

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2020

()

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CONSIDERANDO

Que la Ley 21 de 1991 que ratificó el Convenio 169 de la OIT “Sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes”, el cual se fundamenta en el respeto a las culturas y las formas de vida de los pueblos tribales y reconoce sus derechos sobre las tierras y los recursos naturales, así como el derecho a decidir sus propias prioridades en lo que atañe al proceso de desarrollo. El objetivo del Convenio es superar las prácticas discriminatorias que afectan a estos pueblos y hacer posible que participen en la adopción de decisiones que afectan a sus vidas”. (2013. Pág.: 1)

Que la Ley Estatutaria 1751 de 2015 contempló dentro de los principios del derecho fundamental a la salud los relacionados con aceptabilidad, accesibilidad e interculturalidad, esta última definida como “el respeto por las diferencias culturales existentes en el país y en el ámbito global, así como el esfuerzo deliberado por construir mecanismos que integren tales diferencias en la salud, en las condiciones de vida y en los servicios de atención integral de las enfermedades, a partir del reconocimiento de los saberes, prácticas y medios tradicionales, alternativos y complementarios para la recuperación de la salud en el ámbito global” (Art. 6. Literal L).

Que, con fundamento en las facultades legales conferidas en el artículo 6 de la Ley 1438 de 2011, este Ministerio profirió la Resolución 1841 de 2013, por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública – PDSP – 2012 - 2021 y, en la cual, definió la política que orienta la salud pública del País durante el periodo mencionado, a partir de ocho dimensiones prioritarias: 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 en el ámbito laboral; así mismo, define dos dimensiones transversales: gestión diferencial de poblaciones vulnerables y

Continúa la Resolución “Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el Capítulo Étnico con enfoque diferencial para la Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera como parte integral al Plan Decenal de Salud Pública –PDSP 2012-2021”

fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud, 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 el Ministerio de Salud y Protección Social, en cumplimiento de la normatividad vigente y en el ejercicio de sus funciones misionales, encaminadas a mejorar la salud de la población bajo un enfoque de equidad y de garantía del goce efectivo del derecho a la salud, reconoce y adopta el enfoque diferencial étnico como un componente transversal a todas las políticas que lidera, entre ellas el Plan Decenal de Salud Pública.

Que dentro del Plan de Desarrollo 2018-2022 “**EI FUTURO ES DE TODOS**”, con el fin de visibilizar los grupos Étnicos, se decidió realizar un pacto por la equidad de oportunidades para grupos étnicos: indígenas, negros, afrodescendientes, raizales, palenqueros y Rrom. Este pacto tiene como propósito avanzar en la materialización de los derechos de estas comunidades a través de la implementación de estrategias concertadas. Para esto, se han definido cuatro capítulos, uno transversal y uno por cada grupo étnico, en los que se plasman las estrategias que se desarrollarán en los cuatro años de vigencia del plan.

Que de acuerdo con el principio establecido en el numeral 3 del artículo 3 de la Ley 70 de 1993, el Gobierno Nacional tiene la obligación de garantizar la participación de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Palenqueras y Raizales y sus organizaciones sin detrimento de su autonomía, en las decisiones que las afecten y en la de toda la nación en Salvaguarda al principio de igualdad.

Que la Corte Constitucional, mediante sentencia T -576 del 4 de agosto de 2014, determinó que el derecho a la consulta tiene carácter fundamental y debe aplicarse, conforme a los usos y costumbres de cada etnia, no solo a los trámites administrativos, sino también el procedimiento legislativo.

Que la interculturalidad y la salud surgen como dimensiones que se integran a la mayoría de las políticas y directrices que buscan avanzar en la garantía del derecho a la salud de la población colombiana. Así, la Política de Atención Integral a la Salud (PAIS), adoptada mediante la Resolución MSPS 429 de 2016, incluyó en su marco estratégico el enfoque poblacional y diferencial como elementos que permiten reconocer las distintas interacciones sociales, geográficas, económicas y culturales que se tejen bajo las nociones de población y territorio, considerando la respuesta diferencial que debe ofrecer el sistema de salud a poblaciones y comunidades étnicas.

Que el Plan Decenal de Salud Pública -PDSP- formulado de manera participativa, a partir de la situación de salud del país, de los imperativos generados en el derecho fundamental a la salud, de las políticas de salud nacionales, los tratados y convenios internacionales relacionados, y de las diferentes políticas sectoriales que impactan los determinantes sociales de la salud, se constituye en la expresión de la Política Pública del sector a largo plazo, cuyo propósito central es crear condiciones que garanticen el mejoramiento del bienestar integral y de la calidad de vida de la población colombiana.

Que, de conformidad con el enfoque diferencial, el cual se constituye en un “Método de análisis que permite comprender la situación de derechos y de vulnerabilidad de la

Continúa la Resolución “Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el Capítulo Étnico con enfoque diferencial para la Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera como parte integral al Plan Decenal de Salud Pública –PDSP 2012-2021”

población. El Sistema Nacional de Atención Integral a la Población en Desplazamiento – SNAIPD, señaló que el enfoque diferencial se puede constituir en un método de análisis, actuación y evaluación, que debe tomar en cuenta las diversidades e inequidades de la población vulnerable para brindarle una atención integral, protección y garantía de derechos.

Que a partir del Enfoque diferencial se da un escenario de reconocimiento, en la acción y la gestión pública y política, de la necesidad de aceptar la diversidad que caracteriza a la condición humana y así dar respuesta de forma integral a las necesidades específicas de estas poblaciones en el goce de sus derechos, el acceso a los servicios públicos y en general a las oportunidades sociales. Desde lo normativo, el enfoque diferencial se articula con el Enfoque de derechos apelando a los principios de no discriminación, de inclusión social y de dignidad humana”.

Que teniendo en cuenta la mencionada dimensión transversal “*Gestión diferencial de poblaciones vulnerables*” del Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021, reconoce las diferencias entre distintos grupos poblacionales y la necesidad de responder con medidas adecuadas a los requerimientos de las poblaciones en las que dichas diferencias, significan desventaja o están relacionadas con múltiples factores que generan inequidades, y en el numeral 8.1.4.4, Salud en poblaciones étnicas, el capítulo étnico definirá los objetivos sanitarios, metas, estrategias y acciones concertadas con los grupos étnicos, como sujetos de derechos, para promover la atención con calidad de acuerdo con las necesidades diferenciales.

Que, el literal b) del artículo 6 ibídem, establece, como elemento esencial del derecho fundamental a la salud, la “Aceptabilidad” que hace referencia al respeto que los agentes del sistema deben tener frente a “las diversas culturas de las personas, minorías étnicas, pueblos y comunidades, respetando sus particularidades socioculturales y cosmovisión de la salud, permitiendo su participación en las decisiones del sistema de salud que le afecten...”. A su vez, el literal l) del artículo 6 mencionado, señala como principio del derecho a la salud, la “Interculturalidad”, definida como el esfuerzo deliberado por construir mecanismos que integren las diferencias culturales en la salud a partir del reconocimiento de “los saberes, prácticas y medios tradicionales, alternativos y complementarios para la recuperación de la salud...”, n) Protección pueblos y comunidades indígenas, Rom y negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras.

Que para los pueblos y comunidades indígenas, Rom y negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, se garantizará el derecho a la salud como fundamental y se aplicará de manera concertada con ellos, respetando sus costumbres.

Que el Ministerio de Salud y Protección Social junto con el Ministerio del Interior como garante de la Consulta Previa, con las instancias legítimas como Espacio Nacional de Consulta Previa con la **Comisión de protección social, salud, ICBF, mujer, género y generaciones y la Consultiva de Alto Nivel**, para las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, se realizó la Consulta Previa de conformidad con lo consagrado en el Decreto 1372 de 2018 y Decreto 1640 de 2020 respectivamente y donde se desarrollaron mediante los espacios de diálogo, trabajo conjunto y

Continúa la Resolución “Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el Capítulo Étnico con enfoque diferencial para la Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera como parte integral al Plan Decenal de Salud Pública –PDSP 2012-2021”

concertación, entre el Ministerio de Salud y protección Social los acuerdos los cuales fueron protocolizados mediante Acta de la consulta Previa y que hará parte de este acto administrativo.

Que para garantizar la participación de los diversos enfoques diferenciales que concurren en las diferentes expresiones organizativas adoptadas por las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras de nivel nacional, se designará un (1) delegado nacional por cada uno de los siguientes sectores poblacionales: 5.1. Jóvenes. 5.2. Mujeres. 5.3. Víctimas. 5.4. LGBTI. 5.5. Personas con discapacidad. 5.6. Adulto mayor” (Artículo 2.5.1.4.2. Decreto 1372 de 2018)

Que, a partir de las normas precitadas y las que surgen con posterioridad a la adopción del Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021 mediante la Resolución 1841 de 2013, este Ministerio desarrolla el capítulo étnico de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras del Plan Decenal de Salud Pública. Los contenidos construidos en el citado capítulo son fundamentales para la continuidad de la planeación territorial en salud con enfoque étnico diferencial en los marcos de la política sectorial y demás políticas relacionadas y en especial para la formulación del PDSP 2022 – 2031.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Artículo 1. Modifíquese el artículo 1 de la Resolución 1841 de 2013 modificada por la Resolución 050 de 2021 de 2013, y la Resolución 2405 de 2021 el cual quedará así:

“Artículo 1. Plan decenal de salud pública. Adóptese el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, el cual 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.

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 mencionado Plan.

El Plan Decenal de Salud Pública estará conformado por cuatro anexos técnicos esto es , el Anexo Técnico 1: Plan Decenal de Salud Pública-PDSP 2012-2021, Anexo Técnico 2: Capítulo indígena para los pueblos y comunidades indígenas de Colombia, y Anexo 3: Capítulo Diferencial de la población Víctima de conflicto armado, y Anexo 4 el Capítulo Diferencial para la Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera de Colombia, los cuales harán parte integral de la presente resolución”.

Parágrafo 1. Los capítulos indígenas para los pueblos y comunidades indígenas de Colombia, Capítulo Diferencial de la población Víctima de conflicto armado, Capítulo Diferencial para la Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera de Colombia, adoptados mediante este acto, constituirán el insumo fundamental para la formulación

Continúa la Resolución “Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el Capítulo Étnico con enfoque diferencial para la Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera como parte integral al Plan Decenal de Salud Pública –PDSP 2012-2021”

del siguiente Plan Decenal, por lo que deberán ser incorporados al acto administrativo que así lo adopte.

Parágrafo 2. *De implicar ajustes y complementariedades sustanciales, serán construidas en el marco de los espacios participativos que corresponda a las diferentes comunidades. así Indígenas a través de las organizaciones y sus representantes en especial la Subcomisión de Salud de la Mesa Permanente de Concertación con los pueblos y organizaciones indígenas y de población víctimas de conflicto armado, y Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera de Colombia con el Espacio Nacional de Consulta Previa, así como tener en cuenta las recomendaciones que formule la Comisión Consultiva de Alto Nivel respectivamente.*

Artículo 2. Modifíquese el artículo 2 de la resolución 1841 de 2013, modificada por la Resolución 050 de 2021 y Resolución 2405 de 2022 el cual quedará así:

“Artículo 2. Responsabilidades de las entidades territoriales. *Las entidades territoriales de acuerdo con sus competencias y necesidades, condiciones y características de su territorio, deberán adaptar y adoptar los contenidos establecidos en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, en cada cuatrienio a través del Plan Territorial de Salud y coordinar su implementación en su área de influencia, de conformidad con los lineamientos que para el efecto defina este Ministerio.*

Para la incorporación y desarrollo de los capítulos adoptados mediante la presente resolución y que deberá ser incorporado para el siguiente Plan Decenal se tendrá en cuenta lo siguiente:

2.1. Capítulo indígena para los pueblos y comunidades indígenas de Colombia

Para el desarrollo del capítulo Indígena de los pueblos y comunidades en los planes territoriales de salud, las entidades territoriales propiciarán los espacios de participación, en garantía del diálogo con ellos, a través de sus representantes, para la inclusión de acciones propias e interculturales de los aspectos socio culturales de la población indígena, que les permita ampliar y comprender mutuamente el conocimiento de su situación de salud. Para este fin deberán:

a.) Elaborar la priorización en salud pública, teniendo en cuenta los instrumentos de planeación propia de y,

i.) Definirán, organizarán y convocarán, la participación de actores comunitarios pertenecientes a los pueblos y comunidades indígenas, ii.) Convocarán 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 y iii.) Vincularán a los actores comunitarios, las autoridades propias y/o tradicionales, sabedores de la medicina ancestral y de las estructuras propias de salud de las comunidades indígenas definidas, 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

Continúa la Resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el Capítulo Étnico con enfoque diferencial para la Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera como parte integral al Plan Decenal de Salud Pública –PDSP 2012-2021"

en su situación de salud, y iv) Gestionarán los procesos de participación y brindarán acompañamiento y apoyo a todas las instancias, respetando su autonomía.

b.) Definir, con la participación de los pueblos y comunidades indígenas, los lineamientos para la incorporación de las variables propias e interculturales, así como incorporar información socio cultural de la población indígena, en los Análisis de Situación de Salud territoriales, que les permita comprender y ampliar el conocimiento de la situación de salud de los pueblos y comunidades indígenas, en coherencia con los lineamientos y metodologías dispuestas por este Ministerio para la elaboración del Análisis de la Situación de Salud (ASIS).

c.) Elaborar el componente estratégico y de inversión plurianual del PTS, en el marco del proceso de planeación integral en salud, tomando como referente las líneas estratégicas planteadas en el Capítulo étnico de los pueblos y comunidades indígenas para cada una de las dimensiones prioritarias y transversales del PDSP.

d.) Elaborar el componente operativo y de inversión del PTS, en el marco del proceso de planeación integral en salud, así como el Plan Anual de Salud - PAS.

2.2. Capítulo diferencial para población víctimas del conflicto armado en Colombia.

“Artículo 2. Responsabilidades de las entidades territoriales. Las entidades territoriales de acuerdo con sus competencias y necesidades, condiciones y características de su territorio, deberán adaptar y adoptar los contenidos establecidos en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, en cada cuatrienio a través del Plan Territorial de Salud y coordinar su implementación en su área de influencia, de conformidad con los lineamientos que para el efecto defina este Ministerio.

Para la incorporación del Capítulo Diferencial para la Población Víctima del Conflicto Armado en los Planes Territoriales de Salud, las entidades territoriales propiciarán los espacios de participación para la garantía del diálogo y la concertación con la población víctima del conflicto armado, lo cual implica:

- a) Identificar y convocar a las mesas municipales y departamentales de participación efectiva de la población víctima del conflicto armado a que hace referencia la Ley 1448 de 2011, pudiendo incluir, a miembros o representantes de la Mesa Nacional de Participación Efectiva de las Víctimas del Conflicto Armado a los espacios participativos de formulación de los Planes Territoriales de Salud.
- b) Propiciar los espacios de diálogo y participación de los representantes de la población víctima del conflicto armado al desarrollo de los momentos de identificación y comprensión integral de las condiciones en que se encuentra la población víctima del conflicto armado, de los factores diferenciales que inciden en su situación de salud y de las acciones y respuestas diferenciales que se incorporarán a los Planes Territoriales de Salud en sinergia con los demás instrumentos y procesos de gestión en el territorio”.

Continúa la Resolución “Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el Capítulo Étnico con enfoque diferencial para la Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera como parte integral al Plan Decenal de Salud Pública –PDSP 2012-2021”

2.3. Capítulo Diferencial para la Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera

Al Plan Decenal de Salud Pública en los Planes Territoriales de Salud, las entidades territoriales propiciarán los espacios de participación para la garantía del diálogo y la concertación con la población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera, lo cual implica:

- a. *Identificar y convocar a las instancias legítimas de participación de la Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera a sus líderes, lideresas y demás representantes que abogan por sus intereses a los espacios participativos de formulación de los Planes Territoriales de Salud.*
- b. *Propiciar los espacios de diálogo y participación de sus líderes, lideresas y demás representantes que abogan por sus intereses al desarrollo de los momentos de identificación y comprensión integral de las condiciones en que se encuentra la población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera, de los factores diferenciales que inciden en su situación de salud y de las acciones y respuestas diferenciales que se incorporarán a los Planes Territoriales de Salud en sinergia con los demás instrumentos y procesos de gestión en el territorio”.*

Parágrafo. Este Ministerio orientará y asesorará la implementación y el desarrollo del capítulo indígena del PDSP, en el marco SISPI

Artículo 3. Armonización e Incorporación al Plan Decenal 2022-2031. Los capítulos diferenciales adoptados mediante la Resoluciones 050 de 2021, 2405 de 2021 y la que hoy se adopta deberán ser incorporadas al siguiente Plan Decenal 2022-2031 en virtud de ser un insumo fundamental para la su formulación.

Artículo 4. Modifíquese el artículo 6 de la Resolución 1841 de 2013, el cual fue modificado por la Resolución 050 de 2021 y la Resolución 2405 de 2022 el cual quedará así:

Artículo 5. Vigencia. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación y hasta la entrada en vigencia del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, en consecuencia, los plazos aquí establecidos que culminen el 31 de diciembre de 2021 se entenderán prorrogados hasta que se expidan e incorporen dichos actos administrativos al PDSP en mención

Artículo 6. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D. C., a los

Continúa la Resolución “Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el Capítulo Étnico con enfoque diferencial para la Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera como parte integral al Plan Decenal de Salud Pública –PDSP 2012-2021”

FERNANDO RUIZ GÓMEZ
Ministro de Salud y Protección Social

Aprobó
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios
Dirección de Epidemiología y Demografía
Dirección de Promoción y Prevención
Oficina de Promoción Social
Dirección jurídica

Continúa la Resolución “Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el Capítulo Étnico con enfoque diferencial para la Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera como parte integral al Plan Decenal de Salud Pública –PDSP 2012-2021”

TABLA DE CONTENIDO

Introducción 12

1. Antecedentes 14

1.1. Ordenamientos jurídicos y jurisprudencial de reconocimiento de la diversidad étnica y derechos colectivos 14

1.2. Marco normativo y político de la formulación del capítulo étnico del PDSP 16

1.3. Marco jurídico y político para las respuestas en salud de las poblaciones étnicas 18

2. Marco conceptual 22

2.1. Enfoques y modelo conceptual.....22

2.2. Modelo de Determinantes Sociales de la Salud..... 24

3. Capítulo étnico de comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras . 25

3.1. Contexto de la situación de salud de las comunidades afrocolombianas 25

3.1.1. Distribución territorial y perfil demográfico 26

3.1.2. Contexto social y cultural..... 31

3.1.3. Perfil de morbilidad..... 33

3.1.4. Respuestas del Sistema de Salud a las condiciones de salud..... 36

3.1.5. Percepciones sobre el estado de salud 37

3.1.6. Análisis de desigualdades 37

3.2. Metodología 40

3.2.1. Ruta metodológica con las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras..... 40

Fase de alistamiento 41

Fase de consulta previa 42

Espacio de construcción con las entidades territoriales, los preacuerdos..... 46

Generación de la matriz 4, los acuerdos 51

Fase de Protocolización 53

3.2.2. Metodología de obtención y análisis de la información 57

3.3. Resultados del análisis cuantitativo y cualitativo 58

3.4. Análisis cualitativo específico del eje LGBTI75

3.4.1. Racismo, discriminación y estigma..... 75

3.4.2. Violencia basada en orientación e identidad sexual..... 77

3.4.3. Atención en salud sin enfoque diferencial..... 78

3.4.4. Necesidad de fortalecimiento de decisiones médicas en personas intersexuales..79

3.4.5. Necesidad de entornos laborales saludables para población informal LGBTI80

3.4.6. Necesidad de formación educativa sobre enfoque diferencial LGBTI 81

Continúa la Resolución “Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el Capítulo Étnico con enfoque diferencial para la Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera como parte integral al Plan Decenal de Salud Pública –PDSP 2012-2021”

3.4.7. Necesidad de mecanismos de participación, concertación y empoderamiento de grupos con enfoque diferencial en la planeación territorial en salud 82

3.5. Análisis cualitativo específico del eje MUJERES 84

3.5.1. Necesidad de reconocimiento de derechos de las mujeres negras..... 84

3.5.2. Atención en salud sin enfoque diferencial..... 85

3.5.3. Violencia basada en género contra las mujeres negras..... 87

3.5.4. Necesidad de mecanismos de participación con enfoque diferencial de género para las mujeres negras 87

3.6. Marco estratégico 89

3.6.1. Objetivo general 89

3.6.2. Objetivos estratégicos 89

3.6.3. Acuerdos entre Ministerio de Salud y Protección Social y el ENCP 90

3.6.4. Financiación 91

3.6.5. Monitoreo y evaluación..... 91

3.6.6. Acuerdo de salvaguarda del ENCP 92

Bibliografía 92

Glosario..... 96

Lista de Siglas..... 96

Lista de cuadros

Cuadro 1. Normas generales sobre el derecho a la salud para las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras 20

Cuadro 2. Normas específicas sobre el derecho a la salud comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras 20

Cuadro 3. Asambleas realizadas en la Consulta Previa del capítulo de las comunidades Negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras 44

Cuadro 4. Espacios de la construcción colectiva 46

Lista de tablas

Tabla 1. Población afrocolombiana por departamento 27

Tabla 2. Territorios Colectivos de Comunidades Negras por departamento y área..... 29

Tabla 3. Indicadores demográficos población general y población afrocolombiana 31

Lista de figuras

Figura 1. Pirámide Poblacional población Afrocolombiana, Proyección censo 2005 30

Figura 2. Mortalidad materna según etnia, 2008-2017 34

Figura 3 . Mortalidad neonatal según etnia, 2008-2017 35

Continúa la Resolución “Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el Capítulo Étnico con enfoque diferencial para la Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera como parte integral al Plan Decenal de Salud Pública –PDSP 2012-2021”

Figura 4. Diagrama del desarrollo metodológico para el análisis de la información de acuerdo con la ruta Metodológica concertada 40

Lista de ilustraciones

Ilustración 1. Componentes de la Ruta Metodológica 41

Ilustración 2. Esquema organizativo de la garantía de participación de la consulta previa43

Ilustración 3. Nube de palabras del eje de Participación 59

Ilustración 4. Nube de palabras del eje de Población y Territorio 61

Ilustración 5. Nube de palabras del eje de Medio Ambiente 63

Ilustración 6. Nube de palabras del eje de Barreras en salud 65

Ilustración 7. Nube de palabras del eje de Sabiduría ancestral y Saber 66

Ilustración 8. Nube de palabras del eje de Fortalecimiento del talento humano de la Sabiduría ancestral y el saber 67

Ilustración 9. Nube de palabras del eje de Prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales 68

Ilustración 10. Nube de palabras del eje de Protección lingüística 70

Ilustración 11. Nube de palabras del eje LGBTIQ+ 72

Ilustración 12. Nube de palabras pregunta específica población trans 72

Ilustración 13. Nube de palabras del eje de Mujer 74

Lista de mapas

Mapa 1. Situación de las organizaciones políticas y de gobernanza de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, 2021, Colombia. 44

Continúa la Resolución “Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el Capítulo Étnico con enfoque diferencial para la Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera como parte integral al Plan Decenal de Salud Pública –PDSP 2012-2021”

INTRODUCCIÓN

El Plan Decenal de Salud Pública, es el marco de la política pública dirigida a la concreción de condiciones de equidad en salud. En consecuencia, sus objetivos estratégicos son: 1) avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud; 2) mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud y disminuir la carga de enfermedad existente; 3) mantener cero tolerancias frente a la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad evitable.

