacidades institucionales para responder a las particularidades poblacionales y territoriales. Implica el desarrollo de capacidades para la incorporación del enfoque diferencial en las políticas, planes y programas de envejecimiento y vejez, para facilitar el acceso de la población adulta mayor pueblo Rom a programas de asistencia y apoyo social, contribuyendo con el mejoramiento de sus condiciones de vida y de su situación de salud. La estrategia implica, además, la participación y el reconocimiento de los usos y costumbres del pueblo Rom para la implementación de los programas.

6.10.2.3. Contribuir al reconocimiento de la vulnerabilidad asociada al género en el pueblo Rom.

Gestión de conocimiento sobre la situación de discriminación, vulneración y de afectaciones a la salud en el pueblo Rom, desde un enfoque de diferencial étnico y de género: La estrategia hace referencia a las acciones para identificar la existencia de situaciones de discriminación, vulneración y de afectaciones a la salud en el pueblo Rom con respecto a las identidades de género. La estrategia implica el reconocimiento de los usos y costumbres del pueblo gitano y la definición de acciones para superar las necesidades identificadas.

6.10.2.4. Promover acciones afirmativas y ajustes razonables que garanticen la atención integral en salud para la población Rom

Continuación resolución “Por el cual se adopta el componente para el Pueblo Rom del capítulo étnico como parte del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y se establecen directrices para su implementación”

Estrategias:

Desarrollo de capacidades con enfoque diferencial: En concordancia con lo definido en los procesos de gestión de salud pública de la Resolución 518 de 2015, hace referencia al desarrollo de capacidades para crear, construir y fortalecer capacidades, habilidades, actitudes, valores, aptitudes y conocimientos en el talento humano en salud que contribuyan a la gestión técnica, administrativa y financiera de las políticas en salud y protección social de forma sostenible, orientadas a mejorar la salud de los habitantes del país. La estrategia implica el desarrollo de capacidades en funcionarios territoriales para la promoción de acciones en salud con enfoque diferencial para el pueblo Rom, para la implementación de acciones afirmativas que incluyen la divulgación de derechos colectivos, la recuperación de saberes ancestrales y la protección del patrimonio material e inmaterial del pueblo gitano, así como para la coordinación intersectorial que permita incidir en el mejoramiento de las condiciones de vida y salud del pueblo Rom. Lo anterior conduce además a la participación de los representantes de las Kumpañy para la convocatoria y concreción de espacios para el diálogo de saberes que permitan ampliar el conocimiento de su cosmovisión, usos y costumbres.

Implementación de acciones afirmativas para el pueblo Rom. La estrategia hace referencia a la implementación de medidas o acciones dirigidas a la población Rom, que contribuyan con la reducción de las desigualdades sociales que los afectan. Implica la implementación de acciones que promuevan el mejoramiento en el acceso a bienes y servicios en salud y que contribuyan con la superación de inequidades de este sector poblacional.

6.10.2.5. Promover los procesos de atención integral en salud e inclusión social de las personas Rom con discapacidad

Gerencia de políticas públicas de salud para la población Rom con discapacidad. De acuerdo con lo establecido en el PDSP, esta estrategia hace referencia al fortalecimiento de las capacidades institucionales para responder a las particularidades poblacionales y territoriales. Implica el desarrollo de capacidades para la incorporación del enfoque diferencial en las políticas, planes y programas dirigidas a la población Rom con discapacidad, contribuyendo al mejoramiento de su situación de salud. La estrategia implica, además, la participación y el reconocimiento de los usos y costumbres del pueblo Rom. Desde el sector salud, la estrategia propende por el establecimiento de acuerdos sectoriales e intersectoriales concertados con el pueblo Rom en el marco de las competencias institucionales, para promover los procesos de atención integral en salud e inclusión social de las personas Rom con discapacidad. La estrategia implica el desarrollo de capacidades en el pueblo Rom, sus familias y comunidades, que facilite el conocimiento de la oferta institucional sectorial e intersectorial para que las PCD accedan a programas sociales que promuevan su inclusión social.

6.10.2.6. Garantizar atención psicosocial a las víctimas pertenecientes al pueblo Rom

Estrategia

Atención psicosocial a las víctimas pertenecientes al pueblo gitano: La atención psicosocial como parte de las medidas de Rehabilitación en el marco de la Política Pública de Reparación Integral a las víctimas del conflicto armado Colombiano, se define como el conjunto de procesos articulados de servicios que tienen la finalidad de favorecer la recuperación o mitigación de los daños psicosociales generados a las víctimas, sus familias y comunidades, como consecuencia de las graves violaciones a los DDHH y las infracciones al DIH. La estrategia implica la consolidación y fortalecimiento en la implementación del componente étnico Rom del PAPSIVI, el cual debe ajustarse a las características de itinerancia propias de esta población y que tiene directa relación con la recuperación del daño psicosocial (medios de vida, salud - enfermedad, etc.)

Continuación resolución "Por el cual se adopta el componente para el Pueblo Rom del capítulo étnico como parte del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y se establecen directrices para su implementación"

7. INCORPORACIÓN DEL ENFOQUE DIFERENCIAL PARA EL PUEBLO ROM EN LA PLANEACIÓN TERRITORIAL EN SALUD

La operativización del componente Rom del capítulo étnico del PDSP 2012-2021, requiere que los departamentos, distritos y municipios en los que hay presencia de ese pueblo, en cumplimiento de sus competencias, incorporen en sus Planes Territoriales de Salud -PTS- el enfoque diferencial y en consecuencia implementen su ejecución con la participación de los actores responsables del bienestar de estas poblaciones.

7.1. Competencias. Las competencias territoriales están señaladas en normativas que, entre otros asuntos, definen el deber ser en cuanto al abordaje del PDSP y su inclusión en los PTS, así se deben tener en cuenta: Constitución Política, artículos 298, 311, 322; Ley 152 de 1994; Ley 715 de 2001, artículos 43, 44, 45 y 46; Ley 1438 de 2011; Resolución 1841 de 2013, artículos 2, 3 y 4.

7.2. Lineamientos. La incorporación del componente diferencial étnico en la planeación territorial en salud, es esencial para fortalecer la respuesta a necesidades, desigualdades e inequidades que existen en salud y para la incidencia en diversos determinantes sociales asociados, en lo que respecta a estos grupos. Lo anterior, en correspondencia con el reconocimiento y protección de la diversidad étnica y cultural de la nación, con el derecho a la participación social y con el conjunto de derechos individuales y colectivos dirigidos a garantizar la pervivencia física y cultural de estas poblaciones.