El enfoque garantista del bloque constitucional que enmarca el reconocimiento de nuestra sociedad multiétnica y pluricultural se expresa en la *Dimensión transversal de gestión diferencial de poblaciones vulnerables* del Plan Decenal de Salud Pública que se ejecuta actualmente. Esta dimensión incluye el componente de *Salud en poblaciones étnicas* con sendas metas para la ruta de salud pública y el modelo de prestación de servicios. Ambas metas están fundamentadas en perspectivas de adecuación etnocultural y necesidades diferenciales de estas poblaciones. En este sentido, se desarrollan los procedimientos legales establecidos para la construcción del capítulo étnico de los tres grupos étnicos reconocidos en el país y dentro de estos el de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras.

Para el logro de este propósito, se señaló como imperativo la participación de representantes y autoridades de las diferentes organizaciones de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, para la elaboración de su correspondiente capítulo bajo el enfoque étnico y diferencial, la inclusión de concepciones y manejos propios respecto a la salud y enfermedad y la garantía en todo esto con un abordaje intercultural. Lo anterior, con la finalidad de identificar situaciones y líneas de acción específicas que contribuyan a la superación de inequidades y barreras que afectan las condiciones de salud de estas poblaciones y que pueden obstaculizar la concreción de los derechos individuales y colectivos que son fundamentales para la existencia física y cultural de este grupo poblacional.

Así, la construcción de este capítulo es resultado de un proceso de inclusión y participación social de este sector étnico y de un ejercicio de interacción entre el Ministerio de Salud y Protección Social y las organizaciones representativas de este grupo, al igual que con instituciones estatales tanto del sector salud como también de otros que tienen funciones relacionadas con políticas que inciden en la situación de salud de las poblaciones.

En este sentido, el objetivo de este capítulo enmarcado en el PDSP 2012 – 2021, y 2022-2031 es presentar los fundamentos, la caracterización situacional, y los lineamientos, metas, estrategias y acciones específicas y diferenciales en salud pública dirigidas a las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras según se ha determinado en el proceso participativo, con el propósito de que las entidades territoriales departamentales y municipales en cumplimiento de los mandatos normativos y propios de sus competencias, incorporen en los Planes Territoriales de Salud el enfoque étnico diferencial, y en consecuencia implementen su ejecución con la participación de los diferentes actores públicos, privados y comunitarios responsables del bienestar de estas comunidades.

Lo anterior de conformidad con las normas precitadas y las que surgen con posterioridad a la adopción del Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021 mediante la Resolución 1841 de 2013, en virtud del principio de progresividad y la confluencia de las políticas públicas sectoriales y las de los demás sectores. Es por esto que el Ministerio desarrolla el capítulo étnico de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras del Plan Decenal de Salud Pública. Los contenidos construidos en el citado capítulo son fundamentales para la continuidad de la planeación territorial en salud con enfoque étnico diferencial en los marcos de la política

Continúa la Resolución “*Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el Capítulo Étnico con enfoque diferencial para la Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera como parte integral al Plan Decenal de Salud Pública –PDSP 2012-2021*”

sectorial y demás políticas relacionadas y en especial para la formulación del PDSP 2022 – 2031.

El capítulo contiene la siguiente estructura: En primer lugar, se destacan los antecedentes que soportan esta formulación, la cual incluye los referentes jurídicos, normativos y políticos que fundamentan el reconocimiento de la diversidad étnica en Colombia y que a la vez generan derechos colectivos para las respuestas en salud de las poblaciones étnicas y en particular de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras.

Luego, se encuentra el marco conceptual que soporta la visión y perspectiva de este capítulo étnico; en el cual se asumen los derroteros de participación e inclusión según sus derechos colectivos, enfoques pertinentes en cuanto a la perspectiva diferencial y de interculturalidad e igualmente los enfoques y modelos planteados en el PDSP.

En la tercera parte se desarrolla el contenido del capítulo étnico de las **comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras**. En este aparte se presenta su contexto poblacional y sociocultural, la metodología, los resultados de las asambleas y el marco estratégico. Este último incluye objetivo general y estratégicos, las líneas estratégicas y los elementos para el seguimiento, monitoreo y evaluación.

Finalmente se incluyen las referencias bibliográficas utilizadas en el documento, el glosario y los anexos correspondientes.

Continúa la Resolución “Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el Capítulo Étnico con enfoque diferencial para la Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera como parte integral al Plan Decenal de Salud Pública –PDSP 2012-2021”

1. ANTECEDENTES

2. ***Ordenamientos jurídicos y jurisprudencial de reconocimiento de la diversidad étnica y derechos colectivos***

Los fundamentos del trato preferente que el Estado debe prodigarle a las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras en aras de la protección de su identidad étnica diferenciada deben buscarse, en los distintos postulados constitucionales que proclaman a Colombia como un Estado Social de Derecho participativo y pluralista que reconoce su diversidad étnica y cultural y la igualdad y dignidad de toda su cultura, en los tratados de derechos humanos que han sido incorporados al ordenamiento interno con jerarquía de normas constitucionales, como el Convenio 169 de la OIT, y en los demás instrumentos internacionales que, sin contar con esa fuerza normativa, operan como criterio de interpretación del contenido y alcance de los derechos fundamentales reconocidos a las minorías étnicas.

Es así que en Colombia, en el año de 1991 se expidieron disposiciones jurídicas de la mayor jerarquía que consagran el reconocimiento y preservación de la diversidad étnica y cultural como principio del Estado Social de Derecho, y del cual se deriva un conjunto de disposiciones especiales que salvaguardan, reconoce y protege la diversidad étnica y cultural de la nación colombiana y promueve y fomenta el acceso los derechos colectivos y fundamentales de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras. Un componente central de este ordenamiento es la Ley 21 de 1991 “*Por la cual se aprueba el Convenio 169 Sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes, adoptado por la 76ª Reunión de la Conferencia General de la OIT, Ginebra-1989*”. Este convenio, al igual que otras disposiciones de carácter internacional ratificados por el país como “*La convención internacional sobre la eliminación de todas las formas de discriminación racial*” (Ley 22 de 1981), entran a ser parte del bloque de constitucionalidad en virtud del Art. 93 de la Constitución Política, en el que se señala que “*Los tratados y convenios internacionales ratificados por el Congreso, que reconocen los derechos humanos y que prohíben su limitación en los estados de excepción, prevalecen en el orden interno*”.

Los derechos y deberes consagrados en esta Carta se reinterpretarán de conformidad con los tratados internacionales sobre derechos humanos ratificados por Colombia”, que ratificó el Convenio 169 de la OIT “*Sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes*”, el cual incluye, entre otros, lineamientos normativos referentes a la participación, la consulta previa, tierras, contratación y condiciones de empleo, formación profesional e industrias rurales, seguridad social y salud, educación y medios de comunicación, tal como los señala la OIT, “*El Convenio se fundamenta en el respeto a las culturas y las formas de vida de los pueblos indígenas y reconoce sus derechos sobre las tierras y los recursos naturales, así como el derecho a decidir sus propias prioridades en lo que atañe al proceso de desarrollo. El objetivo del Convenio es superar las prácticas discriminatorias que afectan a estos pueblos y hacer posible que participen en la adopción de decisiones que afectan a sus vidas*”. (2013. Pág.: 1).

Dados los alcances del Convenio 169 y según diferentes conceptos y sentencias, este se hace extensivo tanto a los pueblos indígenas como a las comunidades Negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y al pueblo Rrom o gitanos, grupos a los cuales se les reconocen sus condiciones específicas a nivel sociocultural y derechos asociados a la protección especial como conglomerados étnicos y a la garantía de pervivencia física y cultural.

La Corte Constitucional, en el año 1999, al integrar al bloque de constitucionalidad los Convenios de la OIT, también le dio carácter vinculante y de obligatorio cumplimiento a las recomendaciones

Continúa la Resolución *“Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el Capítulo Étnico con enfoque diferencial para la Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera como parte integral al Plan Decenal de Salud Pública –PDSP 2012-2021”*

que emite el Comité de Libertad Sindical como órgano de control de la OIT. Como parte sustantiva de la Constitución Política Nacional, se encuentra el llamado bloque constitucionalidad, conformado para el caso de los derechos de los pueblos étnicamente diferenciados por el Convenio 169 de la OIT, ratificado por Colombia mediante la Ley 21 de 1991, y la Declaración de los Derechos de los Pueblos Indígenas de Naciones Unidas

Por su parte, la Constitución Política establece en uno de sus principios fundamentales que *“El Estado reconoce y protege la diversidad étnica y cultural de la nación colombiana”* (Art. 7) y dentro de los derechos sociales, económicos y culturales 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...”*, adicionalmente a los ya citados, en la Constitución política, existen otros artículos que tratan de manera expresa sobre la diversidad étnica y cultural, entre estos están: 8, 10, 13, 63, 68, 72, 96, 171, 176, 246, 286, 321, 329, 330, 357, y transitorios 55 y 56.

De estas disposiciones se generan derechos colectivos para los grupos étnicos, en diferentes ámbitos, entre ellos el de participación en la definición y ejecución de las políticas públicas que se relacionen con sus condiciones de vida, las cuales deben ser acordes con sus particularidades. En este sentido los planes, programas, proyectos y acciones a realizar en las comunidades pertenecientes a estos grupos, deben ser adecuadas a los requerimientos y especificidades dadas sus condiciones socioculturales, con el fin de que garanticen la protección y no afectación de sus identidades.

El fundamento y finalidad de estos derechos colectivos es procurar que más allá de la garantía a los derechos de los individuos pertenecientes a estos grupos se brinde la protección necesaria para la existencia y perdurabilidad del conjunto social diferenciado. De manera reiterada, organismos internacionales y la jurisprudencia nacional han señalado que los grupos étnicos no pueden asumirse como una sumatoria de individuos sino como conglomerados de sujetos que fundamenta su existencia en lazos de parentesco, en relaciones sociales espirituales y terrenales que les generan pertenencia y continuidad como colectivo.

Línea Jurisprudencial

La primera aproximación al debate sobre la titularidad de los derechos fundamentales de los afrocolombianos y a las categorías conceptuales (raza, etnia, cultura, territorio) con las que se ha vinculado su condición de sujetos de especial protección constitucional.

Es profusa la jurisprudencia constitucional que ha revisado asuntos sobre la materia. En efecto, son varios los fallos que en sede de control de constitucionalidad y de tutela se han referido a la noción de comunidad negra - tanto en el ámbito de la Ley 70 de 1993 como en el de la expresión pueblo tribal que ideó la OIT- a los elementos que configuran la diversidad de estas colectividades y a los distintos factores a partir de los cuales podría validarse o descartarse la identidad afrocolombiana de cierto grupo o individuo.

Dentro de las múltiples sentencias que sobre el particular se han expedido sin embargo se destaca para el caso que nos ocupa la Sentencia T-576/14 que ordenó al Ministerio del Interior adelantar un proceso de consulta con las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras del país para definir las pautas de integración del Espacio Nacional de Consulta Previa de las medidas legislativas y administrativas de carácter general que sean susceptibles de afectarlas directamente. Así mismo, el Ministerio del Interior divulgó en su página de internet y en los medios masivos de comunicación del país, la propuesta de protocolo de consulta previa, libre e informada y vinculante

Continúa la Resolución “Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el Capítulo Étnico con enfoque diferencial para la Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera como parte integral al Plan Decenal de Salud Pública –PDSP 2012-2021”

para las Comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras de áreas rurales y urbanas, aprobada en el marco del Primer Congreso Nacional Autónomo del Pueblo Negro, Afrocolombiano, Palenquero y Raizal, celebrado en la ciudad de Quibdó - Chocó, entre el 23 y el 27 de agosto del 2013, y la cual debía utilizarse como punto de referencia del proceso de consulta

3. Marco normativo y político de la formulación del capítulo étnico del PDSP

El Ministerio de Salud y Protección Social –MSPS- impulsó la formulación del Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012-2021, 2022-2031 en correspondencia con lo determinado en el Artículo 6 de la Ley 1438 de 2011 “Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud...”, en su Artículo 6°. *Plan Decenal para la Salud Pública. El Ministerio de la Protección Social elaborará un Plan Decenal de Salud Pública a través de un proceso amplio de participación social y en el marco de la estrategia de atención primaria en salud, en el cual deben confluir las políticas sectoriales para mejorar el estado de salud de la población, incluyendo la salud mental, garantizando que el proceso de participación social sea eficaz, mediante la promoción de la capacitación de la ciudadanía y de las organizaciones sociales. El Plan definirá los objetivos, las metas, las acciones, los recursos, los responsables sectoriales, los indicadores de seguimiento, y los mecanismos de evaluación del Plan...*

Dicho Plan, una vez elaborado y validado, fue adoptado mediante la Resolución 1841 de 2013 expedida por el MSPS.

En este Plan confluyen una serie de imperativos de acción pública que están determinados en un amplio cuerpo normativo, en el cual se encuentran la Constitución Política, la Ley 100 de 1993 sobre el Sistema General de Seguridad Social, la Ley 152 de 1994 u “Orgánica del Plan de Desarrollo”, la Ley 715 de 2001 sobre el Sistema General de participaciones, la Ley 1122 de 2007 “Por la cual se hacen algunas modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud...” y el Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014 “Prosperidad para todos” que fue expedido mediante la Ley 1450 de 2011.

Igualmente, en la formulación del PDSP se recogen y articulan lineamientos jurídicos del ámbito internacional y nacional que se asocian con los derechos sociales, económicos y culturales y con las competencias de las diversas instituciones sectoriales que tienen responsabilidades en su realización y por lo tanto en el mejoramiento de las condiciones de vida de la población en general.

El MSPS en consecuencia, con el reto de incluir un enfoque diferencial acorde con el reconocimiento de la diversidad étnica y sociocultural del país, con los derechos colectivos, previó en el PDSP la construcción de un capítulo étnico. Para lo cual se incluyó en la “Dimensión transversal gestión diferencial de poblaciones vulnerables”, el componente relacionado con “Salud en poblaciones étnicas” que tiene por objetivo *“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 capítulo étnico que será un anexo integral del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, 2022-2031”*.

Es así como los componentes de la dimensión, específicamente: Salud en población étnica se definirá los objetivos sanitarios, metas, estrategias y acciones concertadas con los grupos étnicos, como sujetos de derechos, para promover la atención con calidad de acuerdo con las necesidades diferenciales. El objetivo único del componente es asegurar las acciones diferenciales en salud pública para los grupos étnicos, tendientes a garantizar el goce efectivo del derecho a la salud, mejorar las condiciones de vida y salud y lograr cero tolerancias con la

Continúa la Resolución *“Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el Capítulo Étnico con enfoque diferencial para la Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera como parte integral al Plan Decenal de Salud Pública –PDSP 2012-2021”*

morbilidad, mortalidad y discapacidad evitables, mediante la formulación del capítulo étnico que será un anexo integral del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. El componente tiene una estrategia única: planeación en salud con adecuación etnocultural, la cual incluye: levantamiento de insumos regionales para el capítulo étnico del PDSP; adopción, adaptación y armonización del capítulo étnico con los Planes de Salud Territorial y los Planes Operativos Anual e Institucional; consolidación de alianzas con los gestores comunitarios de los diferentes grupos étnicos, para facilitar el desarrollo de modelos y rutas de atención y acceso a los servicios, preservando las raíces culturales de la medicina tradicional y el reconocimiento de los médicos tradicionales y parteras como alternativas de atención en salud.”

Este capítulo étnico, a la vez, es consecuente con lo determinado en el numeral 6º del artículo 3º de la Ley 1438 de 2011, en donde se señala el principio de “Enfoque diferencial” a través del cual se *“reconoce que hay poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, raza, etnia, condición de discapacidad y víctimas de la violencia para las cuales el Sistema General de Seguridad Social en Salud ofrecerá especiales garantías y esfuerzos encaminados a la eliminación de las situaciones de discriminación y marginación”* y con lo previsto en el artículo 13 de la misma norma, en el cual se plantea la “Interculturalidad” como elemento constitutivo de la Atención Primaria en Salud.

De manera específica, el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “Todos por un nuevo país”, como resultado de la consulta previa con los grupos étnicos, señaló la *“Construcción participativa del capítulo especial para pueblos indígenas en el PDSP”* y *“elaboración del capítulo especial del Pueblo Rrom en el capítulo étnico del PDSP y de la resolución para la implementación de este y validación del contenido del capítulo con la Comisión Nacional de Diálogo del Pueblo Rrom”*. (págs. 401 y 404).

Así mismo, el PND 2010-2014 “Prosperidad para todos” planteó dentro de los compromisos con la población afrocolombiana, que: *“4. El Gobierno nacional garantiza la participación de las Comunidades Negras a través de la Subcomisión de salud en la formulación del Plan Decenal de Salud Pública. 5. Incluir las acciones con enfoque diferencial en el Plan Nacional de Salud Pública, los Planes Territoriales de Salud, los Planes de Intervenciones colectivas y los Planes de beneficio”* (Pág.: 674).

El capítulo de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras presentado en este documento, recibió un impulso determinante por el PND 2018 – 2022 Pacto por Colombia Pacto por la Equidad con el acuerdo con estas comunidades que estableció que *“El ministerio de salud en el marco de la consulta previa del Plan Nacional de Desarrollo 2018 - 2022, en conjunto con el espacio nacional de la consulta previa construirá los lineamientos a través de los actos administrativos que corresponda para establecer el enfoque étnico diferencial para las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras en la formulación, ejecución y evaluación de los planes territoriales de salud y los planes de salud de intervenciones colectivas que establece la ley”*.

Dados estos referentes jurídicos y lineamientos de política pública, la formulación del capítulo étnico es la concreción de los compromisos asumidos con las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y la definición de rutas de acción para la incidencia, en los diferentes niveles territoriales, sobre determinantes que influyen en las condiciones de salud de dichas comunidades, las cuales viven inequidades en salud que son evitables.

Continúa la Resolución “Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el Capítulo Étnico con enfoque diferencial para la Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera como parte integral al Plan Decenal de Salud Pública –PDSP 2012-2021”

4. Marco jurídico y político para las respuestas en salud de las poblaciones étnicas

El derecho a la salud para las poblaciones étnicas existentes en Colombia se encuentra enmarcado dentro de la juridicidad que determina la universalidad del derecho y en las normas específicas que plantean para estos grupos la exigencia de adecuaciones para el desarrollo de acciones acordes con las condiciones de existencia y las particularidades socioculturales de cada etnia. Así, de estos presupuestos legales se derivan directrices que deberán adelantar el Estado en sus diferentes niveles institucionales y territoriales y los demás actores involucrados en lo relacionado con la garantía del derecho a la salud de los grupos étnicos.

Este marco normativo además de ser el sustento para la elaboración del presente capítulo étnico del Plan Decenal de Salud Pública es una herramienta de exigibilidad de derechos, pues recopila los principales desarrollos normativos en torno al derecho a la salud para estas poblaciones y presenta argumentos jurídicos para la adecuación y acceso a los servicios de salud de acuerdo con las particularidades de estas comunidades.

Tanto en lo referente a la universalidad del derecho como a los imperativos que señalan el requerimiento de adecuaciones en la realización del derecho a la salud para las poblaciones étnicas, el país ha asumido y desarrollado un amplio marco jurídico que además incorpora lineamientos normativos de carácter internacional como los tratados y convenios internacionales de derechos humanos que han sido ratificados en el país, siendo incorporados al bloque de constitucionalidad

Respecto de la universalidad del derecho, se tiene que las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, deben acceder sin ninguna discriminación, al conjunto de prestaciones y servicios que se tienen para toda la población, tal cual está establecido, entre otros, en el “Pacto internacional de derechos, económicos, sociales y culturales”, específicamente 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, en la “Convención internacional sobre la eliminación de todas las formas de discriminación racial” establecido en la Ley 22 de 1981. En especial lo señalado en los Arts. 1 y 2, y en el Convenio 169 de la OIT “Sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes” señalado en la Ley 21 de 1991. Art 24.

En el mismo sentido la Organización de las Naciones Unidas, ONU – declara el Decenio Internacional para los Afrodescendientes – Decenio Afro, proclamado por la resolución 68/237 de la Asamblea General, que se celebrará de 2015 a 2024, el cual constituye un auspicioso período de la historia en el que las Naciones Unidas, los Estados Miembros, la sociedad civil y todos los demás agentes pertinentes se sumarán a los afrodescendientes y adoptarán medidas eficaces para poner en práctica el programa de actividades en un espíritu de reconocimiento, justicia y desarrollo.

Así mismo, la universalidad también se determina de manera explícita, en los artículos 48 y 49 de la Constitución Política; en los Artículos 2, 3, 6, 152 y 153 de la Ley 100 de 1993; en el Artículo 3 de la Ley 1438 de 2011 y; en los Artículos 2, 5 y 6 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

Sin embargo y en razón al reconocimiento de la diversidad étnica y cultural y a los derechos colectivos asociados, juridicidad también contempla el requerimiento de hacer adecuaciones acordes con las particularidades socioculturales. Entre las normas que así lo señalan, se encuentran:

Continúa la Resolución *“Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el Capítulo Étnico con enfoque diferencial para la Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera como parte integral al Plan Decenal de Salud Pública –PDSP 2012-2021”*

Para el conjunto de las poblaciones indígenas, negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, 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); por su parte, la Ley 1438 de 2011 incorporó los principios de “Enfoque diferencial” (Art. 3) y de “Interculturalidad” (Art. 13).

Así mismo, la Ley Estatutaria 1751 de 2015 contempló dentro de los principios del derecho a la salud los relacionados con aceptabilidad, accesibilidad e interculturalidad, esta última definida como *“el respeto por las diferencias culturales existentes en el país y en el ámbito global, así como el esfuerzo deliberado por construir mecanismos que integren tales diferencias en la salud, en las condiciones de vida y en los servicios de atención integral de las enfermedades, a partir del reconocimiento de los saberes, prácticas y medios tradicionales, alternativos y complementarios para la recuperación de la salud en el ámbito global”* (Art. 6. Literal L).

De igual manera, para el conjunto de estas poblaciones la Ley Estatutaria, señaló dentro de sus principios: *“Protección pueblos y comunidades indígenas, ROM y negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras. Para los pueblos y comunidades indígenas, ROM y negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, se garantizará el derecho a la salud como fundamental y se aplicará de manera concertada con ellos, respetando sus costumbres”* (Art. 6. Literal N).

Desarrollado recientemente, es de particular importancia el Plan Nacional de Salud Rural – PNSR. El PNSR tiene por objetivo abordar de forma particular las acciones en salud para la población que habita en zonas rurales y rurales dispersas, atendiendo las particularidades de las condiciones de vida de las personas en estos lugares. La implementación de este marco legal se hace partir de la adecuación cultural de acciones en salud que consiste en construir y/ o adecuar acciones en salud con base en las practicas propias de cada comunidad conservando los significados propios del cuidado en cada lugar.

De manera específica existen referentes normativos para las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras:

En lo referente a las comunidades afrocolombianas la Ley 70 de 1993 en diferentes artículos señaló directrices asociadas con derechos sociales, entre los cuales está el derecho a la salud; es así como en el Artículo 37 establece el deber del Estado de dar a conocer sus derechos económicos, sociales y culturales, dentro de ellos el derecho a la salud; a la vez en los Artículos 47 y 49 se plantean aspectos asociados al desarrollo económico y social. Así mismo la citada Ley, *“..tiene como propósito establecer mecanismos para la protección de la identidad cultural y de los derechos de las comunidades negras de Colombia como grupo étnico, y el fomento de su desarrollo económico y social, con el fin de garantizar que estas comunidades obtengan condiciones reales de igualdad de oportunidades frente al resto de la sociedad colombiana”*. La Comisión Consultiva de Alto Nivel de Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras, prevista en el artículo 45 de la Ley 70 de 1993, es una instancia mixta de diálogo e interlocución entre las citadas comunidades y el Gobierno nacional, con el objeto de adelantar el seguimiento de la reglamentación y la aplicación efectiva de las disposiciones previstas en la Ley 70 de 1993 y sus decretos reglamentarios

A continuación, se presenta un cuadro donde se agrupan las normas referentes al derecho a la salud de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras:

Continúa la Resolución “Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el Capítulo Étnico con enfoque diferencial para la Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera como parte integral al Plan Decenal de Salud Pública –PDSP 2012-2021”

Cuadro 1. Normas generales sobre el derecho a la salud para las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras

TIPO DE NORMA	NOMBRE	DISPOSICIONES PERTINENTES
Constitucional	Constitución Política	Art. 7: Sobre reconocimiento de la diversidad étnica y cultural. Art. 13: Sobre la igualdad y no discriminación Art. 48: La seguridad social como servicio público, irrenunciable, que se debe garantizar a todos los habitantes. Art.49: La atención en salud y el saneamiento básico como servicios a cargo del Estado. Los servicios de promoción, protección y recuperación en salud se garantizan a todas las personas. Art.70: Se reconoce la igualdad y dignidad de todas las culturas que conviven en el país. Art. 366: Se plantea como finalidades sociales del Estado el bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida.
Ley 21 de 1991	Por medio de la cual se aprueba el convenio 169 de la OIT “Sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes”	Artículo 24: Señala que los regímenes de seguridad social deberán extenderse a estos pueblos sin ninguna discriminación. Artículo 25: Contempla que se deberán proporcionar servicios adecuados de salud a los pueblos étnicos, con su participación y coordinarse con otras medidas económicas, sociales y culturales...
Ley 100 de 1993	Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.	Artículo 153: Además del principio de igualdad incluye el enfoque diferencial en el sistema de salud para la eliminación de las situaciones de discriminación y marginación.
Ley 319 de 1996	Por medio de la cual se aprueba el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”, suscrito en San Salvador el 17 de noviembre de 1988.	Artículo 10: señala que todas las personas tienen “derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”. En su literal f este artículo adiciona que el Estado se comprometa a “La satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables.”
Ley 1438 de 2011	“Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”.	Art. 3: Establece el enfoque diferencial y la interculturalidad como uno de los principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Art. 13: La interculturalidad y el enfoque diferencial son elementos a tener en cuenta para implementar la atención primaria en salud
Ley Estatutaria 1751 de 2015	“Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”.	Art. 6: señala como principios de esta Ley la interculturalidad (l) y la protección de pueblos y comunidades Indígenas, Rrom y Negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras.
Resolución 1841 del 2013	Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021	Art. 1: Adopta el Plan Decenal de Salud Pública Art. 5: Coordinación y armonización de políticas para el manejo de los determinantes sociales de la salud.
Resolución 1536 de 2015	“Por el cual se establecen disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la salud “	Art. 6: define la construcción participativa de los planes territoriales de salud Art. 12: Señala la necesidad de realizar una caracterización poblacional para formular acciones pertinentes de acuerdo con el territorio y la población.
Resolución 2626 de 2019	“Adopta el Modelo de Acción Integral Territorial – MAITE, modifica la Política de Atención Integral en Salud — PAIS”	“Objeto. La presente resolución tiene por objeto modificar la Política de Atención Integral de Salud -PAIS y adoptar el Modelo de Acción Integral Territorial MAITE para su implementación”.
Resolución 429 de 2016	“Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud”	Art. 5: uno de sus componentes es la caracterización de la población de manera que las acciones en salud planteadas sean coherentes con las necesidades en salud de cada población

Cuadro 2. Normas específicas sobre el derecho a la salud comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras

TIPO DE NORMA	NOMBRE	DISPOSICIONES PERTINENTES
	“Por la cual se desarrolla el Artículo transitorio 55 de la Constitución Política.	Art. 37: Señala que “El Estado debe adoptar medidas que permitan a las comunidades negras conocer sus derechos y obligaciones, especialmente en lo que atañe al trabajo, a las posibilidades

Continúa la Resolución “Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el Capítulo Étnico con enfoque diferencial para la Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera como parte integral al Plan Decenal de Salud Pública –PDSP 2012-2021”

Ley 70 de 1993		económicas, a la educación y la salud, a los servicios sociales y a los derechos que surjan de la Constitución y las Leyes”. Art. 47. Plantea que “EL Estado adoptará medidas para garantizarle a las comunidades negras...el derecho a desarrollarse económica y socialmente atendiendo los elementos de la cultura autónoma”.
Resolución 3280 de 2018	Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación	Para población Negra, raizal o palenquera (especialmente si son víctimas del conflicto armado) tenga en cuenta: • En la valoración individual y en el desarrollo de intervenciones colectivas, principalmente, reconocer sus sistemas de creencias, tradiciones, costumbres y rituales como factores protectores y de afrontamiento ante la adversidad; • Elaborar guías y protocolos para atención en salud teniendo en cuenta las particularidades del curso de vida de esta población y las afectaciones que con mayor proporción se presentan en ellos: enfermedades cardiovasculares, diabetes, miomatosis uterina, anemia de células falciformes, entre otras; • La mayor prevalencia de diabetes e hipertensión en población negra con respecto a población sin pertenencia étnica puede estar relacionada con los efectos combinados de la migración y la asimilación, la adopción de nuevos patrones de alimentación y la ausencia de factores protectores para el desenvolvimiento en el contexto urbano
Resolución 3280 de 2018	Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación	Para población LGBTI tenga en cuenta: • Diseñar protocolos adecuados de valoración integral (incluyendo el examen físico), que reconozca la afectación a su salud por los entornos homofóbicos, lesbofóbicos o transfóbicos, así como el estrés de las minorías sexuales dadas las violencias de que son objeto. Esto implica reconocer que en la anamnesis no se debe presuponer que todas las personas son heterosexuales, tienen familias nucleares-monogámicas, y que, por tanto, es necesario adecuar las preguntas, reconociendo y respetando la autoidentificación de género del consultante. Preste atención a partes del cuerpo menos comunes de presentación de ITS61 en hombres homosexuales, bisexuales, HSH62 y trans femeninas. • Brinde orientación para el cuidado de las personas en caso de transiciones de hombre a mujer (transexuales femeninas o mujeres transexuales) que se realizan implantes de senos, terapias hormonales con estrógenos, depilaciones del vello facial y corporal, operaciones para definir rasgos faciales femeninos y la cirugía de reasignación genital. Explique y valore riesgos asociados y entregue información en relación con prevención del uso de terapias hormonales y quirúrgicas • En el caso de las personas transmasculinas evalúe y prevenga cáncer de cuello de útero y mamas. Identifique la existencia de enfermedades tiroideas y explore apropiadamente.
OTROS DESARROLLOS EN POLÍTICA PÚBLICA SOBRE EL DERECHO A LA SALUD PARA ESTOS GRUPOS		
CONPES 2909 DE 1997	Programa de apoyo para el desarrollo y reconocimiento étnico de las comunidades negras	Plantea acciones para mejorar las condiciones de salud de la población Afrocolombiana, mediante “el aumento de cobertura, el mejoramiento de la calidad y eficiencia en la prestación del servicio, la capacitación del recurso humano, la complementación y fortalecimiento de la medicina tradicional y la investigación de enfermedades endémicas” (Pág. 12).
CONPES 3058 de 1999	Estrategia del gobierno nacional para apoyar el desarrollo del departamento archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina.	Documento de política formulado para mejorar las condiciones de desarrollo del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Define una serie de acciones en salud para mejorar la atención, infraestructura y cobertura de la población del departamento.
CONPES 3310 de 2004	Política de acción afirmativa para la población Negra o Afrocolombiana	Dentro de las acciones de salud se incluye la construcción de un perfil epidemiológico y la formulación de lineamientos para un modelo de atención en salud para la población afrocolombiana del país.
CONPES 3169 de 2012	Política para la población Afrocolombiana	Establece que el Ministerio de Salud, debe desarrollar sus políticas, planes, programas y acciones adecuándolas a las particularidades y especificidades socioculturales de la población afrocolombiana.

Continúa la Resolución “Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el Capítulo Étnico con enfoque diferencial para la Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera como parte integral al Plan Decenal de Salud Pública –PDSP 2012-2021”

Según lo señalado, existe un extenso marco normativo en el que se determina de manera amplia el derecho que tienen los grupos étnicos y específicamente las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras a que se le garantice el derecho universal a la salud sin ningún tipo de discriminación, a que las acciones se adecuen a sus particularidades e incluyan sus concepciones, saberes y prácticas asociadas al manejo de la salud y la enfermedad y a que en el desarrollo de las actividades en salud se cuente con su participación. En este sentido, lo anterior está dentro del deber ser que el Estado en todos sus niveles y los diferentes actores del sistema de salud, asume para la concreción del derecho a la salud de estos grupos.

La garantía de acceso al derecho a la salud, en igualdad de condiciones al resto de la población, genera el reto de concretar acciones afirmativas para que los diferentes grupos étnicos superen condiciones adversas que en la actualidad están incidiendo en la existencia de desventajas respecto del resto de la sociedad, lo cual es resultado de afectaciones en las condiciones de vida y de factores de inequidad.

Este marco normativo constituye, el lineamiento para que las entidades territoriales en desarrollo de los Planes Territoriales de Salud y las instituciones encargadas de la prestación de servicios a los grupos étnicos, y las demás que por su competencia garanticen su derecho a la salud, fortalezcan el talento humano institucional y formulen acciones incluyentes y diferenciales, de manera concertada y con enfoque intercultural.

5. MARCO CONCEPTUAL

6. *Enfoques y modelo conceptual*

Teniendo en cuenta los enfoques establecidos para el Plan Decenal de Salud Pública y de acuerdo con el marco jurídico de reconocimiento de la diversidad, de derechos específicos de la población étnica y de los derechos en salud para estos grupos, son referentes fundamentales para la participación e inclusión de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras en la formulación y desarrollo de un capítulo específico del PDSP, los siguientes:

- **Enfoque de derechos**

Asume el derecho a la salud como un derecho universal, inherente a la persona, de carácter irrevocable, 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.

En este sentido, el capítulo étnico del PDSP reconoce a las poblaciones indígenas, afrocolombianas y Rrom como sujetos colectivos de derechos y propende por la materialización de condiciones que permitan superar inequidades y mejorar condiciones de existencia en procura de la pervivencia física y cultural de cada uno de estos grupos.

- **Enfoque diferencial**

Dada la multiplicidad de condiciones de existencia de las poblaciones, entre ellas las socioculturales y étnicas, a través del enfoque diferencial se garantiza la formulación y desarrollo de objetivos, estrategias y acciones acordes con los contextos de diversidad y con las particularidades socioculturales, así como con el reconocimiento de los pueblos y grupos étnicos como sujetos colectivos de derechos.

Continúa la Resolución “Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el Capítulo Étnico con enfoque diferencial para la Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera como parte integral al Plan Decenal de Salud Pública –PDSP 2012-2021”

En consecuencia, el enfoque diferencial además de ser fundamento del capítulo étnico del PDSP, está dirigido a que la acción institucional en salud en los diferentes niveles de gobierno incorpore adecuaciones que se correspondan con las particularidades culturales, formas de vida y situaciones y requerimientos específicos de las comunidades según causalidades y determinantes asociados.

- **Enfoque de acciones afirmativas**

Impulsa la realización de acciones dirigidas a la superación de inequidades y desigualdades estructurales que han sido originadas en dinámicas de sometimiento, invisibilización, discriminación, marginamiento u otras prácticas asociadas al desconocimiento y vulneración de derechos.

Desde esta perspectiva, las acciones afirmativas en este capítulo buscan incidir en procesos adversos a las comunidades étnicas que han originado desigualdades e inequidades injustas y evitables y han causado la afectación del “buen vivir”, el “bien estar” y la “armonía” en estos grupos, así como desventajas respecto de otros sectores poblacionales y socioculturales.

Dado que la realización de acciones afirmativas se asocia con el mejoramiento en el acceso a bienes, recursos y servicios que contribuyan al redireccionamiento de dinámicas históricas y condiciones estructurales, en su concreción existen responsabilidades de las instituciones estatales y de los demás sectores y grupos existentes en la sociedad.

- **Enfoque participativo e intercultural.**

La participación social es un mecanismo fundamental de la concreción del Estado de derecho y un imperativo y necesidad al definir políticas públicas para los sectores de población perteneciente a los grupos étnicos.

En este sentido, el capítulo étnico del PDSP impulsa la participación de actores comunitarios, organizativos y autoridades propias de los pueblos y grupos étnicos en la definición y realización de estrategias, acciones y procesos incluyentes para el mejoramiento de las condiciones de salud y de vida en general en un contexto de desarrollo de procesos interculturales.

Así, la concreción de opciones interculturales está definida por la realización de procesos dialógicos dirigidos a la confluencia de las perspectivas y recursos de las culturas que interactúan, para la construcción de alternativas que garanticen un mayor bienestar y mejore las condiciones de vida de las poblaciones étnicas; lo que implica tener en cuenta las cosmovisiones, los saberes y conocimientos, las prácticas y acciones tradicionales y occidentales, para la identificación de situaciones adversas y favorables y para la definición de alternativas y realización de soluciones en el marco de la garantía de derechos.

- **Enfoque de curso de vida**

A partir del reconocimiento de que el curso de vida de las personas y de los grupos sociales está afectado por circunstancias de diferente índole y que en el caso de los grupos étnicos confluyen tanto aspectos estructurales producto de las dinámicas socioeconómicas generales del país como circunstancias específicas del grupo al cual pertenecen, se considera fundamenta el abordaje integral de las condiciones que van determinando la existencia personal y social.

Continúa la Resolución “Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el Capítulo Étnico con enfoque diferencial para la Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera como parte integral al Plan Decenal de Salud Pública –PDSP 2012-2021”

Para la determinación del curso de vida en comunidades étnicas, igualmente hay que tener en cuenta las categorías específicas de ubicación de la población según concepciones, estructuras sociales y roles determinados por las especificidades culturales; con este enfoque se busca la identificación de condiciones, vulnerabilidades y oportunidades de las personas y sectores sociales, para incidir en las situaciones que generan riesgo y afectan la salud presente y futura, a la vez que potencializar procesos para mejorar condiciones actuales y posteriores de los individuos y de la población en general.

- **Enfoque de género**

De acuerdo con lo señalado en el PDSP “La categoría de género permite evidenciar que los roles, identidades y valores que son atribuidos a hombres y mujeres e internalizados mediante los procesos de socialización son una construcción histórica y cultural, es decir que pueden variar de una sociedad a otra y de una época a otra” (Pág. 67).

En consecuencia, con estos procesos de construcción social, en diferentes sociedades se han evidenciado inequidades, desigualdades, discriminación y aún formas de violencia, sometimiento o exclusión que han podido afectar a sectores de población. Igualmente, es posible que se puedan identificar procesos de equidad.

En un caso u otro, a través de este enfoque se busca definir acciones de fortalecimiento de identidades y la construcción de sociedades con una mayor equidad de género y la superación de factores que ponen en desventaja las condiciones de salud y de vida de uno u otro grupo según condiciones de género.

- **Enfoque poblacional**

Teniendo en cuenta lo referido en el PDSP 2012 – 2021, el enfoque poblacional “consiste en identificar, comprender y tomar en consideración las relaciones entre la dinámica demográfica y los aspectos ambientales, sociales y económicos de competencia de los territorios, con el fin de responder a los problemas que de allí se derivan, orientándose a la formulación de objetivos y estrategias de desarrollo para el aprovechamiento de las ventajas del territorio y la superación de desequilibrios...” (Pág. 73).

En consecuencia, a través del enfoque poblacional se busca comprender y abordar procesos de ordenamiento y planeación en el ámbito territorial, con el fin de identificar factores que inciden en las condiciones de existencia de la población y en consecuencia tomar decisiones que lleven a incidir en desigualdades evitables, para lo cual se deben abordar problemas y potencialidades.

Dadas particulares concepciones y formas de vida según grupos étnicos, el abordaje poblacional en cuanto hace a la relación con el territorio y los factores ambientales requiere de incorporar las perspectivas culturales y diferenciales.

- **Enfoque Territorial**

Derivado de la Política pública nacional de discapacidad e inclusión social plasmada en el CONPES 166 de 2013, este enfoque busca transitar de la formulación de políticas que privilegian una visión fraccionada de la realidad, a políticas que se centran en el lugar y privilegian la multidimensionalidad (económica, social, política, ambiental y cultural) del espacio.

7. Modelo de Determinantes Sociales de la Salud

Continúa la Resolución “Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el Capítulo Étnico con enfoque diferencial para la Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera como parte integral al Plan Decenal de Salud Pública –PDSP 2012-2021”

Un aspecto fundamental dentro del marco conceptual y de referencia para el análisis situacional y definición de lineamientos estratégicos y de acción del PDSP 2012-2021, es el de Determinantes Sociales de la Salud. En dicho Plan (retomando a Whitehead, 2006) se señala que los “Determinantes Sociales de la Salud, entendidos como aquellas situaciones o condiciones o circunstancias que hacen parte del bienestar, calidad de vida, desarrollo humano, que ejercen influencia sobre la salud de las personas y que, actuando e interactuando en diferentes niveles de organización, determinan el estado de salud de la población” (Pág.: 74).

En este sentido, existen una serie de circunstancias de carácter histórico, social, económico y aún políticas que inciden en las situaciones y condiciones epidemiológicas de las personas y de las comunidades o sectores de población. Así, dichas circunstancias pueden constituirse en causas de inequidades, desigualdades y brechas en salud.

Igualmente, se considera en el PDSP que, entre los Determinantes Sociales de la Salud, se encuentran unos que son de carácter estructural que afectan a sectores poblacionales y que se relacionan con ingresos, educación, género, raza y pertenencia étnica; y otros de carácter específico que afecta a los individuos y que se asocian con las condiciones socioeconómicas. (Pág.: 76).

Al respecto, al considerarse la situación de salud de las poblaciones étnicas, en el abordaje de Determinantes Sociales de la Salud, dentro de los determinantes estructurales y específicos, es fundamental tener en cuenta las situaciones generadas por la interacción con la sociedad nacional, así como otros que son propios de las circunstancias endógenas a los grupos según sus especificidades de existencia.