Los elementos conceptuales a tener en cuenta incluyen el enfoque diferencial, las acciones afirmativas, los derechos colectivos y la interculturalidad; como lineamientos metodológicos, la participación y la coordinación interinstitucional e intersectorial.

La ruta operativa para la incorporación de acciones diferenciales para el pueblo Rom en los PTS se enmarca en la implementación de la Estrategia PASE a la Equidad en Salud, para lo cual es pertinente y necesario hacer ajustes que permitan la identificación de las particularidades en salud en el contexto situacional y sociocultural específico (¿qué pasa?), las causas o determinantes de estas (¿por qué pasa?), al igual que las alternativas para el mejoramiento de condiciones y la identificación de los actores concernidos (¿qué hacer y con quién?).

Siguiendo el orden de los procesos de la Estrategia PASE, se hacen recomendaciones, así:

- **Primer Proceso:** Alistamiento institucional. Se debe contar con la presencia y tener interlocución con los representantes de la población Rom en territorio, y fomentar las condiciones institucionales para la incorporación de insumos de planeación y metodológicos específicos para este grupo poblacional.
- **Segundo proceso:** Ruta Lógica para la formulación de Planes Territoriales de Salud. Se deben surtir los momentos que permiten identificar, comprender y responder con enfoque diferencial a las situaciones de las comunidades gitanas existentes en el territorio, contando con la participación de los representantes de este pueblo.
- **Tercer Proceso:** Gestión operativa. Está integrado por dos pasos: 1) Elaboración del Componente Operativo Anual de Inversiones en Salud (COAI) y 2) Elaboración del Plan de Acción en Salud (PAS), en los cuales se deben garantizar la programación en cada anualidad de los recursos de la vigencia y de las actividades a ejecutar en correspondencia con el componente estratégico, para el logro de los resultados y productos definidos para la población Rom.

El MSPS realizará seguimiento a la implementación de las líneas estratégicas que hacen parte integral del presente capítulo a través de lo incorporado en los Planes Territoriales de Salud de las Entidades Territoriales donde habita la población Rom en el marco del proceso de planeación integral en salud. Así, el indicador de seguimiento se refiere a los PTS que incorporan e implementan acciones diferenciales dirigidas a la población Rom de manera concertada con sus autoridades tradicionales.

Continuación resolución "Por el cual se adopta el componente para el Pueblo Rom del capítulo étnico como parte del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y se establecen directrices para su implementación"

8. RESPONSABILIDADES DE LOS ACTORES

8.1. Nación

1. Formular e implementar políticas, con enfoque diferencial, que garanticen el goce efectivo del derecho a la salud del pueblo Rom.
2. Fomentar la realización de los espacios de participación para el pueblo Rom acorde con lo previsto por la ley, y promover la participación en el proceso de planeación en salud, de las organizaciones y autoridades que los representen.
3. Disponer sistemas de información e indicadores que den cuenta de variables, con enfoque diferencial, que permitan conocer el estado de salud de la población Rom.
4. Propender por la incorporación y desarrollo de procesos diferenciales e interculturales que incluyan el reconocimiento, protección e inclusión de conocimientos tradicionales, en la prestación de servicios de salud.
5. Prestar asesoría a las entidades territoriales departamentales y distritales para el desarrollo de procesos participativos y la debida inclusión del enfoque diferencial en la planeación territorial y en la ejecución de planes, proyectos y acciones dirigidos a la atención en salud de las comunidades y/o población Rom.

8.2. Departamentos, Distritos y Municipios

1. Formulación del Plan Territorial de Salud, con enfoque diferencial, proponiendo orientaciones de carácter estratégico tendientes a mejorar las condiciones de vida de la población Rom, adoptando los lineamientos del PDSP y su capítulo étnico.
2. Seguimiento y evaluación de las metas de continuidad, cobertura y calidad establecidas para comunidades Rom como instrumento gerencial de programación y control de ejecución anual.
3. Asegurar la adecuada representación de todos los actores en el proceso de planeación, garantizando la participación de las comunidades Rom a través de sus representantes.
4. Adelantar las acciones necesarias para la coordinación entre las instituciones del departamento y de representación de las comunidades Rom relacionadas con temáticas de salud con el objetivo de mejorar las condiciones de vida de la población Rom.
5. En el caso de los departamentos, apoyar con asesoría técnica a los municipios, para el desarrollo de procesos participativos y la debida inclusión del enfoque diferencial en la planeación territorial y en la ejecución de planes, proyectos y acciones dirigidos a la atención en salud de las comunidades y/o población Rom.
6. Implementar y mantener sistemas de información e indicadores de gestión, con enfoque diferencial, como soporte a la toma de decisiones.
7. Elaborar el Análisis de Situación de Salud bajo el modelo de determinantes de la salud y con enfoque diferencial con los procedimientos y las herramientas definidas por el Ministerio que sirva de insumo al proceso de planeación territorial.

8.3. Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Salud

1. Promover la afiliación de la población Rom no cubierta por el sistema.
2. Instaurar procedimientos que garanticen el acceso de la población Rom a las IPS en su área de influencia o en cualquier lugar del territorio nacional.
3. Diseñar y ejecutar en acuerdo con las IPS, las estrategias de demanda inducida para garantizar la realización de las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica y detección temprana y la atención de las enfermedades de interés en salud pública, ajustadas a las prioridades territoriales en materia de salud pública y a las costumbres y conocimientos tradicionales de las comunidades del pueblo Rom.

8.4. Kumpaño

1. Concertar y hacer seguimiento a las acciones en salud que serán implementadas en las Kumpaño.

Continuación resolución “Por el cual se adopta el componente para el Pueblo Rom del capítulo étnico como parte del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y se establecen directrices para su implementación”

2. Fomentar la participación y la coordinación interinstitucional y de actores comunitarios en la ejecución de proyectos dirigidos a mejorar condiciones de vida de la población Rom e incidir en determinantes sociales de la salud.

3. Impulsar la participación comunitaria para la planeación y el control social de las políticas de desarrollo social y de salud en relación con la población Rom.

9. FINANCIACIÓN

Por ser este un capítulo que forma parte del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, las fuentes de financiación corresponden a las definidas en dicha política, a las estipuladas en la Resolución 1536 de 2015 referidas en el componente de inversión plurianual del Plan Territorial de Salud, y a las demás que se encuentren vigentes o se adicionen para la gestión de la salud pública a partir de la normatividad nacional.