Un elemento esencial que se constituye como referente, tiene que ver con las concepciones particulares respecto de la salud y la enfermedad en las cuales confluyen elementos propios de la identidad cultural, como la cosmovisión y los conocimientos propios, en los cuales están las explicaciones de estos estados; de manera asociada está la manera como se concibe y se aborda el mejoramiento de las condiciones adversas en salud, donde se pueden encontrar elementos que tienen que ver con el equilibrio y la armonía en ámbitos espirituales y relacionales con las otras personas, con la sociedad, con su cultura, con el territorio y el ambiente, con lo sagrado y con lo espiritual.

8. CAPÍTULO ÉTNICO DE COMUNIDADES NEGRAS, AFROCOLOMBIANAS, RAIZALES Y PALENQUERAS

9. Contexto de la situación de salud de las comunidades afrocolombianas

El panorama de la situación de salud de las comunidades afrocolombianas en Colombia contiene información derivada del censo de población 2005 realizado por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), la Encuesta Nacional de Demografía y Salud realizada por el Ministerio de Salud y Protección Social y Profamilia en el 2015, de documentos de caracterización de comunidades afrocolombianas de la CEPAL y de entidades como el Ministerio del Interior, entre otras organizaciones que disponen de información de esta población.

Así mismo, incluye información del Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO) según los datos disponibles en cubos de consulta de Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS), Estadísticas Vitales (EEVV), Registro Único de Víctimas (RUV) y Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) con corte a febrero de 2017.

Continúa la Resolución “Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el Capítulo Étnico con enfoque diferencial para la Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera como parte integral al Plan Decenal de Salud Pública –PDSP 2012-2021”

Para el efecto, se realiza inicialmente una descripción de las características demográficas de la población afrocolombiana en Colombia, resaltando aspectos de tamaño, distribución, territorio, crecimiento y estructura. En segundo lugar, se describe el contexto social, cultural y económico en temas relacionados con sistemas de representación o cosmovisiones, formas de organización social y política, sistemas económicos y principales actividades productivas. En tercer lugar, se describe su perfil de morbilidad y mortalidad. Posteriormente, se muestran las respuestas del sistema de salud, en términos de aseguramiento y prestación de servicios de salud en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Por último, se realiza el análisis de desigualdades en salud.

10. Distribución territorial y perfil demográfico

La población afrocolombiana, tiene su origen en el continente africano y fue forzada a venir a América a través de las prácticas esclavistas que se sucedieron durante la época de la colonia española. Esta dinámica de esclavitud se dio desde el siglo XVI y en lo que hoy es Colombia estaba asociada a la explotación de minas y de áreas de cultivo en especial en las regiones de las costas pacífica y atlántica; situación que se perpetua hasta después de la independencia.

Un trascendental marco de reconocimiento de derechos de la población afrocolombiana se da a partir de la promulgación de la Constitución Política de 1991, pues la Carta incluyó el Artículo Transitorio 55 que plantea la expedición de una ley de reconocimiento de las comunidades negras. En su artículo Transitorio 55 determina que “Dentro de los dos años siguientes a la entrada en vigencia de la presente Constitución, el congreso expedirá...una ley que les reconozca a las comunidades negras que han venido ocupando tierras baldías en las zonas rurales ribereñas de los ríos de la cuenca del pacífico, de acuerdo con sus prácticas tradicionales de producción, el derecho a la propiedad colectiva sobre las áreas que habrá de demarcar la misma ley... la misma ley establecerá mecanismos para la protección de la identidad cultural y los derechos de estas comunidades, y para el fomento de su desarrollo económico y social” es importante tener en cuenta que en el Parágrafo 1 de este artículo se planteó que “Lo dispuesto en el presente artículo podrá aplicarse a otras zonas del país que presenten similares condiciones,...”

En concordancia, en 1993 se expidió la Ley 70, en la que entre otras disposiciones se planteó que La “Comunidad negra: Es el conjunto de familias de ascendencia afrocolombiana que poseen una cultura propia, comparten una historia y tienen sus propias tradiciones y costumbres dentro de la relación campo-poblado, que revelan y conservan consciencia de identidad que los distinguen de otros grupos étnicos”. (Numeral 5, Artículo 2).

Adicionalmente, a través de jurisprudencia de la Corte Constitucional, se ha reconocido que el Convenio 169 de la OIT, ratificado por la Ley 21 de 1991, también tiene aplica a estos grupos. Al respecto, vale citar la Sentencia C-169 de 2001, que señala: “...a pesar de ser un sector importante de la población colombiana que, en sucesivas oportunidades, ha sido reconocido por el legislador como un grupo étnico especial. En efecto, tanto la Ley 70 de 1.993 (que desarrolla el artículo Transitorio 55 de la Carta), como la Ley 99 del mismo año (sobre protección del medio ambiente), así como la Ley 199 de 1.995 (que organiza el Ministerio del Interior), parten de tal reconocimiento para otorgar una serie de derechos a las mencionadas colectividades, definidas en el artículo 2-5 de la Ley 70/93 como “el conjunto de familias de ascendencia afrocolombiana que poseen una cultura propia, comparten una historia y tienen sus propias tradiciones y costumbres dentro de la relación campo-poblado, que revelan y conservan consciencia de identidad que las distinguen (sic) de otros grupos étnicos.” Este reconocimiento genera, como consecuencia inmediata, el que las comunidades negras adquieran la titularidad de derechos colectivos similares a los de las comunidades indígenas, con las diferencias impuestas por sus especificidades culturales y su

Continúa la Resolución “Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el Capítulo Étnico con enfoque diferencial para la Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera como parte integral al Plan Decenal de Salud Pública –PDSP 2012-2021”

régimen legal propio. Lo que es más importante, se hacen acreedores a los derechos que consagra el Convenio 169 de la OIT.

La población afrocolombiana no es homogénea, sino que hay una gran diversidad de manifestaciones socioculturales en razón a la historia y condiciones de existencia. En esta diversidad afrocolombiana, sobresalen la población Raizal de la zona insular de San Andrés y Providencia y los Palenqueros de San Basilio en el departamento de Bolívar. Estos dos grupos tienen sus propias particularidades, lo que ha llevado a que sean ubicados como grupos étnicos específicos.

De acuerdo con el Censo del 2005 la población afrocolombiana, incluyendo al pueblo Raizal de las islas de San Andrés y Providencia con 30.565 personas y al grupo palenquero de San Basilio de Palenque con 7.470 personas, alcanzó un total de 4.261.996 personas que representan el 10.27% de la población general del país. De acuerdo con información aportada por Yolanda Bodnar, la población afrocolombiana reportó en el Censo 2005 un registro mayor a ocho (8) veces respecto de la señalada en 1993, pues mientras que en el Censo de 1993 se estimó una población afrocolombiana de 502.343 personas, en el Censo de 2005 se registró un total de 4.261.996. (2008. Págs.: 150-151). De los afrocolombianos, 1.175.320 (27.6%) habitan en áreas rurales y 3.086.676 (72.4%) en cabeceras municipales. (Tabla 1).

Tabla 1. Población afrocolombiana por Departamento

Continúa la Resolución “Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el Capítulo Étnico con enfoque diferencial para la Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera como parte integral al Plan Decenal de Salud Pública –PDSP 2012-2021”

Departamento	Población Total	Afrocolombiano o Cabecera	Afrocolombiano Resto	Afrocolombiano Total	% población afro/Dpto	% Afro/Nación
Amazonas	46.950	812	62	874	1,86%	0,02%
Antioquia	5.601.507	419.883	171.147	591.030	10,55%	13,87%
Arauca	153.028	4.832	1.127	5.959	3,89%	0,14%
Atlántico	2.112.001	204.756	22.535	227.291	10,76%	5,33%
Bogotá D.C.	6.778.691	97.862	23	97.885	1,44%	2,30%
Bolívar	1.836.640	379.616	117.238	496.854	27,05%	11,66%
Boyacá	1.211.186	7.423	7.562	14.985	1,24%	0,35%
Caldas	898.490	12.860	9.804	22.664	2,52%	0,53%
Caquetá	337.932	6.112	5.561	11.673	3,45%	0,27%
Casanare	281.294	3.261	743	4.004	1,42%	0,09%
Cauca	1.182.787	126.468	129.574	256.042	21,65%	6,01%
Cesar	878.437	61.890	43.522	105.412	12,00%	2,47%
Chocó	388.476	181.066	105.223	286.289	73,70%	6,72%
Córdoba	1.462.909	90.085	101.966	192.051	13,13%	4,51%
Cundinamarca	2.228.478	57.584	16.067	73.651	3,30%	1,73%
Guainía	18.797	180	9	189	1,01%	0,00%
Guaviare	56.758	2.335	548	2.883	5,08%	0,07%
Huila	1.000.711	5.815	5.722	11.537	1,15%	0,27%
La Guajira	655.943	38.557	7.737	46.294	7,06%	1,09%
Magdalena	1.136.819	69.508	40.841	110.349	9,71%	2,59%
Meta	713.772	13.401	4.600	18.001	2,52%	0,42%
Nariño	1.498.234	125.789	144.913	270.702	18,07%	6,35%
Norte de Santander	1.208.520	18.494	3.631	22.125	1,83%	0,52%
Putumayo	237.197	6.215	5.912	12.127	5,11%	0,28%
Quindío	518.691	11.420	1.324	12.744	2,46%	0,30%
Risaralda	859.666	34.716	8.668	43.384	5,05%	1,02%
San Andrés	59.573	20.687	13.174	33.861	56,84%	0,79%
Santander	1.913.260	40.374	19.564	59.938	3,13%	1,41%
Sucre	762.263	66.093	55.645	121.738	15,97%	2,86%
Tolima	1.312.304	11.278	4.555	15.833	1,21%	0,37%
Valle	4.052.535	966.252	125.978	1.092.230	26,95%	25,63%
Vaupés	19.943	259	11	270	1,35%	0,01%
Vichada	44.592	793	334	1.127	2,53%	0,03%
Total	41.468.384	3.086.676	1.175.320	4.261.996	10,28%	100,00%

Elaborado a partir de la base de datos del Censo 2005 del DANE.

Los departamentos con mayor población afro respecto del total de afrocolombianos son: Valle del Cauca con el 25,63%; Antioquia con el 13,87%, Bolívar con el 11,66%, Chocó con el 6,72%, Nariño con el 6,35% y Cauca con el 6,01%. Los departamentos con mayor población afrocolombiana respecto del total departamental son: Chocó con el 73,70%, San Andrés con el 56,84%, Bolívar con el 27,05%, Valle del Cauca con el 26,95%, Cauca con el 21,65% y Nariño con el 18,07%.

Si bien una mayoría de la población afrocolombiana se ubica en áreas urbanas y/o cabeceras municipales, debe señalarse respecto de la territorialidad que los raizales tienen como su territorio ancestral las islas de San Andrés y Providencia y los Palenqueros constituyeron su territorio – inicialmente refugio- en la zona de San Basilio de Palenque. En el caso de los afros del pacífico, estos fueron constituyendo su territorialidad teniendo como referente de ubicación las cuencas de los ríos.

A partir de la Ley 70 de 1993, se reconoce un tipo de territorialidad originada en las ocupaciones colectivas las cuales hacen parte del asentamiento histórico y ancestral de comunidades negras en tierras para su uso colectivo, que constituyen su hábitat, y sobre los cuales desarrollan en la actualidad sus prácticas tradicionales de producción” (Numeral 6. Art. 3), así mismo, “Los terrenos respecto de los cuales se determine el derecho a la propiedad colectiva se denominarán para todos

Continúa la Resolución “Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el Capítulo Étnico con enfoque diferencial para la Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera como parte integral al Plan Decenal de Salud Pública –PDSP 2012-2021”

los efectos legales "Tierras de las Comunidades Negras" (Art. 4) y se asigna su propiedad bajo el nombre de “tierras de las comunidades negras”, las cuales tienen el carácter inalienable, imprescriptible e inembargable establecido en la Constitución Política en el Artículo 63.

En el mismo sentido la Ley 70, define que “En cada comunidad, la parte de la tierra de la comunidad negra destinada a su uso colectivo es inalienable, imprescriptible e inembargable. Sólo podrán enajenarse las áreas que sean asignadas a un grupo familiar, por la disolución de aquel u otras causas que señale el reglamento, pero el ejercicio del derecho preferencial de ocupación o adquisición únicamente podrá recaer en otros miembros de la comunidad y en su defecto en otro miembro del grupo étnico, con el propósito de preservar la integridad de las tierras de las comunidades negras y la identidad cultural de las mismas. (Art. 7).

En la actualidad existen 191 Territorios Colectivos, los cuales se encuentran ubicados en ocho (8) departamentos, la mayoría en el área del pacífico, acorde con lo definido inicialmente por la Ley 70. Los departamentos con mayor número de Territorios Colectivos son: Chocó (31,4% del Total), Nariño (27,2% del total) y Valle del Cauca (19,6%). A la vez, los departamentos que tienen una mayor área interna bajo esta figura colectiva son; Chocó con el 65,8%, Cauca con el 19,6%, Valle del Cauca con el 18,1% y Nariño con el 14,3%. (Tabla 2).

Tabla 2. Territorios Colectivos de Comunidades Negras por departamento y área

No.	DEPARTAMENTO	No. TERRITORIOS COLECTIVOS	AREA DEL DEPARTAMENTO (KM²)	AREA TERRITORIOS COLECTIVOS		% DEL AREA DEPARTAMENTAL EN TCs
				ha	KM²	
1	ANTIOQUIA	17	63.312	244.620,79	2.446,2	3,9%
2	BOLÍVAR	4	25.978	3.530,95	35,3	0,1%
3	CAUCA	17	29.308	574.614,95	5.746,1	19,6%
4	CHOCO	60	46.530	3.060.834,58	30.608,3	65,8%
5	MAGDALENA	1	23.188	429,92	4,3	0,0%
6	NARIÑO	52	85.635	1.228.105,01	12.281,1	14,3%
7	RISARALDA	2	4.140	4.818,06	48,2	1,2%
8	VALLE DEL CAUCA	38	22.140	399.759,38	3.997,6	18,1%
	TOTAL	191	300.231	5.516.713,64	55.167,1	18,4%

Elaborado con base en información del INCODER a 2015.

Crecimiento de la población

Aunque el crecimiento natural de la población afrocolombiana es positivo, la disminución sostenida de los valores absolutos de hechos vitales corresponde aproximadamente al 11,13% (8.372) en nacimientos y 11,18% (2.771) en defunciones; demostrando un descenso progresivo del crecimiento de esta población para el periodo.

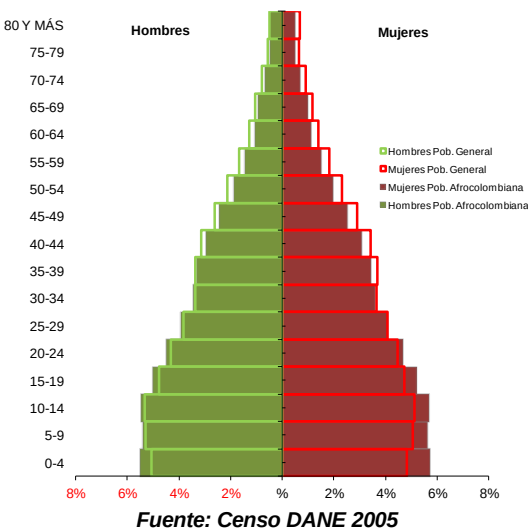
Características de la estructura de la población afrocolombiana

La estructura de la población de los grupos étnicos muestra el comportamiento por grupos quinquenales para el año 2005, debido a que no se cuenta con proyecciones poblacionales (DANE) para otros años.

Continúa la Resolución “Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el Capítulo Étnico con enfoque diferencial para la Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera como parte integral al Plan Decenal de Salud Pública –PDSP 2012-2021”

El comportamiento de la población afrocolombiana es similar al de la población general, aunque con una diferencia de aproximadamente 3 puntos porcentuales en la base de la pirámide (Población menor de 15 años) a favor de la población afrocolombiana y una disminución porcentual de 1% para la población mayor de 65 años.

Figura 1. Pirámide Poblacional población Afrocolombiana, Proyección censo 2005



Las pirámides poblacionales de la población general y afrocolombiana se encuentran en proceso de transición; se considera que una población en transición es aquella que está disminuyendo sus indicadores de fecundidad y mortalidad y concentra su población en el grupo de edad de 15 a 64 años por encima del 60%, además de mantener en un porcentaje mayor del 30% a su población menor de 15 años y menor del 6% la población de 65 y más años" DANE, 2007, dados sus porcentajes de población de 0 a 14 años superiores al 30% (30,7 y 33,4% respectivamente) y de 15 a 64 años superiores al 60% (63 y 61% respectivamente).

Los indicadores demográficos para la población general y los grupos étnicos muestran oscilaciones en aproximadamente un punto porcentual en la distribución por sexo entre hombres y mujeres. El porcentaje de población masculina es mayor en todos los grupos étnicos que en el de la población general.

En la población general y afrocolombianos la proporción de mujeres es mayor, con una relación hombre/mujer de 98,81 en la población afrocolombiana.

Para el 2005, por cada 100 mujeres en edad fértil había 42 menores de 5 años en la población afrocolombiana. A su vez, la población menor de 15 años es de 30,7% en la población general, 2,67 puntos porcentuales menor que en la población afrocolombiana respectivamente. La población mayor de 65 años representa el 8,98% en la población general y el 7,49% en la población Afrocolombiana.

El índice demográfico de dependencia para el 2005 muestra que el grupo étnico afrocolombiano es más desfavorecido que en la población general (58%), dado que por cada 63 personas dependientes hay 100 económicamente productivas.

Continúa la Resolución “Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el Capítulo Étnico con enfoque diferencial para la Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera como parte integral al Plan Decenal de Salud Pública –PDSP 2012-2021”

Aunque el índice de friz es superior en la población afrocolombiana (238) comparado con el índice de la población general (153), la población étnica y general de Colombia es considerada una población joven.

Tabla 3. Indicadores demográficos población general y población afrocolombiana

ÍNDICE DEMOGRÁFICO	POBLACIÓN GENERAL	AFROCOLOMBIANOS
Razón niños: mujer	36,75	42,07
Índice de infancia	30,73	33,41
Índice de juventud	26,18	27,47
Índice de vejez	8,98	7,49
Índice de envejecimiento	29,21	22,41
Índice demográfico de dependencia	58,84	63,14
Índice de Friz	153,57	175,71

Fuente: Censo DANE 2005

11. Contexto social y cultural

Las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, reconocidas constitucionalmente cuentan una marcada ascendencia lingüística, étnica y cultural africana, la cual goza de un amplio acervo cultural que no es homogéneo, por el contrario, su expresión cultural presenta grandes rasgos y diferencias a lo largo del territorio colombiano. A su vez cuentan con una trayectoria histórica que debe ser reconocida y tenida en cuenta para la construcción de propuestas de política pública o afines, en la medida que se evidencian problemáticas particulares a raíz de las relaciones históricas, sociales, políticas y económicas que se han gestado en el marco de la desigualdad con esta población. Para ello es preciso señalar que [...] las relaciones sociales en la sociedad colombiana, al igual que otras sociedades latinoamericanas, se encuadran en una jerarquía social racializada, que, a pesar de variaciones temporales y regionales, se concretiza casi sistemáticamente en fenómenos de discriminación socio-racial de distintos tipos: residencial, económico y social, cultural y político, etc. (Barbary & Urrea, 2003, p 9).

Por tal motivo se evidencia la necesidad de reconocimiento de aquellas particularidades históricas, sociales y culturales que caracterizan a dichas comunidades, con el fin de generar, por un lado, sinergia e intercambio de conocimientos y por otro la comprensión de la vida humana a partir de los procesos de salud y enfermedad, de las relaciones económicas, político-organizativas propias de las comunidades Negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras.

De acuerdo a la Ley 70 de 1993 se define a las Comunidades negras como el “conjunto de familias de ascendencia afrocolombiana que poseen una cultura propia, comparten una historia y tienen sus propias tradiciones y costumbres dentro de la relación campo - poblado, que revelan y conservan conciencia de identidad que las distinguen de otros grupos étnicos”. Como ejemplo de ello se encuentran prácticas socioculturales que representan y materializan el sentir colectivo que transita entre lo espiritual y lo terrenal, y que a su vez refleja los procesos dinámicos, históricos y adaptativos a raíz de los procesos de migración y desplazamiento, lo que ha generado la emergencia de formas de nueva reinterpretación de las prácticas y significados culturales. Prácticas que a través del tiempo y específicamente “durante la época de la colonia eran estigmatizados y condenados por la iglesia católica como actos y objetos sospechosos, oscuros o del demonio” (Mincultura, 2010).

Continúa la Resolución “Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el Capítulo Étnico con enfoque diferencial para la Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera como parte integral al Plan Decenal de Salud Pública –PDSP 2012-2021”

Por tanto, es importante reconocer las prácticas culturales que se han conservado hasta el día de hoy y en el que participan las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras. Según el Ministerio de Cultura: “En Colombia los afrocolombianos participan en eventos como el Carnaval de Barranquilla, la Fiesta de Reyes- en el Festival Andino de Blancos y Negros-, las Fiestas del Diablo, las Balsadas de los Santos en el Pacífico, en los que se expresan las herencias de la cultura africana con bastante colorido y contenido iconográfico”. (Mincultura, 2010). Para este ministerio, tales eventos hacen parte de la tradición oral que ha configurado discursos de resistencia en la medida que ha generado procesos de construcción y resignificación de la memoria colectiva y de fortalecimiento de la identidad y pertenencia étnica de estas poblaciones. Lo anterior lleva a exaltar que la tradición oral configura un eje fundamental dentro de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras en tanto “refleja un conjunto de relaciones socioculturales especializadas que permite la reconstrucción de territorialidades ancestrales colectivas” (Oslender, 2003), en la medida que:

En las historias contadas las gentes expresan sus sentimientos, transmiten las estructuras del parentesco, sus controles sociales, las condiciones materiales de vida, las formas de trabajo y producción, las jerarquías y mecanismos de poder; y exhiben su habilidad en el grupo social al guardar en la memoria los contenidos simbólicos de cada transmisión, y así reafirmar su identidad étnica y cultural. La oralidad es entonces un lenguaje dinámico orientado y organizado de acuerdo con las normas, patrones, valores y conductas del pensamiento de una comunidad (Motta González, 1996: 3)

Dicha tradición oral se expresa en todos los ámbitos y escenarios sociales, políticos e históricos de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras. Como ejemplo de ello, se evidencian las prácticas de cuidado de la vida a raíz de los conocimientos ancestrales propios que se vinculan directamente con el patrimonio biocultural, el cual hace referencia a la interacción cultura-naturaleza desde literatura académica / el patrimonio biocultural vincula los saberes culturales más allá de la visita a museos y colecciones que conservan dicho patrimonio. Significa empezar a pensar como la diversidad y expresiones culturales empiezan a ser integradas en la educación de cada territorio y aquellas relaciones vitales entre comunidad-naturaleza. Dentro de estas prácticas se resalta el papel de las mujeres como contenedoras y practicantes de dichos conocimientos ancestrales.

Existe un saber ancestral y tradicional perpetuado por las mujeres sabedoras afro del Pacífico colombiano, en temas como cultura culinaria, biodiversidad, plantas medicinales, bebidas tradicionales y partería. El saber y la voz de la mujer afro también se evidencian en la literatura, la música, la danza y las artesanías, contribuyendo a recuperar la cultura a través de su trabajo (Pérez, 2019).

Vale señalar que los saberes y prácticas ancestrales se enmarcan en una división del trabajo dada por los roles y conocimientos de hombres y mujeres, y es “el territorio donde se expresan estas formas organizativas alrededor de las actividades de pesca, la minería, la caza, la búsqueda de la madera, la siembra y la cosecha” (Comité de Comunidades Negras, 2009). Es entonces como estas actividades evidencian los sistemas propios de producción a partir de los “ramajes familiares que integran familias extendidas a lo largo de líneas paternas y maternas y que remontan su origen a un ancestro fundador” (Friedemann 1974) y de la complejidad espacial de esas redes de parientes o ramajes familiares a las cuales cobran sentido en relaciones de solidaridad. Por otro lado, las prácticas y saberes ancestrales permiten reconocer la manera como se entretienen las relaciones vitales entre la sociedad y la naturaleza en la medida que consideran las azoteas como lugar propio para el cultivo de plantas alimenticias y medicinales, “además de la semilla de un árbol que escogen cuando quedan preñadas para que se desarrolle al mismo tiempo que lo hace el feto. Una vez da a luz, la parturienta o su partera abrirá un hueco en la tierra dentro del cual pondrá la placenta en la cual venían la niña o el niño y encima sembrará el arbusto que

Continúa la Resolución “Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el Capítulo Étnico con enfoque diferencial para la Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera como parte integral al Plan Decenal de Salud Pública –PDSP 2012-2021”

crecía en su azotea” (Arocha, 2015). Es este el primer vínculo con la tierra, el cual deja “enraizado” a quien llegue a la comunidad.

Estas particularidades socioculturales son un acercamiento preliminar a las relaciones propias de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, aclarando que existen unas diferencias vitales propias entre cada uno de estos grupos, y de las formas como viven y reproducen las prácticas cotidianas en sus territorios.

Tales dinámicas socioculturales se materializan en el marco político organizativo dado por el derecho propio y autónomo reconocido jurídicamente en la Ley 70 de 1993 y denominado como: *Concejos Comunitarios*, los cuales se reconocen como organizaciones representativas frente al manejo de la autoridad en asuntos atinentes a las comunidades y los territorios en la medida que tiene como función *“velar por la conservación y protección de los derechos de la propiedad colectiva, la preservación de la identidad cultural, el aprovechamiento y la conservación de los recursos naturales; escoger al representante legal de la respectiva comunidad en cuanto persona jurídica, y hacer de amigables componedores en los conflictos internos factibles de conciliación”*. (Ley 70 de 1993, Art. 5)”

Vale señalar que con el tiempo las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras del territorio colombiano han estado afectadas por el conflicto armado interno y las dinámicas violentas bajo las cuales opera. Esta dinámica ha generado fuertes afectaciones que ponen en riesgo la reproducción de las relaciones sociales y culturales en tanto han provocado desplazamientos sistemáticos, lo que ha hecho evidente un quiebre de ese lazo estrecho mencionado anteriormente con la tierra en la que se nace y en la que culturalmente se desea morir. Sin embargo, a partir de ello, las comunidades se han asentado en diferentes centros urbanos (fuera de su territorio) y desde allí se han propuesto a mantener y reproducir de la manera más semejante las prácticas, relaciones de solidaridad y la reproducción de saberes ancestrales en otros territorios.

12. Perfil de morbilidad

Mortalidad

Para la población afrocolombiana, la principal causa de muerte en el periodo 2008-2014 fueron las enfermedades del sistema circulatorio que causaron el 29.09% (23.441) de las muertes, seguido del grupo de las demás causas que aportó el 22.08% (17.795) de la mortalidad. En tercer lugar, estuvo el grupo de las causas externas con un 21.55% (17.366). El cuarto y quinto lugar fue ocupado por los grupos de neoplasias y enfermedades transmisibles con un 15.22% (12.266) y 6.78% (5460) de defunciones respectivamente. Los grupos de afecciones del periodo perinatal y de signos y síntomas mal definidos ocuparon los últimos lugares, causando el 2.69% (2.169) y 2.60% (2.093) de las muertes.

En cuanto a la mortalidad materna, la población afrocolombiana presenta variaciones al interior de los grupos que la componen, en tanto la población negra, mulato o afrodescendiente reporta el mayor número de muertes en el periodo (336) en comparación con el grupo de población raizal y palenquero que reportaron 5 y 3 muertes respectivamente para este mismo periodo. Aunque las tasas de mortalidad son mayores para la población raizal y palenquera con el pico más alto en el 2011 con 410,68 y 1.204,82 muertes por cada 100.000 nacidos vivos respectivamente, en comparación con la población negra cuyo pico más alto se reporta en el 2012 con 179,27 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, estos valores podrían estar influenciados por el bajo denominador

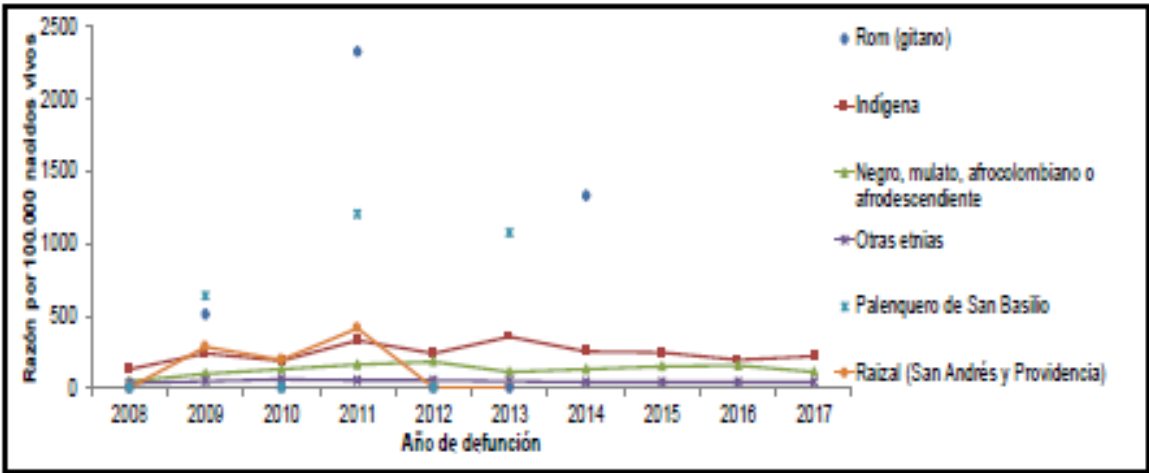
Continúa la Resolución “Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el Capítulo Étnico con enfoque diferencial para la Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera como parte integral al Plan Decenal de Salud Pública –PDSP 2012-2021”

del indicador para la población raizal y palenquera. Es de anotar que la población raizal no registra mortalidad materna para el periodo 2012 - 2014.

La tendencia de la mortalidad materna en la población negra muestra un ascenso sostenido desde el 2009 al 2012 pasando de 98,27 muertes a 179,27 muertes por cada 100.000 nacidos vivos. En el 2013 presenta una disminución en 66,53 muertes por cada 100.000 nacidos vivos con respecto al 2012. El 2014 comparado con el 2013, presenta un aumento de 20,22 muertes por cada 100.000 nacidos vivos (figura 2).

De otra parte, en cuanto a la mortalidad neonatal, en el periodo 2009 - 2014 de 320.495 nacimientos registrados con la variable étnica, se produjeron 3.394 muertes neonatales. De este total, el grupo étnico que aportó mayor cantidad de eventos fue el negro/mulato/afrocolombiano con un 65.23% (2.214), seguido de la población indígena con un 30.85% (1.047). Los grupos raizal, Rom y palenquero, aportaron las menores proporciones de muertes neonatales con un 1.83% (62), 1.38% (47) y 0.71% (24) respectivamente (figura 3).

Figura 2. Mortalidad materna según etnia, 2008-2017



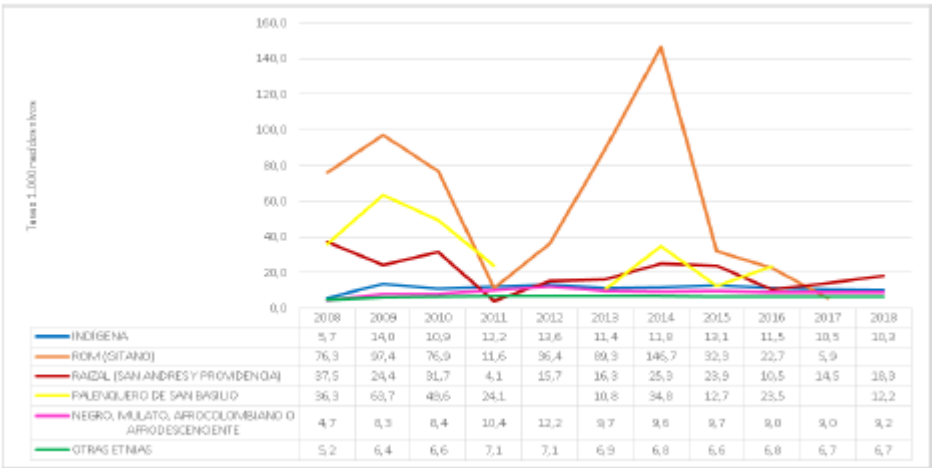
Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, ASIS 2020

Pese a lo anterior, los grupos étnicos que muestran las mayores tasas de mortalidad neonatal son los grupos Rom, palenquero y raizal, dado que el valor de este indicador puede estar influenciado por el bajo denominador poblacional, por lo cual una muerte tiene una alta representatividad en estos grupos poblacionales.

En este sentido, los registros muestran que las tasas de mortalidad neonatal en la población Rom han ido en aumento desde el 2012, alcanzando para el 2014 146.67 muertes por 1.000 nacidos vivos. Por su parte, la población palenquera presentó una disminución de la mortalidad hasta el año 2013 pasando de 63.69 muertes en 2009 a 10.75 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en el 2013, sin embargo, para el 2014 está cifra aumentó a 34.78 muertes por cada 1.000 nacidos vivos. A su vez, la tendencia de la población raizal ha aumentado desde el 2012 pasando de una tasa de 15.71 muertes en este año a 25.25 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en el 2014 (Figura 3).

Continúa la Resolución “Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el Capítulo Étnico con enfoque diferencial para la Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera como parte integral al Plan Decenal de Salud Pública –PDSP 2012-2021”

Figura 3 . Mortalidad neonatal según etnia, 2008-2017



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, ASIS 2020

En contraste, las tasas para la población indígena y negra, mulato o afrodescendiente muestran tendencia al descenso a partir del 2012, mostrando las menores tasas de los grupos étnicos en el 2014 con 11.77 y 9.2 muertes por cada 1.000 nacidos vivos.

Morbilidad atendida

El comportamiento de la población afrocolombiana varía con respecto a la población indígena en el segundo y tercer lugar de las atenciones por subgrupo de causas de morbilidad. En esta población, las enfermedades no transmisibles aportaron el 52,22% (1.282.736) de las atenciones con una razón de 8 atenciones por persona. En el segundo lugar se encuentran los signos y síntomas mal definidos a los que se les atribuyó el 19,93% (489.570) de las atenciones con una relación de 4 atenciones por persona. Las condiciones transmisibles y nutricionales ocuparon el tercer lugar al generar el 17,01% (417.824) de las atenciones con una relación de 4 atenciones por persona. El 6,51% (160.028) de las atenciones se prestó por lesiones, con una razón de 3 atenciones por persona. En último lugar se encuentran las condiciones maternas perinatales a las que se les atribuye el 4,33% (106.478) de las atenciones, con una razón de 5 atenciones por persona.

En cuanto a la distribución por sexo, la proporción de atenciones en los grupos étnicos fue mayor en mujeres que en hombres con un 63,32% y 36,68% respectivamente. Esta misma tendencia se mantiene con respecto a la proporción de personas que recibieron atenciones, siendo mayor la proporción de mujeres con un 62,13% que la proporción de hombres atendidos (37,87%).

En las mujeres de los grupos étnicos, las enfermedades no transmisibles causaron el 54,34% (3.065.973) del total de las atenciones prestadas, seguidas de las condiciones transmisibles y nutricionales que aportaron el 20,91% (1.179.837) de las atenciones. En hombres, los subgrupos que causaron la mayor parte de las atenciones son los mismos que en las mujeres, presentando un 49,46% (1.616.717) del total de atenciones para este sexo atribuido a enfermedades no transmisibles y un 27,19% (888.807) a condiciones transmisibles y nutricionales. Con respecto al tipo de atenciones prestadas a la población étnica, los RIPS muestran que el 90,35% (8.054.537) de las atenciones se prestaron en consulta, el 6,78% (604.864) en urgencias y 2,87% (255.792) en hospitalización. A su vez, en la población indígena el 91,38% (5.884.130) de las atenciones fueron por consulta, el 5,75% (370.205) por urgencias y el 2,87% (184.946) por hospitalización. En la población afrocolombiana, el porcentaje de atenciones por consulta es

Continúa la Resolución “Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el Capítulo Étnico con enfoque diferencial para la Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera como parte integral al Plan Decenal de Salud Pública –PDSP 2012-2021”

menor que en la población indígena en 3.76 puntos porcentuales y mayor en urgencias en 3.77 puntos porcentuales. La proporción de atenciones por hospitalización es similar a la de la población indígena con un 2.86%. La población Rom muestra el mayor porcentaje de atenciones por consulta en comparación con la población indígena y afrocolombiana con un 92.63%.

De otra parte, en cuanto a la condición de discapacidad en la población afrocolombiana, el registro de localización y caracterización de personas con discapacidad cuenta para el 2016 con un total de 138.470 personas registradas pertenecientes a algún grupo étnico. De este total, la mayor proporción corresponde a la población negra/mulata/afrocolombiana con un 70.29% (97.327), seguido de la población indígena con un 26.74% (37.022). El restante 2.8% (4.121) está representado por la población raizal, palenquera y por la población Rom.

El tipo de discapacidad que registra la población étnica en mayor medida corresponde a las alteraciones del movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas con porcentajes superiores al 46% en todos los grupos, siendo mayor este porcentaje en la población Rom que alcanza una proporción del 59.07% y menor en la población raizal con un 46.45%.

En segundo lugar, se encuentra la discapacidad del sistema nervioso con porcentajes superiores al 37.35%. Los tres grupos que componen la población afrocolombiana (Negro, palenquero y raizal) registran en promedio el 41.49% de personas con este tipo de discapacidad. La discapacidad de los ojos ocupa el tercer lugar en todos los grupos étnicos registrando valores entre el 32.72% y 41.65%. Los registros con información sobre el último año de educación alcanzado corresponden al 99.66% (133.846). De este total, el 38.26% (51.205) corresponde a personas clasificadas sin ningún nivel educativo, el 37.86% (50.680) con estudios de básica primaria y el 16.83% con estudios de básica secundaria (22.524). Las personas que alcanzaron estudios universitarios y de posgrado, representan la menor proporción con un 1.02% (1.369) y 0.15% (195) respectivamente.

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

El avance de las coberturas en los últimos dos decenios, que hoy alcanza el 98 % de la población, hacen del sistema de aseguramiento colombiano el eje central de la respuesta del sector a las condiciones de salud individuales y colectivas. Esto es posible a través de la gestión del riesgo que incorpora las acciones del Plan Obligatorio de Salud relacionados con la prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, la garantía del aseguramiento, la provisión adecuada de servicios de salud. De otra parte, están las acciones de inspección vigilancia y control en cuanto a la prestación de servicios de salud a cargo de las Entidades Territoriales de Salud.

Sin embargo, la gestión del riesgo con las acciones del Plan Obligatorio de Salud, tienen un alcance mayor sobre el individuo y su familia. Para las acciones colectivas y poblacionales es de mayor importancia su responsabilidad en la caracterización de su población afiliada por cada municipio, distrito y departamento donde tenga presencia con cobertura. Esta caracterización es uno de los insumos de la planeación integral en salud que debe garantizar información que permita estructurar los planes territoriales de salud que respondan a las condiciones de salud de sus afiliados, así como también deben hacerlo las Administradoras de Riesgos Laborales con la población trabajadora.

No obstante, la alta proporción de población trabajadora en la informalidad, que en Colombia se estima en 57 % de la población trabajadora, hace que la caracterización que es responsabilidad de las aseguradoras en salud tenga mayor relevancia para la planeación integral en salud.

Continúa la Resolución “Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el Capítulo Étnico con enfoque diferencial para la Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera como parte integral al Plan Decenal de Salud Pública –PDSP 2012-2021”

Por lo anterior, el diseño de la planeación integral en salud en Colombia, que incorpora la caracterización de los afiliados de las aseguradoras, por un lado, y el análisis de la situación de salud del territorio por otro que confluyen en la priorización en salud pública para formular los planes territoriales de salud logra que todas las poblaciones puedan incluirse con sus particularidades en razón a su etnia, genero, edad, orientación sexual y área de residencia.

Puede afirmarse que el diseño de la planeación integral en salud de Colombia es coherente con el enfoque garantista de los derechos humanos de nuestro ordenamiento constitucional. Puesto que organiza los actores y responsabilidades de tal forma que hasta en el municipio más alejado con cobertura de las aseguradoras puede conocerse la información sobre su condición de salud y hacer parte de los insumos para la planeación territorial en salud.

14. Percepciones sobre el estado de salud

Las primeras publicaciones de percepción de salud en grupos étnicos están en la Encuesta Nacional de Salud del 2007. Sobre la población de 18 a 69 años de población negra y afrodescendiente el 10 % declaró tener diagnóstico de hipertensión en dos consultas o más, el 3,67 % diagnóstico de diabetes alguna vez en la vida y el 39,17 % dolor de espalda y/o nuca en los últimos 7 días. Para la población raizal del archipiélago estos mismos resultados de diagnóstico de hipertensión, diabetes y dolor de espalda, fueron del 9,76 %, 14,49% y 26,06 %, mientras para la población palenquera fueron del 7,73 %, 4,74 % y 54,67 %.

15. Análisis de desigualdades

En el contexto de la pandemia por el COVID 19, la CEPAL produjo un informe para fundamentar porque esta emergencia sanitaria global podría impactar de manera desproporcionada a las comunidades afrodescendientes de América Latina. El informe presenta las brechas de desigualdad de estas poblaciones antes de la pandemia. Esta situación de vulnerabilidad antes de pandemia en estas comunidades, indica su alto riesgo de sufrir un mayor impacto por la pandemia de COVID 19. Para probar esto CEPAL hace una comparación del nivel de pobreza, y el acceso a agua potable, saneamiento básico, electricidad e internet de la población afrodescendiente con la población no afrodescendiente de la región.

Sus resultados indican que la mayor pobreza y peor acceso a agua potable, saneamiento básico, agua potable, electricidad e internet en la vivienda ocurre en la población afrodescendiente en comparación con la no afrodescendiente y los sitúa en una posición de mayor vulnerabilidad, frente a la caída del ingreso, empleo y desmejoramiento del bienestar por una parte y la baja efectividad de medidas de protección social, especialmente en Colombia, como resultado de la emergencia sanitaria, social y económica impuesta por la pandemia.

Ahora bien, al comparar la tasa de pobreza de las comunidades afrodescendientes de Colombia, con las de Brasil, Panamá, Ecuador, Perú y Uruguay, la tasa de pobreza más alta es la de Colombia. En cuanto a los demás indicadores presentados en el informe de CEPAL, en Colombia el porcentaje de personas afrodescendientes sin acceso al agua potable es tres veces superior al de las no afrodescendientes, asimismo, el porcentaje de afrodescendientes de las zonas rurales que no tienen acceso a saneamiento básico alcanza el 37% en afrodescendientes mientras la población no afrodescendiente es del 24 %.

El Informe de Desigualdades del Observatorio Nacional de Salud – ONS de Colombia muestra las desigualdades por quintil de ingresos y quintil de Necesidades Básicas Insatisfechas, con los resultados de menor esperanza de vida al nacer, mayor prevalencia de desnutrición crónica en menores de 5 años, mayores tasas de mortalidad ajustadas por cáncer de cuello uterino y próstata,

Continúa la Resolución “Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el Capítulo Étnico con enfoque diferencial para la Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera como parte integral al Plan Decenal de Salud Pública –PDSP 2012-2021”

mayores razones de mortalidad materna y mayores tasas de mortalidad por tuberculosis y VIH. En este sentido, la mayor tasa de pobreza de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y el impacto desproporcionado de la pandemia, implica agravamiento de los resultados en salud para estas comunidades.