En la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan Territorial de Salud (PTS) y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC); así como en las acciones tendientes a garantizar la financiación de las acciones establecidas en el PTS y PIC, las entidades territoriales deben articular los esfuerzos estratégicos, metodológicos y operativos con los demás actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) para lograr el mejoramiento del estado de salud de la población de los departamentos, distritos y municipios.

Dicha articulación deberá estar enmarcada en propender por evitar la progresión y ocurrencia de desenlaces adversos de la enfermedad, así como, por la disminución de las inequidades en salud; teniendo en cuenta que la población Rom vive desventajas, desigualdades sociales y económicas, y barreras en la prestación de servicios de salud por factores socioeconómicos y aún por particularidades en el proceso de manejo de la salud y la enfermedad.

Toda acción que quiera implementarse en los territorios no solo debe cumplir con los criterios de eficiencia y efectividad en la destinación de los recursos para los cuales fueron concebidos, sino también, debe cumplir con la priorización de acciones hacia las poblaciones más vulnerables como es el caso de los Rom, en materia de prestación de servicios de salud y aseguramiento en el SGSSS. La corresponsabilidad de los actores comunitarios involucrados, es fundamental en el desarrollo de toda acción colectiva, teniendo en cuenta que estos conocen de sus condiciones y formas de vida y son sujeto de las acciones establecidas en el marco normativo referido en este componente.

Por tanto, para la financiación de las acciones previstas en este componente para el pueblo Rom del PDSP, las entidades territoriales podrán apoyarse en el marco normativo vigente y demás disposiciones que las deroguen o modifiquen. (Ley 715 de 2001: Capítulo II, artículo 43.1.4, 43.2.2, Ley 1122 de 2007: Artículo 33, Resolución 518 de 2015: Artículo 11, 20, Plan Decenal de Salud Pública).

10. MONITOREO Y EVALUACIÓN

El capítulo Rom, como documento anexo del PDSP 2012-2021, se integra al sistema de monitoreo y evaluación definido por el MSPS, con el fin de establecer los avances y logros de los objetivos y las metas sanitarias definidas para diferentes grupos étnicos y su contribución a los objetivos estratégicos del PDSP.

La metodología para el monitoreo y evaluación de los PTS inscrita en el proceso de planeación integral en salud y desarrollada a través de la metodología PASE a la Equidad en Salud¹⁷, permitirá establecer las contribuciones de las entidades territoriales en las que habita población perteneciente al pueblo Rom, al objetivo general del capítulo.

¹⁷ Ministerio de Salud y Protección Social & UNFPA. Metodología para el monitoreo y evaluación de los Planes Territoriales de Salud

Continuación resolución "Por el cual se adopta el componente para el Pueblo Rom del capítulo étnico como parte del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y se establecen directrices para su implementación"

Así, el componente Rom del PDSP, adopta la metodología para realizar la medición del monitoreo y evaluación de los PTS denominada "*Medición del desempeño de la gestión integral en salud en las Entidades Territoriales*", la cual se desarrolla a través del análisis de cuatro componentes que se integran en un indicador sintético denominado Índice de Gestión Integral en Salud (IGIS)¹⁸. Dichos componentes son Gestión institucional, Eficacia Técnica, Eficacia Financiera, Eficiencia.

En concordancia con la metodología de medición del desempeño de la gestión integral en salud en las entidades territoriales, para el monitoreo y evaluación del contenido del capítulo étnico y del componente Rom, se adoptan los momentos de medición definidos, así: Monitoreo a la gestión operativa del PTS y Evaluación del PTS.

11. BIBLIOGRAFÍA

López, L., Cataño, N., López, H., & Velásquez, V. (2011). Diversidad cultural de sanadores tradicionales afrocolombianos: preservación y conciliación de saberes. *Aquichan*, 287-304.

Alcaldía Mayor de Bogotá. (2011). *Grupos Etnicos en Bogotá - Gitanos Rom*. Bogotá.

Alderete, E. (2004). *Salud y Pueblos Indígenas*. Quito: Ediciones Abya - Yala.

Alvarez, J., & Jurgenson, G. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología*. México: Colección Paidós Educador.

Ardila Jaimes, C., & Rodríguez, R. (2013). Riesgo ergonómico en empresas artesanales del sector de la manufactura, Santander. Colombia. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 102-111.

Arias C, A., & Rivera Palomino, Y. (2012). Representaciones sociales sobre medicina tradicional y enfermedades foráneas en indígenas EmberaChamí de Colombia. *Revista Cubana de Salud Pública*.

Arias, C., & Antonio, J. (2012). Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en indígenas de Riosucio-Caldas, 2010-2011. *Medicina UPB*.

Ariza-Montoya, J., & Hernández-Álvarez, M. (2008). Equidad de Etnia en el Acceso a los Servicios de Salud en Bogotá, Colombia, 2007. *Revista de salud pública*.

Arregocés, S., & Molina, R. (2015). Desigualdades y características sociodemográficas de la mortalidad materna en La Guajira, Colombia, 2010-2012.

Arrivillaga, M., Correa, D., Tovar, L. M., Zapata, H., Varela, M. T., & Hoyos, P. A. (2011). Infecciones de transmisión sexual en la región Pacífica colombiana: implicaciones para población en situación de vulnerabilidad étnica, social y económica¹. *Pensamiento Psicológico*, 9(16), 145-152.

Bact, D., & Palacio, J. (2015). Estado nutricional de los niños indígenas menores de 5 años de la comunidad Arara, Leticia, Colombia en el año 2014. *Suplemento*.

Barrera, S., Martínez, S., Tique-Salleg, V., Miranda, J., Guzmán, C., & Mattar, S. (2015). Seroprevalencia de Hantavirus, Rickettsia y Chikungunya en población indígena del municipio de Tuchín, Córdoba. *Infectio*, 75-82.

Becerra, C., & Martín, J. (2010). *Conocimientos del mundo: la diversidad epistémica en América latina*. Catarata.

¹⁸ Ministerio de Salud y Protección Social & UNFPA. Metodología para el monitoreo y evaluación de los Planes Territoriales de Salud. Pág. 44

Continuación resolución "Por el cual se adopta el componente para el Pueblo Rom del capítulo étnico como parte del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y se establecen directrices para su implementación"

Benavides-Hernández, E., & Coronel-Gaviria, A. (2014). Salud indígena en el siglo XXI: parásitos intestinales, desnutrición, anemia y condiciones de vida en niños del resguardo indígena Cañamomo-Lomaprieta, Caldas-Colombia. *Médicas UIS*.