También hay resultados que indican desigualdades en la mortalidad de menores de 5 años por infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda y desnutrición, en el sistema de vigilancia en salud pública – SIVIGILA. El Informe de Vigilancia Integrada de muerte del menor de 5 años del año 2020 del Instituto Nacional de Salud muestra que el 45,5 % de dichas muertes pertenecen a grupos étnicos y de estos el 8,1 % eran niños y niñas de comunidades negras, afrocolombianas y raizales (no se registraron casos de comunidad palenquera).

Estos resultados se correlacionan con el Informe CEPAL *Afrodescendientes y la matriz de la desigualdad social en América Latina*, en que a partir de microdatos censales de ocho países latinoamericanos que recopilan información sobre autoidentificación étnico-racial en sus censos de la ronda de 2010: Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Panamá, Uruguay y Venezuela todos los países estimaron que la mortalidad infantil era más elevada en la población afrodescendiente en comparación con la no afrodescendiente. Pero Colombia es el país que presenta la mayor proporción de muertes de niños y niñas afrodescendientes y también el que registra la mayor brecha con la población no afrodescendiente.

Una de las medidas de la desigualdad es el goce de los derechos reproductivos y sexuales por su relación directa con el acceso y la atención en salud de las mujeres negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras. En el ASIS 2020 se documentan las desigualdades, tanto por brechas en la cobertura de controles prenatales, como en las altas razones de mortalidad materna que duplican las de la población no étnica en el periodo 2008 al 2017, incluso más altas en las mujeres raizales del 2009 al 2011. Pero también en las de mortalidad neonatal, que son más altas en las comunidades raizal y palenquera en comparación con las no étnicas.

Estos resultados son coherentes con la comparación de CEPAL en el mismo informe citado, en el que Colombia es uno de los tres países de América Latina sobre los que se dispone de información desagregada por etnia y la mortalidad materna de mujeres afrodescendientes es muy superior a los promedios nacionales.

En cuanto a la mortalidad por enfermedades transmisibles de estas comunidades, y en coherencia con lo expuesto en el Informe de Desigualdades del ONS relacionado a las medidas de pobreza, el informe sobre desigualdad de CEPAL, muestra que aunque existe información escasa y muy dispersa, sobre las brechas en la prevalencia e incidencia de VIH en la población afrodescendiente en la región, estas en general coinciden en que las poblaciones afrodescendientes tienen un mayor riesgo de contraer el VIH, sobre todo en algunos países de la región.

También se observan prevalencias más elevadas de infecciones asociadas al VIH, como la tuberculosis, en la población afrodescendiente que se puede relacionar con diversos factores, entre ellos, menores niveles de educación y acceso a información para reducir el riesgo de transmisión del VIH, así como el estigma y la discriminación que han dado impulso a la transmisión del VIH y han aumentado en gran medida el impacto asociado a la epidemia. El racismo estructural y el racismo institucionalizado encubierto son causa de especial desconfianza y alienación de los sistemas de salud de la población afrodescendiente. También resalta, CEPAL, que la vulnerabilidad de las mujeres afrodescendientes ante el VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) puede estar relacionada con dinámicas marcadas tanto por las desigualdades de

Continúa la Resolución *“Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el Capítulo Étnico con enfoque diferencial para la Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera como parte integral al Plan Decenal de Salud Pública –PDSP 2012-2021”*

género como por estereotipos y prejuicios hacia las mujeres afrodescendientes, que dificultan el uso del condón en las relaciones sexuales.

Estas dinámicas asociadas a patrones patriarcales y sexistas sobre la mujer afrodescendiente, obliga a reconocer las afectaciones por desigualdades en la mujer negra que ha desafiado históricamente el significado de su existencia humana en el entrecruzamiento de múltiples formas de discriminación que implican la noción de interseccionalidad. Por esto la valoración de las desigualdades para las mujeres de esta etnia tiene un diferencial en el que se potencian su género, etnia y situaciones de pobreza y marginalidad, que se deben visibilizar principalmente a través de los resultados de su autonomía física y económica. La autonomía física, se expresa en dos dimensiones principales de la ciudadanía: los derechos reproductivos y sexuales y el derecho a una vida libre de violencia, lo que se vincula directamente con la libertad y la autonomía sobre sus cuerpos, en cuanto territorio personal y privado, sobre el cual cada mujer debe tener la potestad y capacidad de tomar decisiones soberanas.

Se presentaron antes las desigualdades en los resultados de mortalidad materna y acceso a control prenatal, entre otros. La segunda dimensión de esta autonomía física es la vida libre de violencia, en donde la mujer negra, afrocolombiana, raizal y palenquera tiene un diferencial de afectación por violencia de varios orígenes. En el marco del conflicto armado se incluye la violencia sexual, tortura, desaparición forzada, amenazas de muerte e intimidaciones en donde todos los actores involucrados en las confrontaciones resultan responsables de violaciones contra ellas, el registro de víctimas reporta que dentro del grupo étnico negro, afrocolombiano, raizal y palenquero el 52,2 % de las víctimas son mujeres. En cuanto a la violencia intrafamiliar, el último informe de medicina legal sobre el comportamiento de esta violencia muestra que en este contexto las mujeres negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras son las víctimas en el 90 % de los hechos de esta violencia, frente al 10 % de los hombres de su misma etnia.

En cuanto a la autonomía económica y teniendo en cuenta que el trabajo y la educación son los dos factores que tienen mayor impacto en la inclusión social y en la reducción de las desigualdades, es una evidente desventaja que la mujer negra tenga en la actualidad mayores brechas de acceso a educación y empleo frente al hombre de su misma etnia y la población no afrodescendiente.

Finalmente, en cuanto a las enfermedades no transmisibles, los cambios en el perfil epidemiológico, caracterizados por la disminución en la prevalencia de las enfermedades transmisibles y un aumento de las enfermedades no transmisibles (como la diabetes, las enfermedades isquémicas del corazón, las enfermedades cerebrovasculares y los cánceres) se presentan también las poblaciones afrodescendientes. Entre otras cosas, se han registrado disparidades raciales en la hipertensión arterial sistémica, accidentes cerebrovasculares y ciertos tipos de cánceres. Una clave para atender estos problemas de salud es la detección y el tratamiento precoces. No obstante, diversos obstáculos, como la falta de información, el acceso limitado al sistema de salud, la distancia y la discriminación, pueden dificultar que las personas afrodescendientes reciban estos servicios. Por ejemplo, Colombia tiene un menor porcentaje de mujeres afrodescendientes (24 %), en comparación con las no afrodescendientes (28 %), que se han hecho una mamografía.

Pero, aunque existan factores étnicos asociados a mayor riesgo de algunos cánceres, como el cáncer de próstata, este es un cáncer detectable tempranamente, cuya mayor mortalidad en la actualidad se asocia a fallas en la identificación precoz y tratamiento oportuno. Por esto las desigualdades en las razones estandarizadas de mortalidad por cáncer de próstata, en donde los patrones geográficos encontrados coinciden en gran medida con las zonas donde predomina la población negra en el país como son: San Andrés y Providencia, algunas zonas de la Costa Caribe,

Continúa la Resolución “Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el Capítulo Étnico con enfoque diferencial para la Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera como parte integral al Plan Decenal de Salud Pública –PDSP 2012-2021”

el Urabá y el Valle del Cauca, indican desigualdades en los resultados en salud de estas comunidades.

También el Atlas de mortalidad por cáncer que mostró los anteriores patrones geográficos de desigualdad en mortalidad por cáncer de próstata, describe las desigualdades en mortalidad por cáncer de cuello uterino. Dicho Atlas muestra que los patrones de riesgo de mortalidad por este cáncer hay muchas áreas del territorio nacional con riesgos altos; particularmente, las zonas cerca de los ríos navegables, las áreas de frontera, el golfo de Urabá y la serranía del Baudó, muchas de las que son zonas mayoritariamente pobladas por comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras.

16. Metodología

La construcción del presente capítulo se llevó a cabo a través de un proceso de consulta previa en el cual se desarrollaron una serie de fases que en términos generales fueron coincidentes con los procesos de los otros grupos étnicos. No obstante, dadas las formas organizativas, de identidad cultural y de concepciones, de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras se plantearon, acordaron y adelantaron dinámicas metodológicas que incluyeron los elementos con las particularidades pertinentes.

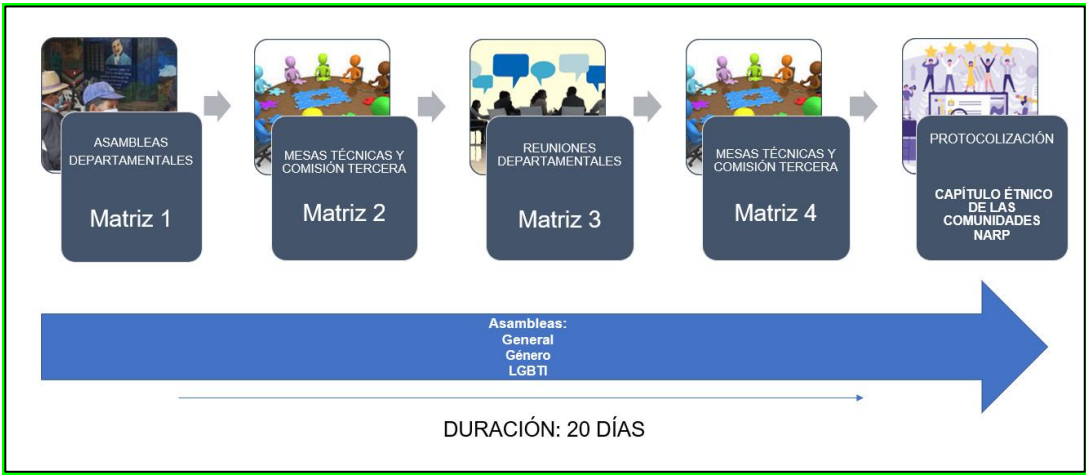


Figura 4. Diagrama del desarrollo metodológico para el análisis de la información de acuerdo con la ruta Metodológica concertada

17. Ruta metodológica con las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras

En el marco de derechos de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, el PDSP 2012-2021, el Plan Nacional de Desarrollo 2018 – 2022 Pacto por Colombia Pacto por la Equidad y lo acordado con los representantes de la Comisión III del Espacio Nacional de Consulta Previa para la formulación del capítulo específico para estas comunidades, se desarrolló un proceso de consulta previa con las instancias de representación de estas comunidades.

Se inició el proceso con los encuentros de concertación con la Comisión III para recolección de los primeros insumos. Seguido de lo anterior, a mediados de 2018, se concertó y aprobó la ruta metodológica para el desarrollo de la consulta previa entre el Ministerio de Salud y Protección Social y la Comisión III.

Las actividades sufrieron un retraso debido a la Declaratoria de Emergencia Sanitaria a partir de marzo de 2020 en todo el territorio nacional por la pandemia del COVID-19, establecida por la

Continúa la Resolución “Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el Capítulo Étnico con enfoque diferencial para la Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera como parte integral al Plan Decenal de Salud Pública –PDSP 2012-2021”

Resolución 385 de 2020 del Ministerio de Salud y Protección Social. Estos retrasos afectaron el desarrollo técnico y la ejecución de los recursos asignados para el desarrollo de la consulta previa.

Sin embargo, con la expedición de la Resolución 777 de 2021 que permitió el aforo para las reuniones presenciales de hasta 50 personas, fue posible retomar el proceso de la consulta previa. En este contexto ocurrió la concertación entre el Ministerio de Salud y Protección Social y la Comisión III sobre los ajustes técnicos y presupuestales necesarios para dar cumplimiento a la ruta metodológica, por medio de la realización de un convenio interadministrativo con una entidad asociada que permitiera la operación en todo el territorio nacional.

La ruta metodológica pactada incluyó las siguientes etapas y componentes:

- Etapa de preconsulta: concertación y construcción de la ruta metodológica del proceso de consulta previa
- Etapa de consulta previa: incluye asambleas departamentales, reuniones con las entidades territoriales, mesas técnicas y reuniones con la Comisión III
- Etapa de protocolización: aprobación de la propuesta de capítulo étnico.

Cada una de estas etapas consta de actividades y productos relacionados (ilustración 1)

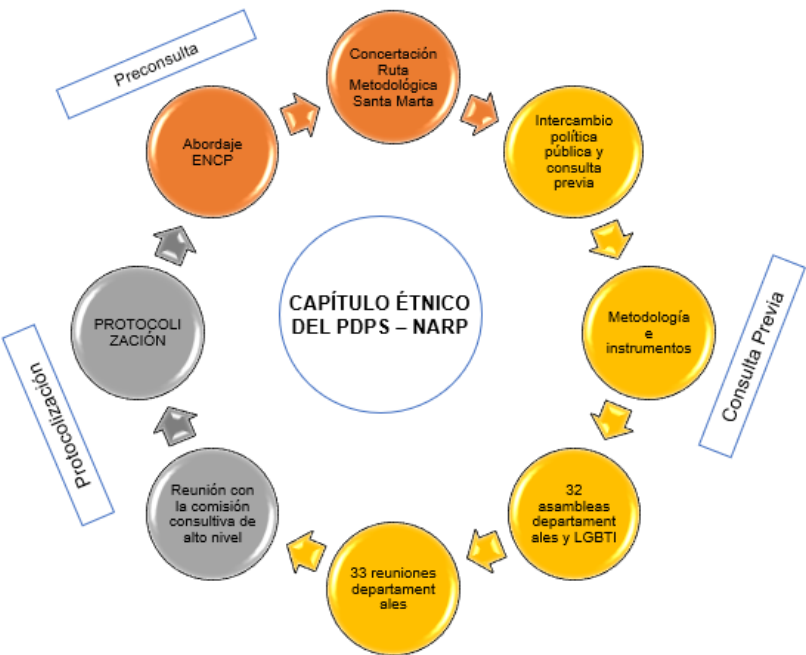


Ilustración 1. Componentes de la Ruta Metodológica

Fase de alistamiento

Esta fase correspondió a la organización técnica y administrativa necesaria para garantizar los aspectos contractuales y operacionales para el desarrollo de la ruta metodológica de la consulta previa. Estos incluyeron la elaboración de los estudios previos y sus soportes pertinentes, como el anexo técnico, la guía metodológica para las asambleas, los instrumentos y protocolos para la realización de la consulta previa y sus componentes de asambleas, mesas técnicas, reuniones departamentales y encuentros con el pleno de la Comisión III.

Continúa la Resolución “Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el Capítulo Étnico con enfoque diferencial para la Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera como parte integral al Plan Decenal de Salud Pública –PDSP 2012-2021”

Lo anterior implicó, en primer lugar, la definición previa de los elementos conceptuales de referencia que fundamentarían el proceso de identificación y comprensión de las situaciones y alternativas asociadas al mejoramiento de las condiciones de salud y sus determinantes y la potenciación de oportunidades, tanto desde la perspectiva institucional como desde las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras.

En segundo lugar, se organizó el diseño de la estructura de la recolección y organización de los datos. En este sentido, se definieron los requerimientos, formatos y flujos de la información establecidos en los estudios previos en las matrices 1, 2, 3 y 4, orientadas por ejes estructurales que fueron desarrollados en las mesas técnicas e incluyeron un componente cuantitativo y uno cualitativo. Además, desde la parte técnica y logística se llevó a cabo la elaboración de materiales de apoyo como:

- **Guías Orientadoras** para el desarrollo de las asambleas departamentales las cuales incluían la parte técnica y logística de manera detallada, con el fin de garantizar el buen desarrollo de las sesiones.
- **Listas de chequeo** que permitieran guiar paso a paso el cumplimiento de los requerimientos básicos para el desarrollo de sesiones.
- **Protocolos de bioseguridad** ajustable de acuerdo al contexto socio-cultural y territorial
- **Documentos resumen orientadores** para la aplicación de los instrumentos concertados para la recolección de información y capacitación frente a las políticas públicas en salud para grupos étnicos (Plan Decenal de Salud Pública)
- **Videos y documentos de capacitación** para el correcto diligenciamiento de las matrices de recolección y organización de la información recogida durante las asambleas departamentales.

Igualmente, se definió la organización de la consolidación de la información y su posterior triangulación y análisis que derivaría en la identificación de necesidades y propuestas de alternativas para su abordaje tanto en el capítulo como en los Planes Territoriales de Salud y desde las responsabilidades institucionales y sectoriales. Para ello fue necesario realizar el diseño y montaje de la base de datos en línea con el fin de configurar categorías preliminares y códigos de referencia que permitieran en principio la organización y sistematización de los datos y posteriormente el análisis de la información tanto cualitativa como cuantitativa, y de esta manera enriquecer el ejercicio de identificación y comprensión de las necesidades expresadas por los diferentes actores y con ello la posibilidad de enriquecer la propuesta de capítulo étnico.

Sumado a lo anterior, es importante reconocer que se llevaron a cabo acompañamientos por parte del equipo técnico de la dirección de epidemiología y demografía del Ministerio de Salud y Protección Social, con el fin de apoyar técnica y logísticamente los diferentes momentos. Generando de esta manera espacios de capacitación y orientación en el antes, durante y después de cada una de las fases que componen la ruta metodológica concertada.

Fase de consulta previa

Una vez garantizado el convenio con la entidad asociada, esta entidad operó la ruta para garantizar la efectividad de la participación de los Consejos Comunitarios en las asambleas departamentales e inició la convocatoria realizada al delegado propio en su rol de representante de sus respectivos Consejos Comunitarios y de las organizaciones de base. Los delegados designados en su rol de interlocutores legítimos concretaron la convocatoria en el marco de su autonomía a las asambleas y espacios de socialización y concertación a los miembros de las consultivas departamentales de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, delegados de los consejos

Continúa la Resolución “Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el Capítulo Étnico con enfoque diferencial para la Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera como parte integral al Plan Decenal de Salud Pública –PDSP 2012-2021”

comunitarios y de otras formas o expresiones organizativas, médicos tradicionales, parteras, y demás personas que cuenten con la experiencia y el conocimiento de la medicina ancestral.

Por lo anterior, a partir del vínculo territorial entre el delegado y las comunidades que él representa que surge en razón a relaciones de parentesco, familiaridad, ancestralidad, ubicación geográfica y organización política se garantizó el compromiso de la efectiva participación de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras en las asambleas departamentales (ilustración 2).

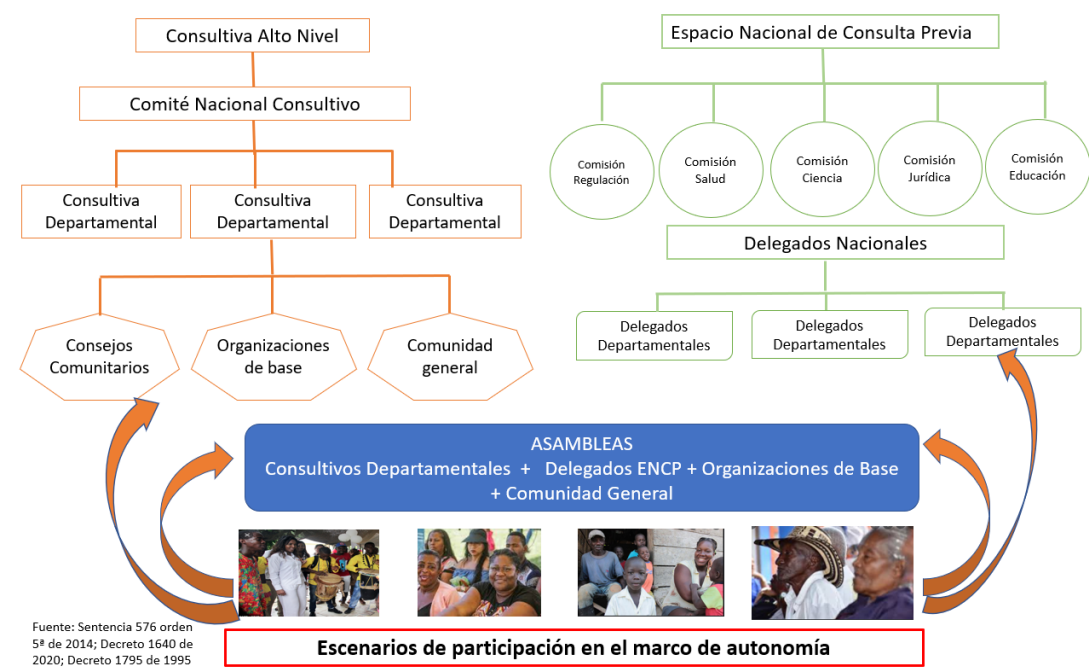
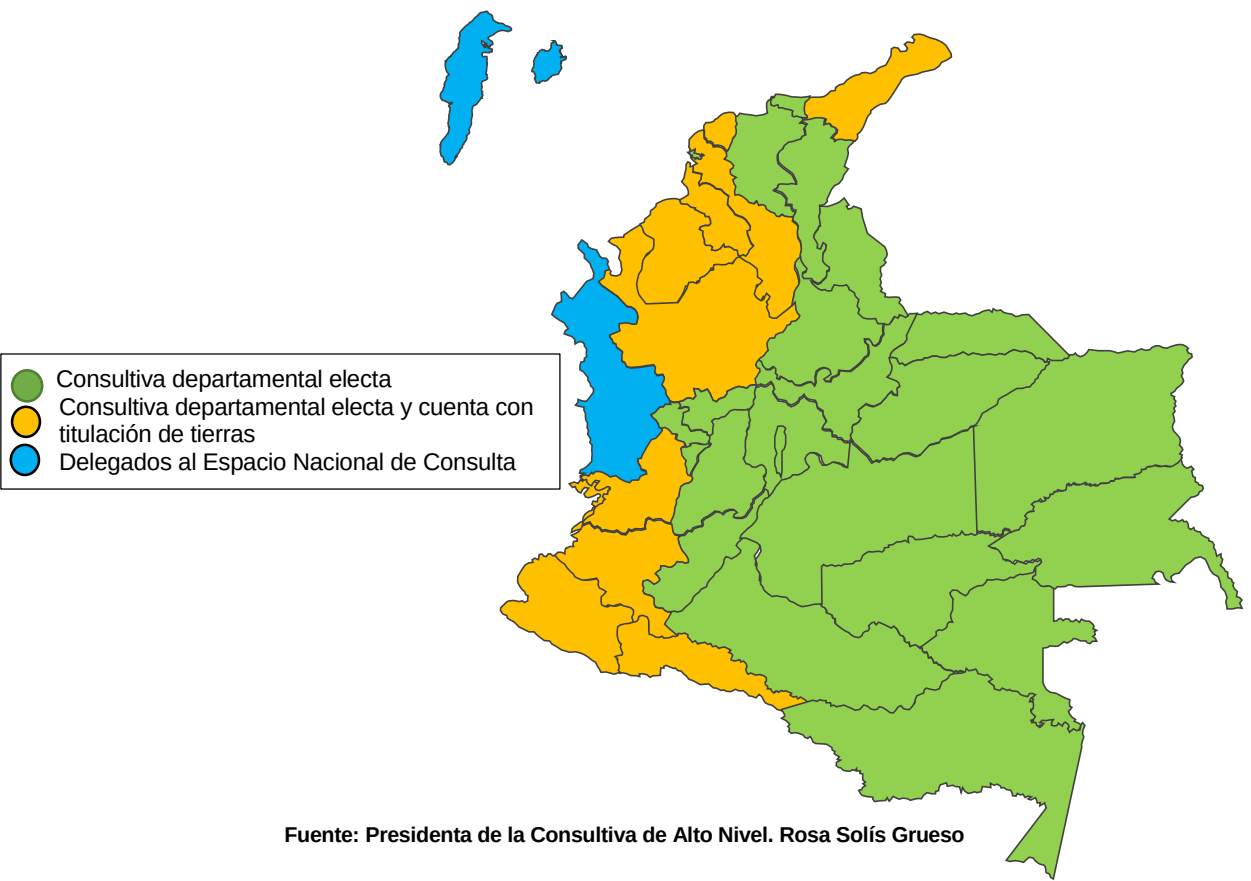


Ilustración 2. Esquema organizativo de la garantía de participación de la consulta previa

En consonancia con lo anterior, las estructuras de participación y organización política de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras garantizaron la inclusión del 100 % de las organizaciones en la totalidad de las entidades territoriales del país, en cumplimiento de los principios de justicia, democracia, respeto de los derechos humanos, igualdad, no discriminación, buena administración pública y buena fe consagrados en el Convenio 169 de OIT.