Bereményi, B. (2007). *Claro hijo, vaya a la escuela y si se aburre lo sacamos. Relaciones y experiencias de los gitanos de Badalona y los rom de Bogotá con la educación escolar*.

Bérmudez, A., Florez, O., Medina, J., & Salcedo, M. (2013). Enteroparasitismo, higiene y saneamiento ambiental en menores de seis comunidades indígenas. Cali-Colombia. *Rev. Salud pública*, 1-11.

Betancourt Rodríguez, C., Pinilla, A., & Yaneth, M. (2011). Apreciaciones sobre el contexto sociocultural del VIH-Sida en las comunidades indígenas en Colombia. *Desacatos*, 75-86.

Bodnar C, Y. (2008). Los grupos étnicos en los procesos de urbanización. En Y. Bodnar C, & M. Ruiz S, *Los grupos étnicos en Colombia: Demografías postergadas*. Bogotá: Cuadernos del CIDS. Universidad Externando de Colombia.

Bodnar, Y. (2008). *El pueblo Rom (Gitano) en Colombia. Historia migratoria, presencia actual y caracterización cultural*. Bogotá.

Bodnar, Y., & Ruiz, M. T. (2008). *Los grupos étnicos en Colombia: Demografías postergadas*. Bogotá: Cuadernos del CIDS.

Bogotá, A. M. (2014). *Grupos étnicos en Bogotá. Gitanos Rrom*. Bogotá.

Bustamante, J. (2012). El pueblo Rrom (gitano) y la Kriss Rromaní en el ordenamiento jurídico colombiano, 1998-2010. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad de Derecho y Ciencias Políticas.

Bustamante, K., & Gómez, M. (2015). Gestión del riesgo de desastres en Colombia: ¿Forma de generación de desplazamiento forzado de población? *Cínica Jurídica de Interés Público*.

Calderón Hernández, A. (2013). Sistema de Vigilancia Epidemiológica. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia.

Cardona - Arias, J., Rivera Palomino, Y., & Carmona Fonseca, J. (2014). Salud indígena en el siglo XXI: parásitos intestinales, desnutrición, anemia y condiciones de vida en niños del resguardo indígena Cañamomo-Lomaprieta, Caldas-Colombia. *Medicas UIS*, 29-39.

Cardona-Arias, J. A. (2012). Sistema médico tradicional de comunidades indígenas Emberá-Chamí del Departamento de Caldas-Colombia. *Revista de Salud Publica*, 630.

Cataño Bedoya, J., Duque Botero, J., Naranjo González, C., Rúa Molina, D., Rosique Gracia, J., García Pineda, A., & Pizano Ramírez, N. (2015). Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en indígenas embera-chamí de Cristianía (Jardín), Antioquia. *Latreía*.

CDC; ATSDR. (28 de 09 de 2017). *Agencia para Sustancias Tóxicas y el Registro de Enfermedades*. Obtenido de https://www.atsdr.cdc.gov/es/toxfaqs/es_tfacts132.html

Centers for Disease Control and Prevention . (23 de 11 de 2017). *Behavioral Risk Factor Surveillance System - BRFSS. About the BRFSS 2008*. Obtenido de <http://www.cdc.gov/brfss/about/htm>. [Links]

Centro de Memoria. (19 de 07 de 2017). *Centro de Memoria, Paz y Reconciliación*. Obtenido de http://centromemoria.gov.co/wp-content/uploads/2013/11/MDULO_4_pdf.pdf

Centro Nacional de Memoria Histórica. (2013). *¡Basta Ya! Colombia: Memorias de guerra y dignidad*. Bogotá: Imprenta Nacional.

Continuación resolución "Por el cual se adopta el componente para el Pueblo Rom del capítulo étnico como parte del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y se establecen directrices para su implementación"

CEPAL. (2010). *Salud materno-infantil de pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina: aportes para una relectura desde el derecho a la integridad cultural*.

CEPAL. (2012). *Atlas sociodemográfico de los pueblos indígenas y afrodescendientes*. Santiago de Chile: Publicación de las Naciones Unidas.

CEPAL. (2015). *Sistema de indicadores Sociodemograficos de Poblaciones y Pueblos Indigenas*.

CEPAL. (2016). *Panorama Social de América Latina*. Santiago de Chile.

CEPAL. (2017). *Panorama social de América Latina 2016*. Santiago: Naciones Unidas.

Cepal, & OPS. (2011). *Salud de la población indígena en América Latina. Un Panorama general*. Santiago de Chile: Naciones Unidas.

CEPAL-OPS. (2011). *Salud de la población joven indígena en America Latina*. Santiago: Nacionse Unidas.

CEPAL-UNICEF. (2012). *Pobreza infantil en pueblos indígenas y afrodescendientes en América Latina*. Santiago: Naciones Unidas.

Cerón Souza, C. (2010). A propósito de las emergencias en Colombia. *Universidad y Salud*, 5.

CISAN. (2015). *Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2012-2019: Anexo Étnico*. Minsalud, CISAN, Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura - FAO-.

Comisión Consultiva de Alto Nivel. (2007). *Comisión Consultiva de Alto nivel para CoDocumento propuesta para la formulación del plan integral de largo plazo población negra/afrocolombiana, palenquera y raizal 2007 – 2019*". Bogotá D.C.

Consultiva de Alto Nivel. (2010). *Plan Nacional de Desarrollo de las Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras 2010-2014: Hacia una Colombia pluriétnica y multicultural con prosperidad democrática*. Bogotá: Consultiva de Alto Nivel - Subcomisión de Planeación y Desarrollo Económico. Unión Temporal Alianza Progreso Afro - APRA -.

Corponor. (2015). *Hoja de Seguridad MPA-02-F-17-8 – Versión 2 – 25/02/2015 Acido Muriático doméstico*. Cúcuta.

Cruces, G., Gasparini, L., & Carbajal, F. (2010). *Situación socioeconómica de la población afrocolombiana en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio*. Programa de las Naciones Unidad para el Desarrollo (PNUD): Proyecto Regional "Población afrodescendiente de América LATina".

Cultura. (s.f.). *Cartilla política cultural para el pueblo gitano*. Bogotá.

Cultura, M. d., & Gómez Bahos, A. D. (2009). *Avances en la investigación etnográfica del pueblo Rrom*. Bogotá.

DANE. (2007). *Colombia una Nación Multicultural: Su diversidad étnica*.

DANE. (s/f). *La visibilidad estadística de los grupos étnicos colombianos*. Bogotá.