La evidencia técnica de esta garantía de participación se presenta en el mapa siguiente. Los departamentos en verde corresponden a los que tienen consultiva departamental electa, los color naranja tienen también consultiva departamental electa y cuentan con consejos comunitarios con titulación de tierras. Chocó y San Andrés tienen pendiente elección de consultiva departamental, pero cuentan con los delegados nacionales al Espacio Nacional de Consulta Previa, luego también tienen representantes y estructura orgánica y administrativa de participación y gobernanza en sus territorios. Cada asamblea tuvo como meta el aforo autorizado por la emergencia sanitaria de máximo 50 personas, con los canales propios de las redes comunitarias de base en sus territorios para el despliegue de dichas convocatorias, reforzando la misma en el marco de la dinámica propia del tejido social del territorio.

Continúa la Resolución “Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el Capítulo Étnico con enfoque diferencial para la Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera como parte integral al Plan Decenal de Salud Pública –PDSP 2012-2021”



Mapa 1. Situación de las organizaciones políticas y de gobernanza de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, 2021, Colombia.

Lo anteriormente mencionado, el esquema organizativo y la cobertura nacional de las organizaciones políticas y de gobernanza de estas comunidades, permitió el desarrollo de las Asambleas Departamentales y la asamblea nacional LGBTQ+. Esta fase contó así con una participación activa y aportó a la caracterización situacional o diagnóstico y a la definición de líneas estratégicas de acción, con el fin de lograr dar cumplimiento al enfoque de derechos y diferencial dispuesto en la Constitución Política, el actual Plan Nacional de Desarrollo Pacto por Colombia Pacto por la equidad, el Plan Decenal de Salud Pública y la Ley Estatutaria de la Salud, entre otras.

Asambleas departamentales: recolección de insumos

En este punto, es importante señalar que de conformidad con el artículo 2.5.1.4.4. del Decreto 1372 de 2018 las Asambleas Departamentales tienen como propósito incorporar propuestas y tramitar recomendaciones de los delegados de consejos comunitarios, expresiones organizativas de comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras. Las asambleas realizadas se detallan a continuación:

Cuadro 3. Asambleas realizadas en la Consulta Previa del capítulo de las comunidades Negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras

Continúa la Resolución “Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el Capítulo Étnico con enfoque diferencial para la Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera como parte integral al Plan Decenal de Salud Pública –PDSP 2012-2021”

Nº	ASAMBLEA	LUGAR
1	Amazonas	Leticia
2	Antioquia	Medellín
3	Arauca	Arauca
4	Atlántico	Candelaria
5	Bogotá	Bogotá
6	Bolívar	Cartagena de Indias
7	Boyacá	Puerto Boyacá
8	Caldas	Supia
9	Caquetá	Florencia
10	Casanare	Yopal
11	Cesar	Valledupar
12	Chocó	Quibdó
13	Córdoba	Montería
14	Guaina	Puerto Inírida
15	Guaviare	San José
16	Huila	Neiva
17	LGBTIQ +	Bogotá
18	Magdalena	Plato
19	Meta	Villavicencio
20	Nariño	Tumaco
21	Norte Santander	Cúcuta
22	Putumayo	Villa garzón
23	Quindío	Circasia
24	Risaralda	Pereira
25	San Andrés, Providencia y Santa Catalina	San Andrés
26	Santander	Bucaramanga
27	Sucre	Sincelejo
28	Tolima	Ibagué
29	Valle	Cali
30	Vaupés	Mitú
31	Vichada	Puerto Carreño

Fuente: Elaboración propia. Equipo técnico MSPS

Realización de la Asamblea LGBTIQ+

La organización de la asamblea nacional LGBTIQ+ estuvo a cargo del delegado nacional de la Comisión III, quien coordinó la convocatoria teniendo en cuenta la representatividad de las organizaciones LGBTIQ+ en el ámbito nacional. Su objetivo fue recoger la percepción de las necesidades, condiciones de salud y explorar las opciones para la definición de las líneas estratégicas de este grupo dentro del capítulo.

Además de las asambleas departamentales descritas antes, los demás componentes de esta fase de consulta previa conforman la fase de construcción colectiva e incluyeron las actividades de

Continúa la Resolución “Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el Capítulo Étnico con enfoque diferencial para la Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera como parte integral al Plan Decenal de Salud Pública –PDSP 2012-2021”

reuniones departamentales, mesas técnicas y reuniones con el pleno de la Comisión III, cada uno con un alcance y propósito detallado en el cuadro 4, a continuación:

Cuadro 4. Espacios de la construcción colectiva

Nombre del espacio	Alcance y propósito
REUNIONES DEPARTAMENTALES CON LAS ENTIDADES TERRITORIALES DE SALUD	Corresponde a los encuentros convocados por el Ministerio de Salud y Protección Social con la entidad asociada con apoyo de los delegados de la Comisión III con las entidades territoriales de salud y la comunidad delegada por los Consejos Comunitarios, con el fin de socializar los preacuerdos de las asambleas, recibir aportes y ajustar el capítulo.
MESAS TÉCNICAS	Corresponden a encuentros de trabajo entre el equipo profesional de la entidad asociada y la Comisión III y el equipo técnico del Ministerio, para establecer los acuerdos hacia la consolidación del capítulo.
REUNIONES DE LA COMISIÓN III EN PLENO	Corresponde a la convocatoria de los 42 delegados de esta Comisión, efectuada por el Ministerio del Interior para avanzar en los consensos de los preacuerdos y acuerdos como preparatoria para la protocolización del capítulo.

En este momento del proceso de construcción del capítulo étnico se organizaron los desarrollos técnicos y logísticos que permitieron el procesamiento de la información derivada de asambleas departamentales y los demás espacios de construcción colectiva, como se describe a continuación.

Espacio de construcción con las entidades territoriales, los preacuerdos

Dentro del trabajo concertado en la metodología para el análisis de resultados se propuso la revisión de los planes de desarrollo de cada departamento con el fin de reconocer puntos a favor, vacíos y necesidades propias de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras con relación a la atención y proceso de planeación en salud, a partir de un primer acercamiento a las fuentes secundarias disponibles en las plataformas oficiales.

En este sentido se propuso identificar en un primer momento, si existe un capítulo específico para las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y a su vez, si se llevan acciones, planes, programas o proyectos frente a la atención y planeación en salud con enfoque diferencial, verificar si se realiza algún enlace o convenio con consejos comunitarios para llevar a cabo acciones con estas poblaciones, y finalmente generar observaciones y recomendaciones consideradas para el mejoramiento o la construcción de propuestas.

Dentro de los resultados evidenciados por departamento se identificaron iniciativas encaminadas a la garantía del acceso a la salud con calidad, integralidad y equidad. Esto, a partir del diseño de políticas públicas en salud y las propuestas de creación de EPS e IPS propias de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, con el fin de incluir y adecuar el enfoque étnico diferencial a los planes, programas, proyectos y acciones que respondan a las necesidades expresadas por las comunidades, teniendo en cuenta las diferencias contextuales, territoriales e identitarias propias y se garantice la calidad y cobertura, la vinculación, participación, accesibilidad e inclusión. A su vez resulta necesario la apertura de espacios que permitan consolidar los procesos de armonización y construcción técnica de las apuestas en salud para los pueblos afrodescendientes, lo que implica establecer procesos, mecanismos y procedimientos de articulación.

Los resultados indican la necesidad de crear alianzas con los consejos comunitarios para dar prioridad a los usos y costumbres de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, teniendo en cuenta la atención étnica y diferencial en los sectores sociales LGBTIQ+, víctimas, desplazados, etc. No obstante, para lograr lo anterior de manera efectiva y como respuesta repetitiva dentro del ejercicio, resulta necesario realizar un proceso de caracterización de la población presente en el territorio, una actualización o creación de sus indicadores y determinantes, de manera que exista una documentación y censo poblacional de dichas comunidades, con el fin de aterrizar, priorizar, articular y orientar acciones frente a la toma de

Continúa la Resolución “Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el Capítulo Étnico con enfoque diferencial para la Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera como parte integral al Plan Decenal de Salud Pública –PDSP 2012-2021”

decisiones políticas basadas en la evidencia, como es el caso de la construcción de planes territoriales e inclusión del capítulo étnico diferencial dentro del Plan Decenal de Salud Pública. Vale señalar que esto se debe realizar de la mano de una comprensión conjunta entre actores frente a la experiencia en los procesos de atención y planeación en salud de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras.

Frente a lo anterior, es importante señalar que en Cauca se dio un aporte fundamental para iniciar con la adecuación del enfoque diferencial con las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, alrededor de la necesidad de que las entidades territoriales reconozcan e identifiquen los instrumentos de planificación y la manera como estos involucren unas prioridades de desarrollo propias de los grupos étnicos. Teniendo como punto de partida el proceso de los pueblos indígenas de fortalecimiento de los gobiernos propios, con las mesas de concertación y de la regulación y articulación del Modelo de Atención Integral Territorial (MAITE) y el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI). Sumado a ello, en el departamento del Cauca específicamente en Santander de Quilichao se identificó un compromiso de implementación y seguimiento frente a la “Política Pública Afroquilichagüeña”, lo que evidencia un avance significativo en los retos de la implementación del enfoque diferencial.

En los departamentos de Huila, Boyacá, Bogotá, Caquetá, entre otros, se mencionó la importancia de establecer diálogos frente a los “problemas en salud empíricos y científicos con el objetivo de contrastar y conocer los abordajes desde la institucionalidad y desde las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras” (Matriz 3, 2021) de tal manera que permita identificar y comprender la salud, la enfermedad y los procesos de planeación desde una mirada propia e intercultural, teniendo en cuenta la medicina tradicional y ancestral de dichas comunidades, la soberanía alimentaria, los determinantes ambientales, sociales, psicológicos y espirituales.

A su vez, dentro de las observaciones se encontró que “Para nadie es un secreto que las desigualdades en salud que se viven en Colombia son el resultado de la situación en que la población crece, vive, trabaja y envejece, y del tipo de sistemas que se utilizan para combatir la enfermedad. A su vez, las condiciones en que la gente vive y muere están determinadas por fuerzas políticas, sociales y económicas”, no obstante “es necesario trabajar en diferentes aspectos articulados que respondan a un progreso a nivel de salud en el departamento” y para ello la formulación y adecuación de políticas públicas son fundamentales en los territorios con el fin de garantizar a las comunidades étnicas condiciones dignas, equitativas y de calidad, expresadas a nivel laboral, familiar, individual y colectivo a lo largo del curso de vida de cada sujeto (niñez, adolescencia, juventud, vejez). Esta propuesta estuvo acompañada de un requerimiento vital y es la construcción conjunta, a partir de un proceso participativo que lleve a que las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras a apropiarse de los espacios de la formulación, implementación y monitoreo en la creación de políticas, planes y proyectos en salud. Dentro de las propuestas también se encontró:

- Promover por la difusión la presencia e importancia de saberes ancestrales y la medicina tradicional afrodescendiente.
- Garantizar y gestionar una atención de salud culturalmente pertinente
- Atención Sanitaria con pertenencia cultural, enfoque de género y de derechos humanos (Matriz 3, Huila, 2021)

De manera paralela se conoció la iniciativa de Nariño acerca de la importancia en los procesos de adecuación e inclusión al enfoque étnico diferencial, sobre el intercambio de saberes y en ese sentido el reconocimiento de la partería, la medicina tradicional, la curandería, la educación intercultural, los derechos humanos, el proceso de paz, entre otras, como aspectos propios,

Continúa la Resolución *“Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el Capítulo Étnico con enfoque diferencial para la Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera como parte integral al Plan Decenal de Salud Pública –PDSP 2012-2021”*

característicos, ancestrales y fundamentales que deben estar presentes al momento de plantear algún diálogo con las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, en la medida que se evidencia la poca visibilidad de estas comunidades dentro de los Planes de Intervenciones colectivas (PIC), dentro de las Aseguradoras o Entidades Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB) , y en las Empresas Sociales del Estados - ESEs municipales. Por lo anterior resulta urgente la elaboración de un capítulo étnico propio de dichas comunidades “el cual permita, estar en el marco de la planeación estratégica en salud, para fortalecer nuestra promoción y prevención en salud, con un enfoque territorial y poder tomar decisiones asertivas para mejorar la salud de nuestros habitantes del territorio” (Matriz 3, Nariño, 2021).

Estos procesos de adecuación presentan unos retos significativos, en la que medida que se observó necesidad de mejora frente a departamentos que tienen acciones dirigidas a las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, como fue el caso de Caquetá, ya que dentro del plan de desarrollo territorial se evidenció que esta población en temas salud pública no se encuentra articulada desde un enfoque diferencial si no desde un enfoque transversal en salud, lo que lleva al desconocimiento y no reconocimiento de las particulares identitarias y culturales de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y por ende a una vulneración de sus derechos como comunidades étnicas. Sumado a ello, es fundamental tener en cuenta que el deber ser de la salud pública es extenderse progresivamente a los pueblos interesados y aplicarse sin discriminación alguna.

Por otro lado, es importante señalar que dentro de los hallazgos fue repetitivo la necesidad de reconocer y visibilizar las rutas que permiten la administración de los recursos de tal manera que se garantice el desarrollo y concertación de planes, acciones o proyectos con enfoque étnico diferencial, ya que se evidencia la necesidad de fortalecer de manera urgente los procesos de planeación territorial, con el fin de brindar las herramientas y construir las rutas para lograr los objetivos técnicos y administrativos propuestos.

Una vez finalizada la revisión de los planes de desarrollo territorial de los departamentos, en la ruta metodológica se tenía como propuesta socializar en un espacio participativo el cual tuvo como nombre “Reunión de socialización, difusión y aplicación vinculante de los preacuerdos del capítulo étnico del Plan Decenal de Salud Pública, liderada por los delegados de cada departamento de la Comisión III del Espacio Nacional de Consulta Previa - ENCP y con la participación de los funcionarios de la secretarías de salud departamental y otros invitados” y cuyo propósito fue ajustar, contrastar, conversar y proponer a la luz de lo que se tiene, de lo que se desea y necesita modificar en los procesos de planeación y atención en salud con enfoque étnico diferencial, y a su vez a la luz del trabajo realizado de manera rigurosa y participativa en los distintos territorios por medio de las asambleas departamentales con las comunidades y organizaciones legítima y jurídicamente reconocidas , como son los consejos comunitarios.

Este ejercicio buscó articular los preacuerdos generados a partir de las necesidades expresadas en el desarrollo de las asambleas departamentales relacionadas con la garantía y goce efectivo del derecho a la salud, con el fin de que se brinde una atención a partir del enfoque diferencial y a su vez de la garantía de oportunidad de planear de manera conjunta con las comunidades y de la mano de las instituciones representativas y fundamentales para generar acciones, planes y proyectos que permitan encaminar de manera colectiva e individual las atenciones y la planeación a partir de los contextos sociales y las diferentes necesidades que expresan los mismos.

Vale señalar que este también tuvo como objetivo construir un canal de comunicación asertivo y directo a partir de la socialización de los acuerdos concertados, los cuales pretenden materializar respuestas en el marco de las necesidades expresadas y sentidas por las comunidades negras,

Continúa la Resolución “Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el Capítulo Étnico con enfoque diferencial para la Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera como parte integral al Plan Decenal de Salud Pública –PDSP 2012-2021”

afrocolombianas, raizales y palenqueras. Esto, con el fin de crear compromisos, construir y reconocer aquellas rutas, metodologías y prioridades desde las entidades territoriales como instituciones con responsabilidad social y garantes de los derechos de las comunidades.

De esta socialización emergieron ideas, propuestas, comentarios interesantes y pertinentes que apoyaron y validaron los acuerdos, las acciones, los compromisos por parte de las entidades territoriales con el fin de tomar posición y apropiación para lograr la implementación de estos en los planes, acciones y proyectos próximos a construirse.

Frente a cada uno de los preacuerdos existió la siguiente retroalimentación:

- **Primer preacuerdo:** Diseño del procedimiento para la construcción y concertación de políticas, planes, programas, proyectos, evaluación y seguimiento con las diferentes instancias (ESPACIO NACIONAL DE CONSULTA PREVIA, CONSULTIVA DE ALTO NIVEL, CONSULTIVA DEPARTAMENTAL, CONSEJOS COMUNITARIOS DE COMUNIDADES NEGRAS, ORGANIZACIONES DE BASE, EXPRESIONES ORGANIZATIVAS, PERSONAS NATURALES, CONSULTORES, ENTRE OTROS) de comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras con entidades territoriales de nivel internacional, nacional, departamental, municipal y distrital de carácter público y privado en el marco de las normas competentes

La secretaria de Salud de Córdoba resaltó la necesidad de tener en cuenta a los territorios de difícil acceso con el fin de que se les garantice la socialización de dicha propuesta y puedan verse beneficiados. Por parte del representante de Caldas se mencionó la necesidad de incluir a los médicos tradicionales dentro del Sistema, con el fin de que se reconozca su oficio y sea remunerado con las garantías laborales legales. Por parte de Casanare se resaltó la necesidad de que exista una pedagogía frente al enfoque étnico diferencial a nivel general, desde las bases departamentales y expresadas en directrices nacionales.

- **Segundo preacuerdo:** Sistematización de la experiencia metodológica de la construcción del capítulo étnico de las comunidades) que permitan la difusión y socialización del trabajo realizado para las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales Y Palenqueras mediante una estrategia de comunicación (materiales de esta ruta metodológica, con el fin de que sirva como insumo para promover el reconocimiento de la participación en el marco de la Consulta Previa a las Entidades, actores del SGSSS y academia.

La secretaria de salud de Norte de Santander expresó la importancia de conocer la ubicación de las poblaciones, lo que conlleva a la necesidad de realizar una actualización del censo poblacional con el fin de conocer cuantas personas hay, cuáles son las condiciones de vida y donde se encuentran ubicadas, para que de esta manera se pueda orientar la planeación de manera objetiva y efectiva.

- **Tercer preacuerdo:** Construcción de los lineamientos técnicos y metodológicos para el análisis de la situación de salud con enfoque étnico diferencial y sociocultural como insumo fundamental para la planeación territorial en salud y toma de decisiones

La Secretaría de salud de Caldas comentó que construyó una unidad temática de salud la cual convocó a la consultiva de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras a participar de la construcción de propuestas. De manera paralela, la secretaria de salud de Guaviare

Continúa la Resolución “Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el Capítulo Étnico con enfoque diferencial para la Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera como parte integral al Plan Decenal de Salud Pública –PDSP 2012-2021”

señaló los avances que han generado a partir del trabajo autónomo, colectivo y comunitario a partir de la creación de unos lineamientos que pretenden ser difundidos en las entidades territoriales.

- **Cuarto preacuerdo:** Formación y capacitación para el mejor desempeño de sus funciones respecto a los procesos de planeación territorial en salud con enfoque étnico e intercultural e implementación de acciones en promoción, gestión del riesgo y gestión de la salud pública: las entidades públicas, privadas a nivel nacional, internacional y local y a las instancias de Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.

La secretaria de Guainía señaló la necesidad de que exista reconocimiento, visibilización y legitimidad de los sabedores al momento de generar formación y capacitación respectiva.