De Colombia PRORROM, & P.R.G. (2009). Autodiagnóstico educativo de la kumpania rom de Bogotá. *Revista Educación y Pedagogía*, 63-82.

De Roux, G. (2012). *Los Afrocolombianos frente a los Objetivos de Desarrollo del Milenio*. Bogotá: PNUD.

Del Popolo, F., & Ribotta, B. (2011). Migración de jóvenes indígenas en América Latina. En F. Del Popolo, B. Ribotta, E. García de Pinto da Cunha, & M. Azevedo, *Pueblos indígenas y*

Continuación resolución “Por el cual se adopta el componente para el Pueblo Rom del capítulo étnico como parte del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y se establecen directrices para su implementación”

afrodescendientes en América latina: dinámicas poblacionales diversas y desafíos comunes (págs. 101-125). Río de Janeiro, Brasil: ALAP.

DNP. (1999). *Documentos para el desarrollo territorial No 19: "Notas etnográficas e históricas preliminares sobre los gitanos en Colombia"*. Santa Fé de Bogotá.

DNP. (2005). *Hacia una Colombia Equitativa e Incluyente*.

DNP. (2010). *Documento CONPES 3660: Política para promover la igualdad de oportunidades para la población negra, afrocolombiana, palenquera y raizal*. Bogotá: DNP.

DNP. (2010). *Pueblo Rrom –Gitano– de Colombia: haciendo camino al andar*.

DNP. (2011). *Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014: prosperidad para todos*. Bogotá D.C.: Imprenta Nacional de Colombia.

DNP. (2011). *Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014: Prosperidad para todos*. Bogotá.

DNP. (2015). *Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018: Todos por un nuevo país*. Bogotá D.C.: Departamento Nacional de Planeación.

Durán de la Fuente, H. (2003). *Políticas Ambientales y Desarrollo Sustentable*. CEPAL.

Dussan, C., & Rodriguez, G. (2005). *Comunidades étnicas en Colombia: cultura y jurisprudencia*. Universidad del Rosario.

Echeverri, J. (2009). Pueblos indígenas y cambio climático: el caso de la Amazonía colombiana. *Bulletin de l'Institut français d'études andines*, 13-28.

Ellen, K. B. (1995).

Escobar, J., Corrales, D., Escobar, M., Rios, L., & Alvarez, A. (2000). Situación de salud de las comunidades indígenas nasas, Santander de Quilichao, Cauca.

Escobar, J., Corrales, D., Escobar, M., Rios, L., & Alvarez, A. (2002). Situación de salud de las comunidades indígenas nasas, Santander de Quilichao, Cauca. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*.

Espitia Viasús, J., & Rodríguez Paez, L. (2015). El papel de la Comunicación en las disputas por el Derecho a la Medicina Propia: el caso del pueblo indígena Misak en el departamento de Cauca (Colombia). En J. Gómez, *erechos humanos emergentes y periodismo* (págs. 353-385). Sevilla: Equipo de Investigación de Análisis y Técnica de la Información, Universidad de Sevilla.

Fajardo, L. (2000). La KRISS, justicia comunitaria gitana: una opcion para la paz en Colombia. *Pensamiento jurídico*.

FAO. (2015). *Comida, territorio y memoria. Situación alimentaria de los pueblos indígenas colombianos*. Bogotá.

Fernando Urrea & Carlos Viáfara. (2016). *Igualdad para un buen vivir: Información y visibilidad estadística de los grupos étnico raciales en Bogotá*. Bogotá.

Florez, P. (2007). Leptospirosis humana en Colombia: la experiencia del Instituto Colombiano de Medicina Tropical-CES. . *Revista CES Medicina*, 10.

Fondo Indígena, CELADE, & CEPAL. (2012). *Sistema de Indicadores Sociodemográfico de Poblaciones y Pueblos Indígenas de América Latina – SISPP*.

Garcés Carabalí, D. (2014). *Memorias del Primer Congreso Nacional Autónomo del Pueblo Negro, Afrocolombiano, Palenquero y Raizal. Quibdó 23 al 27 de agosto de 2013*. Bogotá: USAID, ANAFRO, Instituciones de Investigaciones Ambientales del Pacífico y Universidad Jorge Tadeo Lozano.

Continuación resolución “Por el cual se adopta el componente para el Pueblo Rom del capítulo étnico como parte del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y se establecen directrices para su implementación”

García, N., Cardona, D., & Segura, M. G. (2016). Factores asociados a la hipertensión arterial en el adulto mayor según la subregión. *Revista Colombiana de cardiología*, 528-534.

Global Disability Rights. (06 de 01 de 2016). *Derechos Humanos de Indígenas con Discapacidad*. Obtenido de <http://www.globaldisabilityrightsnow.org/es/tools/derechos-humanos-de-ind%C3%ADgenas-con-discapacidad>

Gobernación San Andrés y Providencia. (2011). *ASIS San Andrés y Providencia* .

Gobierno, S. d. (2008). *El pueblo Rrom Gitano que habita en la ciudad de Bogotá*. Bogotá.

Gómez Bahos, A. D. (2012). *Situaciones de Salud Pueblo Rrom de Colombia*.

Gómez Baos, A. D. (2010). *Haciendo camino al andar*. Bogotá.

Gómez Fuentes, V., Gamboa Martínez, J. C., & Paternina Espinosa, H. A. (2000). *Los Rom de Colombia: Itinerario de un pueblo invisible*. Santa Fe de Bogotá: MJ Editores Ltda.

Gómez, S. E. (2014). *Pueblo Rrom ¿Los arrochelados del siglo XXI? Contribución desde las prácticas etnoeducativas en la Kumpania Rrom de Bogotá D.C*. Pereira.

González, L. (2015). Análisis comparativo de modelos de atención en salud para población indígena en la región Andina. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 07-14.

González, V. (2015). Análisis comparativo de modelos de atención en salud para población indígena en la región Andina. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*.

González, V., & Lina , A. (2015). Análisis comparativo de modelos de atención en salud para población indígena en la región Andina. . *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 07-14.

Granados, S., & et al. (2005). Aproximación a la medicina tradicional colombiana. Una mirada al margen de la cultura occidental. . *Revista ciencias de la salud*.

INDEPAZ, I. (2009). *Situación de los pueblos indígenas de Colombia*. Bogotá D.C.: KAS- Konrad Adenauer Stiftung.

INS. (2015). Salud materna indígena en mujeres Nasa y Misak del Cauca. . *Observatorio Nacional de Salud*. .

Instituto Interamericano de Derechos Humanos -IIDH. (2006). *Campaña educativa sobre derechos humanos y derechos indígenas: Salud indígena y derechos humanos. Manual de contenidos*. San José de Costa Rica: Masterlitho S.A.

Lessa, I. (1998). *ulto brasileiro e as doenças da modernidade:epidemiologia das doenças crônicas nãotransmissíveis*. São Paulo: Editora.

Londoño, J. (2013). Los Parques Nacionales Naturales y la conservación de la biodiversidad. *Biodiversidad Colombia*, 9-17.

López, M., & Arango, C. (2011). Estrategias de atención en salud a población indígena y su relación con la respuesta social en la Ciudad de Medellín, 2011. *Medellín: Secretaría de Salud*.

Maantay, J., & Maroko, A. (2009). Mapping Urban Risk: Flood Hazards, Race, & Environmental Justice In New York”. *HHS Public Access*, 111–124. Obtenido de <https://translate.google.com.co/translate?hl=es&sl=en&u=https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2680302/&prev=search>, Turner et al (2003)

MacDougall, J. (2006). *Where the River Flows: Aboriginal People with Disability, A Literature Review: Focus on Employment, Recursos Humanos y Desarrollo de Competencias del Canadá*.

Continuación resolución "Por el cual se adopta el componente para el Pueblo Rom del capítulo étnico como parte del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y se establecen directrices para su implementación"

Marciales Montenegro, X. (2013). *Violencia sexual en el conflicto armado: Los rostros afro de la reparación. Caso: Asociación de Mujeres Afro por la Paz (AFROMUPAZ)*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

Márquez Lina, P. A. (2017). *Mortalidad materna en pueblos indígenas y fuentes de datos: Alcances y desafíos para su medición en países de América Latina*. Santiago: Naciones Unidas.

Martinez Silva, P. (2015). La conducta suicida en el grupo étnico indígena de Colombia: un fenómeno por comprender. *Salud UIS*.

Mateus Arbeláez, J. (2010). *Estado del Arte desde el campo de la cultura sobre las prácticas culturales del pueblo Rrom - gitano en Bogotá D.C.* Bogotá.

Mestre, Y. (2007). Ordenamiento territorial ancestral desde la visión de los cuatro pueblos indígenas (Arhuaco, Kággaba, Wiwa y Kankuamo) de la Sierra Nevada de Santa Marta, Colombia. *Mujeres Indígenas, Territorialidad y Biodiversidad en el Contexto Latinoamericano*, 101.

Mestre, Y. (2007). Ordenamiento territorial ancestral desde la visión de los cuatro pueblos indígenas (Arhuaco, Kággaba, Wiwa y Kankuamo) de la Sierra Nevada de Santa Marta, Colombia. En L. Donato, E. Escobar, P. Escobar, A. Pasmíño, & A. Ulloa, *Mujeres indígenas, territorialidad y biodiversidad en el contexto latinoamericano* (pág. 101). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

Mignolo, W. (1995). Occidentalización, imperialismo, globalización: herencias coloniales y teorías postcoloniales. *Revista iberoamericana*, 27- 40.

Mincultura. (2010). *Afrocolombianos, población con huellas de africanía*. Bogotá.

Ministerio de salud de la Pcia de Buenos Aires. (s/f). *Manual de Atención Primaria*. Buenos Aires.

Ministerio de Salud y Protección Social. (22 de 11 de 2017). *ENSIN 2015*.

Minsalud. (2014). Estudio Técnico de Servicios Diferenciales para los Pueblos Indígenas de Colombia. *Ministerio de Salud y Protección Social*.

Mosquera R, C., León D, R., & Rodríguez M, M. (2009). *Escenarios post-Durban para pueblos y personas negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Humanas.

Motoa Cifuentes, L. A. (2017). *Mujer y cultura gitanas: Una mirada a las pautas de crianza y a los procesos de formación en la relación madre - hijo/a y su influencia en la preservación cultural del pueblo Rom* . Bogotá.

Motta Gonzalez, N. (2011). Etnohistoria de la sexualidad Misak: continuidades en los cambios y transformaciones. *Historia y Espacio*.

MPS; OPS. (2004). *Insumos para la conceptualización y discusión de una . política de protección social en salud para grupos étnicos de Colombia*. Bogotá: Nuevas Ediciones Ltda.

MSPS. (2013). *ASIS Diferencial Poblaciones Vulnerables*. Bogotá.

MSPS. (2013). *Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021*. Bogotá.

MSPS. (2013). *Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. La Salud en Colombia la Construyes Tú*. Bogotá: Imprenta Nacional.

MSPS, CISAN, & FAO. (2015). *Plan Nacional De Seguridad Alimentaria y Nutricional*. Bogotá.

Continuación resolución “Por el cual se adopta el componente para el Pueblo Rom del capítulo étnico como parte del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y se establecen directrices para su implementación”

MSPS, UNFPA, & UEC. (2015). *Estrategia PASE a la Equidad en Salud: Lineamientos metodológicos, técnicos y operativos*.

NGRD. (20016). *Plan Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres*.

Noreña-Herrera, C., Leyva-Flores, R., Palacio-Mejía, L., & Duarte-Gómez, M. (2015). Inequidad en la utilización de servicios de salud reproductiva en Colombia en mujeres indígenas y afrodescendientes. . *Cad*, 2635-2648.

Ocampo Prado, M., Chenut Correa, P., Férguson López, M., & Martínez Carpetá, M. (2017). Territorialidades en transición: pobladores desplazados por la violencia del conflicto armado colombiano y la resignificación de su territorio. *Psicología USP*, 165-178.

OIT, O. (2009). *Los derechos de los pueblos indígenas y tribales en la práctica: Una guía sobre el Convenio Núm. 169 de la OIT*. Ginebra: OIT.

OMS. (1993). Resolución CD37.R5.

OMS. (1997). Resolución CD40.R6.

OMS. (1997). *Resolución CD40.R6*. .

ONU. (2013). *Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas. Estudio sobre la situación de las personas indígenas*.

OPS. (2008). Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas.

OPS. (2009). Prestación de servicios de salud con pueblos indígenas. Programa Regional de Salud de los Pueblos Indígenas. .

OPS. (31 de 10 de 2017). *Las enfermedades no transmisibles (ENT), nuestro reto*. Obtenido de http://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=1756:las-enfermedades-no-transmisibles-ent-nuestro-reto&Itemid=487

OPS. (2017). *Política sobre etnicidad y salud. 29.a Conferencia Sanitaria Panamericana, 69.a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas*. Washington: OPS.

OPS, & Minsalud. (2010). *Contexto para la adecuación técnica y cultural de programas de interés en Salud Pública para tres comunidades del pacífico colombiano*. Bogotá.

OPS/OMS. (2013). *Detección oportuna de tuberculosis permitirá reducir la mortalidad en niños y niñas*. Recuperado el 26 de 11 de 2017, de http://www.paho.org/col/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-ops-oms-colombia&alias=1403-tb-24-marzo-2013&Itemid=688

OPS/OMS. (2015). *PAHO Presents an Interactive Geographic Distribution Map of Priority Neglected Infectious Diseases in the Americas*. Recuperado el 26 de 11 de 2017, de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10615&Itemid=40264&lang=en

Ordóñez, V. F. (2000). *Enfermedades Infecciosas- Geografía Humana de Colombia Variación Biológica y Cultural en Colombia Tomo I*. Instituto Colombiano de Cultura Hispánica. Universidad Javeriana. Instituto Colombiano de Cultura Hispanica. .

Organización Mundial de la Salud. (25 de Septiembre de 2015). *Objetivos de Desarrollo Sostenible*. Washington D.C., Estados Unidos.

Ortiz, M., Monsalve, L., & Osorio, M. (2015). *Representaciones sociales de la discapacidad en la comunidad indígena Nasa de Caloto Cauca*. Cali.

Continuación resolución "Por el cual se adopta el componente para el Pueblo Rom del capítulo étnico como parte del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y se establecen directrices para su implementación"

Paternina Espinosa, H. (2001). *El proceso organizativo del pueblo Rom (Gitano) de Colombia (ProRom): de la auto-invisibilidad como estrategia de resistencia étnica y cultural, a la visibilización como mecanismo del reconocimiento de derechos económicos, sociales, políticos y culturales*. Madrid.

Paternina Espinosa, H. (2013). *El proceso organizativo del pueblo Rom (Gitano) de Colombia (ProRom): de la auto-invisibilidad como estrategia de resistencia étnica y cultural, a la visibilización como mecanismo del reconocimiento de derechos económicos, sociales, políticos y culturales*. Madrid.

Paternina, H. A., & Gamboa, J. C. (1999). *Los gitanos: Tras la huella de un pueblo nomade*. Bogotá.

Patiño Roselli, C. (1999). Campo y tareas de la etnolingüística en Colombia. En J. Arocha, & N. Friedeman, *Un siglo de investigación social* (págs. 9-38). Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.

Patiño-Londoño, S., Mignone, J., Castro-Aroyave, D., Valencia, N., & Arbeláez, C. (2016). Guías bilingües: una estrategia para disminuir las barreras culturales en el acceso y la atención en salud de las comunidades wayuu de Maicao, Colombia. *Salud Colectiva*, 415-428.

Pearce, Foliaki, Sporle, & Cunningham. (2004). Genetics, race, ethnicity, and health. *BMJ*.

Pedrero, M., & Oyarce, A. (2011). Salud de la población joven indígena en América Latina: un panorama general.

Pedrero, M., & Oyarce, A. (2011). *La Salud de la población joven indígena en América Latina: un panorama general*. OPS.

PNUD & Bocanegra. (s.f.). *El pueblo Rom - Gitano que habita en la ciudad de Bogotá*. 2008.

PNUD. (2012). *Afrocolombianos: sus territorios y condiciones de vida. Cuaderno del Informe de Desarrollo Humano en Colombia 2011*. Bogotá: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo - PNUD-.

PNUD. (2012). *Los afrocolombianos frente a los Objetivos de Desarrollo del Milenio*. Bogotá. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo –PNUD. Bogotá.

PNUD. (2012). *Pueblos indígenas: Diálogo entre culturas. Cuaderno del Informe de Desarrollo Humano en Colombia 2011*. Bogotá.

PNUD. (2013). *Pueblos indígenas y los ODM*. Bogotá: Letras e Impresos S.A.

PNUD. (2013). *Pueblos indígenas y los ODM*. Bogotá : Letras e Impresos S.A.

PNUD. (2014). *Cauca: Análisis de las conflictividades y construcción de paz*.

Problema ético. (27 de 06 de 2017). *Discriminación racial*. Obtenido de <http://problemaseticoss.blogspot.com.co/>

Programa Presidencial Indígena. (2013). *ODM e Indígenas. Una aproximación a los cuatro primeros Objetivos*. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia.

PROROM. (2007). *Análisis situacional del derecho interno Rom a través del tiempo "Aportes el sistema de justicia Kriss Romani para la pervivencia del pueblo Rrom"*. Bogotá.

Prorom de Colombia. (2001). Los Rom de Colombia: Tras las Huellas de un Pueblo Nómade. *En Goliardos*, 51-66.

PRORROM. (s/f). *Autodiagnóstico educativo de la Kumpania Rom de Bogotá*. Bogotá.

Continuación resolución “Por el cual se adopta el componente para el Pueblo Rom del capítulo étnico como parte del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y se establecen directrices para su implementación”

Puello, E., Amador, C., & Luna, J. (2016). Determinantes sociales de salud en los agricultores del resguardo indígena Zenú. . *Revista Salud UIS*.

Puerta Silva, C., & Dover, R. (2007). Desarrollo de un Modelo de Interlocución para el Sistema de Salud basado en el Caso de la Guajira Colombiana. *Revista de Salud Pública*.

Reales Jiménez, L. (s.f.). *Racismo y políticas públicas en Colombia. El caso afrocolombiano (1991-2005)*.

Reales, L. (2005). *Racismo y políticas públicas en Colombia. El caso afrocolombiano (1991-2005)*.

Restrepo, B., Beltrán, J., Rodríguez, M., & Ramírez, R. (2006). Estado nutricional de niños y niñas indígenas de hasta seis años de edad en el resguardo Embera-Katío, Tierralta, Córdoba, Colombia. *Biomédica*.

Restrepo, B., Restrepo, M., Beltrán, J., Rodríguez, M., & Ramírez, R. (2006). Estado nutricional de niños y niñas indígenas de hasta seis años de edad en el resguardo Embera-Katío, Tierralta, Córdoba, Colombia. *Red Biomédica*.

Rochel Ortega, D., & Vinasco Palacio, J. (2015). Estado nutricional de los niños indígenas menores de 5 años de la comunidad Arara, Leticia, Colombia en el año 2014. *Suplemento*.

Rodríguez, L. (2008). Factores sociales y culturales determinantes en salud: la cultura como una fuerza para incidir en cambios en políticas de salud sexual y reproductiva. *Fondo de Población de las Naciones Unidas*.

Romero, P. (2009). Una aproximación a la paz imperfecta: La Kriss Rromani y la práctica intercultural del pueblo Rrom - Gitano - de Colombia. Experiencias en la manera de hacer la pases . *Derecho Y Cambio Social*.

Rosique, J., Restrepo, M., Manjarrès, L., Gálvez, A., & Santa M, J. (2010). Estado nutricional y hábitos alimentarios en indígenas emberas de Colombia. *Revista chilena de nutrición*, 270-280.

Sanchez J., O. (2014). *ODM y pueblos indígenas: Un compromiso pendiente*. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia.

Sánchez Jiménez, O. (2014). *ODM y pueblos indígenas: Un compromiso pendiente. Presidencia de la República – Programa Presidencial Indígena. Serie hacía el desarrollo integral indígena de Colombia*. Bogotá: Imprenta Nacional.

Sanchez, E. (2003). *Los pueblos indígenas en Colombia: Derechos, políticas y desafíos*. . Bogotá: Unicef.

Sanchez, E., & García, P. (2006). *Más allá de los promedios: Afrodescendientes en América Latina - Los Afrocolombianos*. Washington: Banco Mundial.

Sánchez, P. (2009). Una aproximación a la paz imperfecta: La kriss rromani y la practica intercultural del pueblo rrom–gitano–de colombia experiencias en la manera de hacer las paces. *Derecho Y Cambio Social*.

Secretaría de Gobierno. (2008). *El pueblo Rrom Gitano que habita en la ciudad de Bogotá*. Bogotá.

SINCHI. (2016). Orientaciones para reducción de la deforestación y degradación de los bosques. *Instituto SINCHI, Cooperación Alemana GIZ*, 41.

Social, M. d., & PROROM. (2014). *Documento técnico. Vinculación colectiva del Pueblo Rom de Colombia al régimen subsidiado de seguridad social en salud*. Bogotá.

Continuación resolución "Por el cual se adopta el componente para el Pueblo Rom del capítulo étnico como parte del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y se establecen directrices para su implementación"

Soto Moreno, J., & Ballester Diez, F. (2013). Contaminación del aire de interiores en hogares en situación de pobreza extrema en Colombia. . *Revista de Salud Pública*, 80-89.

Suaza, A., & Vasquez, M. (2014). Diálogo y respeto: bases para la construcción de un sistema de salud intercultural para las comunidades indígenas de Puerto Nariño, Amazonas, Colombia. *Salud Colectiva*, 379-396.

Tiempo, E. (24 de 05 de 2015). *Tres de cada diez colombianos están expuestos a desastres*. Obtenido de <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-15812223>

U. de Antioquia. (2011). Estrategias de atención en salud a población indígena y su relación con la respuesta social en la Ciudad de Medellín 2011.

UAEDT, & DNP. (1999). *Documentos para el desarrollo territorial No 19. Notas etnográficas e historias preliminares sobre los gitanos en Colombia*. Bogotá.

UARIV. (S/f). *Enfoque diferencial para víctimas Rrom o gitanos. Participaz ... La ruta de los derechos*. Bogotá.

UNICEF. (2012). *Suicidio adolescente en pueblos indígenas: tres estudios de caso*. Panamá: Tarea Asociación Gráfica Educativa.

UNICEF. (01 de 02 de 2018). *El Estado Mundial de la Infancia de 2013. Niñas y niños con discapacidad*. Obtenido de https://www.unicef.org/spanish/sowc2013/perspective_contreras.html

UNICEF. (2018). *Perspectiva: Desde la invisibilidad hasta la inclusión para los niños indígenas con discapacidad*. Obtenido de UNICEF: https://www.unicef.org/spanish/sowc2013/perspective_contreras.html

Unidad para las víctimas. (2011). *Orientaciones generales para las víctimas Rrom o Gitanos*. Bogotá.

United Nations. (2015). State of the World's Indigenous Peoples 2nd Volume. *Health*.

Universidad de Antioquia. (2012). *Iniciativas por la Salud Pública. Cartilla N°3. IV CONVERSATORIO SOBRE SALUD INDÍGENA Avances y retos en los Sistemas de Salud Interculturales*. Medellín.

Universidad Nacional de Colombia. (10 de Diciembre de 2016). Tuberculosis, infección oculta en el Amazonas. *Unperiódico*.

Uribe, D. (2014). Estudio Técnico de Servicios Diferenciales para los Pueblos Indígenas de Colombia . *Ministerio de Salud y Protección Social*.

Uribe, D. (2014). *Estudio Técnico de Servicios Diferenciales para los Pueblos Indígenas de Colombia Ministerio de Salud y Protección Social*. . Bogotá.

Urrea Giraldo, F., & Viáfara López, C. (2007). *Pobreza y grupos étnicos en Colombia: Análisis de sus factores determinantes y lineamientos de política para su reducción*. Bogotá D.C. *Diseño de una estrategia para la reducción de la pobreza y la desigualdad (MERPD)*. Bogotá.

Urrea Giraldo, F., & Viáfara López, C. (2016). *Igualdad para un buen y mejor vivir: Información y visibilidad estadística de los grupos étnicos - raciales en Bogotá*. Cali: Programa editorial Universidad del Valle.

Urrea, F., & Posso, J. (2015). *Feminidades, sexualidades y colores de piel. Mujeres negras, indígenas, blancas-mestizas y transgeneristas negras en el suroccidente colombiano*.

Continuación resolución "Por el cual se adopta el componente para el Pueblo Rom del capítulo étnico como parte del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y se establecen directrices para su implementación"

Vallejo Rodríguez, E., & Santana, P. (2015). *Salud materna indígena en mujeres Nasa y Misak del Cauca*. Ministerio de salud y Protección Social. Observatorio Nacional de Salud. . Bogotá: Instituto Nacional de Salud.

Verschoor, G., & Torres, C. (2016). Mundos equivocados: cuando la "abundancia" y la "carencia" se encuentran en la Amazonía colombiana. *Íconos*, 71-86. doi: <http://dx.doi.org/10.17141/iconos.54.2016.1860>

Viasús, J., & Páez, L. (2015). El papel de la Comunicación en las disputas por el Derecho a la Medicina Propia: el caso del pueblo indígena Misak en el departamento de Cauca (Colombia). *In Derechos humanos emergentes y periodismo*, 353-385.

Wisner, B., Blaikie, P., & Davis, I. (2003). *At Risk: Natural hazards, people's vulnerability and disasters*.