Sobre los acuerdos 5°, 6°, 7° y 8° no se presentaron observaciones y se aceptaron en forma unánime.

- **Quinto preacuerdo:** Elaboración de documentos y material didáctico para la difusión de la normatividad existente para las Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras, como parte del apoyo a los procesos de fortalecimiento de la capacidad institucional y comunitaria.
- **Sexto preacuerdo:** Revisión del cumplimiento órdenes judiciales, sentencias de la corte del Ministerio Público, organismos internacionales en relación con la atención en salud y sus procedimientos diferenciales para Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras
- **Séptimo preacuerdo:** Definir las líneas de investigación para la gestión del conocimiento, formación de capacidades en investigación y uso de la información a partir de los resultados de las asambleas de la consulta previa del capítulo étnico de las Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.
- **Octavo preacuerdo:** Establecer la ruta para el reconocimiento, desarrollo y protección jurídica, técnica y ancestral de la medicina tradicional - ancestral de las Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.
- **Noveno preacuerdo:** Concertación para la adecuación sociocultural de las rutas RIAS para las comunidades NARP de acuerdo a las necesidades, condiciones y situaciones de salud propia.

En cuanto al 9° preacuerdo el departamento de Norte de Santander expresó que antes de establecer dicha ruta es fundamental el tema de caracterización de la población, ya que si bien las RIAS aplican a todas las poblaciones, es fundamental la caracterización para generar acciones específicas para la comunidad negra, afrocolombiana, raizal y palenquera que garanticen los derechos de las comunidades y el enfoque diferencial que se busca adecuar. Por otro lado Caldas señaló la necesidad urgente de que exista una “radiografía social” frente al estado de salud de cada departamento.

- **Decimo preacuerdo:** Caracterización sociocultural de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras con los elementos técnicos, jurídicos y científicos de salud, existentes para la construcción de un diagnóstico de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras en salud.
- **Undécimo preacuerdo:** Reconocimiento integral activo de carácter inmediato para los sabedores de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras en sus distintas áreas de salud, espiritual, tradicional y ancestral.

Continúa la Resolución “Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el Capítulo Étnico con enfoque diferencial para la Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera como parte integral al Plan Decenal de Salud Pública –PDSP 2012-2021”

- **Duodécimo preacuerdo:** Creación de la mesa de protección de las políticas públicas para la apropiación de la atención integral ante el Ministerio de Salud y Protección Social.
- **Decimotercer preacuerdo:** Garantizar que la EPS hagan la caracterización en territorio en concertación con las instancias representativas de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.

Sobre estos últimos preacuerdos la única recomendación fue presentada por el departamento del Guainía que agregó que las políticas públicas deben cumplir un rol fundamental como multiplicadoras de la medicina ancestral, ya que esta tiene la misma importancia de la medicina alopática/ occidental.

Generación de la matriz 4, los acuerdos

Posterior al ejercicio de revisión con las entidades territoriales se organizan los acuerdos a presentar en el espacio de protocolización presentados a continuación:

1. Generar e implementar acciones para el fortalecimiento técnico y operativo, en las entidades o instituciones del SGSSS, que permita garantizar el cumplimiento de los procesos de planeación y gestión integral en salud pública con enfoque étnico e identidad cultural para las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.
2. Diseñar, definir, adecuar e implementar, en el marco de las competencias de los actores del SGSSS, las orientaciones técnicas que permitan la incorporación del enfoque diferencial en las políticas, planes, programas y proyectos en salud pública para las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.
3. Sistematizar y documentar el abordaje metodológico empleado para la construcción del capítulo étnico del PDSP, objeto de la consulta previa para comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.
4. Diseñar e implementar estrategias de comunicación que permita la adecuada socialización y difusión de los elementos estratégicos y operativos del capítulo étnico de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales Y Palenqueras, así como del reconocimiento y la garantía de la participación social en el marco de la consulta previa.
5. Diseñar conjuntamente con la Comisión III del ENCP una estrategia metodológica y los lineamientos técnicos para la incorporación del enfoque étnico y la identidad cultural en el proceso de análisis de la situación de salud (ASIS) que será insumo fundamental para la planeación territorial en materia de salud pública de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.
6. Diseñar e implementar conjuntamente con la Comisión III del ENCP y el Ministerio de Salud y Protección Social una estrategia metodológica y los lineamientos técnicos para el desarrollo de la caracterización de la situación de salud con enfoque étnico y la identidad cultural para la construcción de un diagnóstico de salud de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.
7. Adecuar las orientaciones de la estrategia de entornos saludables que aborden los factores ambientales que afectan negativamente la salud en los territorios colectivos, tradicionales

Continúa la Resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el Capítulo Étnico con enfoque diferencial para la Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera como parte integral al Plan Decenal de Salud Pública –PDSP 2012-2021"

y/o ancestrales y zonas de asentamiento de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.

8. Adoptar los lineamientos del Plan Nacional de Adaptación al Cambio Climático que afectan la salud, dirigido a las entidades territoriales, los sectores, en los territorios colectivos, tradicionales y/o ancestrales y zonas de asentamiento de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.
9. Adaptar, adecuar e implementar los lineamientos técnicos para la vigilancia comunitaria en salud pública teniendo en cuenta los lineamientos técnicos existentes, las prácticas y saberes ancestrales para el cuidado primario en salud de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.
10. Concertar la adecuación del enfoque étnico y de la identidad cultural de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) para las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras de acuerdo con las necesidades, condiciones y situaciones de salud propia para reducir la carga de enfermedad y de las muertes tempranas y evitables por enfermedades emergentes, reemergentes y desatendidas.
11. Definir un mecanismo que permita la identificación de las personas de las Comunidades Negras, Afrocolombianas Raizales y Palenqueras afiliadas al SGSSS que permita la atención con enfoque diferencial étnico.
12. Diseñar e implementar el proceso de inclusión del enfoque de género desde la identidad cultural en el sector salud para el cierre de brechas por razones de género, identidad de género y orientación sexual, incluyendo acciones diferenciales para comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.
13. Diseñar e implementar un sistema de caracterización y registro de los sabedores, parteras, curanderos, sobanderos, remedieros y demás médicos tradicionales y ancestrales de las comunidades Negras, Afrocolombianos, Raizales y Palenqueros.
14. Diseñar e implementar estrategias de formación continua, encaminadas a la armonización y articulación de la medicina "occidental" con la medicina tradicional y sabiduría ancestral con el SGSSS, para el fortalecimiento de los conocimientos y habilidades de los sabedores y médicos tradicionales en el ejercicio de sus prácticas tradicionales.
15. Inclusión de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueros en los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud para la toma de decisión de la gestión de los determinantes sociales de la salud con enfoque intersectorial.
16. Diseñar e implementar estrategias que permitan visibilizar y reconocer el saber ancestral y las prácticas tradicionales para el fortalecimiento de la medicina tradicional de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.
17. Definir orientaciones para incorporar las acciones diferenciales para la gestión y la prestación de servicios de salud para la población Palenquera y Raizal, a través de ajustes razonables para las lenguas nativas criolla y creole, atendiendo lo definido el artículo 9 de la Ley 1381 de 2010.

Continúa la Resolución “Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el Capítulo Étnico con enfoque diferencial para la Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera como parte integral al Plan Decenal de Salud Pública –PDSP 2012-2021”

18. Diseñar e implementar estrategias para el intercambio de saberes entre la medicina ancestral (sabedores, sobadores, parteras, curanderos, rezanderos, etc.) y la medicina occidental, en espacios comunitarios que permitan el fortalecimiento de la identidad cultural de las Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras en el territorio colectivo, tradicional y/o ancestral, zonas de asentamiento o zonas urbanas.

Estos 18 acuerdos fueron llevados a la protocolización al Espacio Nacional de Consulta Previa. En este espacio se presentaron los componentes de financiación y monitoreo y seguimiento que fueron aprobados y fue adicionado el Acuerdo de Salvaguarda del ENCP que se presentan a continuación:

Fase de Protocolización

Esta fase se llevó a cabo en el Hotel Tequendama de la ciudad de Bogotá DC, del 20 al 22 de diciembre de 2021, contó con la presencia de los siguientes representantes de las instituciones del gobierno nacional y del ministerio público y los delegados de la Plenaria del Espacio Nacional de Consulta Previa Rosa Emilia Solís Grueso y los firmantes en el listado de asistencia que se adjunta al acta.

JUDITH ROSINA SALAZAR ANDRADE Directora para comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras del Ministerio del Interior.

ELSA NURY LOZANO RAMOS Coordinadora grupo de gestión interinstitucional e instancias de representación del Ministerio del Interior.

MARIO SERRATO VALDEZ Profesional Delegado Defensoría del Pueblo Delegada de Asuntos Étnicos de la Defensoría del Pueblo.

ALEJANDRO CEPEDA PÉREZ Jefe de Oficina de Promoción Social del Ministerio de Salud y Protección Social.

CARLOS EDUARDO PINZÓN FLÓREZ Director (E) de Epidemiología y Demografía del Ministerio de Salud y Protección Social.

CARLOS ALEXANDER MOSQUERA MOSQUERA Profesional Delegado Procuraduría General de la Nación Delegada de Asuntos Étnicos de la Procuraduría General de la Nación.

El orden del día estuvo constituido por los aspectos protocolarios pertinentes y por los siguientes contenidos específicos:

- Elementos jurídicos y técnicos del capítulo étnico de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras del Plan Decenal de Salud Pública de Colombia
- Elementos y antecedentes de la ruta y la metodología construida con la comisión III del capítulo étnico de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras del plan decenal de salud pública
- Socialización de preacuerdos entre el Ministerio de salud y Protección Social y la Comisión III de salud del Espacio Nacional de Consulta Previa

Se surtió el Espacio autónomo después del cual se pasó a:

Continúa la Resolución “Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el Capítulo Étnico con enfoque diferencial para la Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera como parte integral al Plan Decenal de Salud Pública –PDSP 2012-2021”

- Concertación, Acuerdos y Protocolización entre el Ministerio de Salud y Protección Social y los delegados del Espacio Nacional De Consulta Previa
- Varios, acuerdos y tareas
- Lectura del acta y cierre de la sesión

Se inició la protocolización con la presentación de los elementos técnicos y jurídicos y los antecedentes de la ruta y la metodología, posteriormente según el orden del día se hizo la Socialización de preacuerdos entre el ministerio de salud y la Comisión III de salud del espacio nacional de consulta previa

La intervención del Ministerio inicia agradeciendo la presencia de los delegados(as) del ENCP de las Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras y relacionando que, los preacuerdos que se exponen a este escenario, corresponden al resultado de un trabajo técnico conjunto realizado entre la Comisión III del ENCP y el Ministerio de Salud y Protección Social, el cual estuvo enmarcado en la Ruta Metodológica para el desarrollo del proceso de Consulta Previa del Capítulo Étnico de Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras del PDSP 2012- 2021. En este sentido y, como una intervención conjunta, el Ministerio procedió a dar lectura de los preacuerdos para ponerlos en conocimiento de la plenaria del ENCP.

Ante la moción de metodología presentada por el ENCP, el Ministerio sustenta la necesidad de abordar todos los preacuerdos en una lectura continua, a fin de que las intervenciones puedan ser desarrolladas conociendo el contexto total de los mismos. El Ministerio destacó que los compromisos relacionados con (i) la armonización y articulación de la medicina tradicional y la sabiduría ancestral, (ii) registro de los sabedores y médicos tradicionales y (iii) la participación en los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud, resultan de una altísima trascendencia dado el impacto que tendrían para el SGSSS, así como el diseño e implementación de la política pública en salud de estas comunidades étnicas en los próximos años.

El Ministerio presenta los dieciocho (18) preacuerdos y posterior a la presentación del Ministerio, la Secretaría Técnica da lectura a las recomendaciones de la Comisión Consultiva de Alto Nivel y se indica que, algunas de dichas recomendaciones, fueron recogidas en los preacuerdos presentados con la comisión tercera del ENCP y acuerdos con el ENCP. Posteriormente, el ENCP solicitó un Espacio Autónomo, desde el cual se pudiera dar lectura detallada de los preacuerdos para su análisis. El Ministerio del Interior, da curso a la propuesta del Espacio Autónomo, luego del cual, se presentarán las observaciones al Gobierno Nacional en un espacio Mixto. Adicionalmente, la Sra. Rosita Solís, solicita que, previo al Espacio Autónomo, se presenten los disensos que fueron formulados en el seno de la Comisión III, cuestión que el Ministerio del Interior refuerza, para efectos de garantizar el derecho de información del ENCP.

Una vez terminado el Espacio Autónomo la Secretaría Técnica remitió al Ministerio, vía correo electrónico, las observaciones y propuestas de ajuste sobre los preacuerdos y los disensos, así como una propuesta de clausulado de salvaguarda de la Consulta Previa, formulados por el ENCP. Una vez analizados por el Ministerio, se reanudó el espacio Mixto a las 11:16PM contando con la presencia de los delegados del Ministerio del Interior, del Ministerio de Salud y Protección Social y el delegado de la Procuraduría Delegada de Asuntos Étnicos de la Procuraduría General de la Nación.

El Ministerio agradeció el trabajo realizado y señala que recibió las propuestas de ajustes del ENCP. Frente a ellas, el Ministerio se refirió por cada uno de ellos. y en consecuencia señaló, que, los acuerdos números 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17 y 18 no tienen observaciones y, por tanto, se entienden acordados. Los dieciocho [18] acuerdos concertados y

Continúa la Resolución “Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el Capítulo Étnico con enfoque diferencial para la Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera como parte integral al Plan Decenal de Salud Pública –PDSP 2012-2021”

aprobados de manera conjunta entre el Ministerio de Salud y Protección Social y el ENCP fueron los siguientes:

No.	ACUERDO ENTRE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y EL ESPACIO NACIONAL DE CONSULTA PREVIA
1	Generar e implementar acciones para el fortalecimiento técnico y operativo, en las entidades o instituciones del SGSSS, que permita garantizar el cumplimiento de los procesos de planeación y gestión integral en salud pública con enfoque étnico e identidad cultural para las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.
2	Diseñar, definir, adecuar e implementar, en el marco de las competencias de los actores del SGSSS, las orientaciones técnicas que permitan la incorporación del enfoque diferencial en las políticas, planes, programas y proyectos en salud pública para las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.
3	Sistematizar y documentar el abordaje metodológico empleado para la construcción del capítulo étnico del PDSP, objeto de la consulta previa para comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.
4	Diseñar e implementar estrategias de comunicación que permitan la adecuada socialización y difusión de los elementos estratégicos y operativos del capítulo étnico de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras, así como del reconocimiento y la garantía de la participación social en el marco de la consulta previa.
5	Diseñar conjuntamente con la Comisión III del ENCP una estrategia metodológica y los lineamientos técnicos para la incorporación del enfoque étnico y la identidad cultural en el proceso de análisis de la situación de salud (ASIS) que será insumo fundamental para la planeación territorial en materia de salud pública de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.
6	Diseñar e implementar conjuntamente con la Comisión III del ENCP y el Ministerio de Salud y Protección Social una estrategia metodológica y los lineamientos técnicos para el desarrollo de la caracterización de la situación de salud con enfoque étnico y la identidad cultural para la construcción de un diagnóstico de salud de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.
7	Adecuar las orientaciones de la estrategia de entornos saludables que aborden los factores ambientales que afectan negativamente la salud en los territorios colectivos, tradicionales y/o ancestrales y zonas de asentamiento de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras
8	Adoptar los lineamientos del Plan Nacional de Adaptación al Cambio Climático que afectan la salud, dirigido a las entidades territoriales, los sectores, en los territorios colectivos, tradicionales y/o ancestrales y zonas de asentamiento de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras
9	Adaptar, adecuar e implementar los lineamientos técnicos para la vigilancia comunitaria en salud pública teniendo en cuenta los lineamientos técnicos existentes, las prácticas y saberes ancestrales para el cuidado primario en salud de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras
10	Concertar la adecuación del enfoque étnico y de la identidad cultural de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) para las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras de acuerdo a las necesidades, condiciones y situaciones de salud propia para reducir la carga de enfermedad y de las muertes tempranas y evitables por enfermedades emergentes, reemergentes y desatendidas.
11	Definir un mecanismo que permita la identificación de las personas de las Comunidades Negras, Afrocolombianas Raizales y Palenqueras afiliadas al SGSSS que permita la atención con enfoque diferencial étnico.
12	Diseñar e implementar el proceso de inclusión del enfoque de género desde la identidad cultural en el sector salud para el cierre de brechas por razones de género, identidad de género y orientación sexual, incluyendo acciones diferenciales para comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.
13	Diseñar e implementar un sistema de caracterización y registro de los sabedores, parteras, curanderos, sobanderos, remedieros y demás médicos tradicionales y ancestrales de las comunidades Negras, Afrocolombianos, Raizales y Palenqueros.
14	Diseñar e implementar estrategias de formación continua, encaminadas a la armonización y articulación de la medicina "occidental" con la medicina tradicional y sabiduría ancestral con el SGSSS, para el fortalecimiento de los conocimientos y habilidades de los sabedores y médicos tradicionales en el ejercicio de sus prácticas tradicionales.
15	Inclusión de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueros en los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud para la toma de decisión de la gestión de los determinantes sociales de la salud con enfoque intersectorial
16	Diseñar e implementar estrategias que permitan visibilizar y reconocer el saber ancestral y las prácticas tradicionales (sabedores, sobadores, curanderos, rezanderos, parteras etc) para el fortalecimiento de la medicina tradicional de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras
17	Definir orientaciones para incorporar las acciones diferenciales para la gestión y la prestación de servicios de salud para la población Palenquera y Raizal, a través de ajustes razonables para las lenguas nativas criolla y creole, atendiendo lo definido el artículo 9 de la Ley 1381 de 2010.

Continúa la Resolución “Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el Capítulo Étnico con enfoque diferencial para la Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera como parte integral al Plan Decenal de Salud Pública –PDSP 2012-2021”

18	Diseñar e implementar estrategias para el intercambio de saberes entre la medicina ancestral (sabedores, sobadores, parteras, curanderos, rezanderos, etc.) y la medicina occidental, en espacios comunitarios que permitan el fortalecimiento de la identidad cultural de las Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras en el territorio colectivo, tradicional y/o ancestral, zonas de asentamiento o zonas urbanas.
----	--

Cabe anotar que algunas de las recomendaciones de la Comisión Consultiva de Alto Nivel, fueron recogidas en los acuerdos alcanzados entre el Ministerio de salud y Protección Social y el ENCP. Respecto a los disensos, pese al dialogo y la argumentación de las partes, no fue posible llegar a un acuerdo por lo que se mantendrán como puntos en disenso.

Seguidamente los delegados del ENCP solicitan al Ministerio de Salud y Protección Social que se defina lo relacionado con la financiación, el monitoreo y la evaluación del capítulo étnico para comunidades negras afrocolombianas, raizales y palenqueras, del Plan Decenal de Salud Pública queden incorporados en dicho capítulo en las mismas condiciones que fue acordado para las comunidades indígenas.

Frente a esa solicitud, el Ministerio de Salud y Protección Social presenta las siguientes propuestas:

FINANCIACIÓN:

Acorde con las responsabilidades y competencias 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 la financiación de las acciones establecidas en estos planes, las entidades territoriales deben articular los esfuerzos estratégicos, metodológicos y operativos con los demás actores del SGSSS para lograr el mejoramiento del estado de salud de la población. Dicha articulación deberá estar enmarcada en evitar la progresión y ocurrencia de desenlaces adversos de la enfermedad, así como en la disminución de las inequidades en salud.

De manera específica, en cuanto a las intervenciones en comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras, se requiere de la acción intersectorial, dado que, en general, estos grupos étnicos se encuentran reconocidos como población vulnerable, en razón a su ubicación geográfica, desigualdades sociales y económicas, barreras en la prestación de servicios de salud y por la falta de coordinación entre los servicios de salud y sus prácticas y creencias en cuanto hace al proceso salud -enfermedad.

Toda acción que se requiera implementar en los territorios, en materia de prestación de servicios de salud y aseguramiento en el SGSSS, dirigidos a las poblaciones más vulnerables, entre los que se encuentran las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras, debe cumplir con los criterios de eficiencia y efectividad en la destinación de los recursos para los cuales fueron concebidos.

MONITOREO Y EVALUACIÓN:

El capítulo étnico para comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras del PDSP, 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 diferentes grupos diferenciales 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 Salud, permitirá establecer las contribuciones de las entidades territoriales al objetivo general del capítulo.

Continúa la Resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el Capítulo Étnico con enfoque diferencial para la Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera como parte integral al Plan Decenal de Salud Pública –PDSP 2012-2021"

Así, capítulo étnico para comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras 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). 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 presente capítulo. se adoptan los momentos de medición definidos así: Monitoreo a la gestión operativa del PTS y Evaluación del PTS.

Ante las propuestas presentadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, respecto al financiamiento y monitoreo referidas anteriormente, el Ministerio del Interior solicitó el pronunciamiento de los delegados del ENCP, quienes manifiestan que acogen las propuestas presentadas por lo que se incorporarán como parte de los acuerdos que constan en la presente acta.

ACUERDO DE SALVAGUARDA ENCP

Los delegados del Espacio Nacional de Consulta Previa presentan las siguientes salvaguardas:

- 1) El capítulo de las Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras, protocolizado entre el Ministerio de Salud y Protección Social y el Espacio Nacional de Consulta Previa, constituirá un insumo fundamental para la formulación del siguiente Plan Decenal que, de implicar ajustes y complementariedades, serán construidas con el Espacio Nacional de Consulta Previa e igualmente se tendrán en cuenta las recomendaciones que formule la Comisión Consultiva de Alto Nivel.
- 2) El Espacio Nacional de Consulta Previa, con fundamento en lo dispuesto en los artículo 6 y 7 del Convenio 169 de la OIT, señalado por la Corte Constitucional en las Sentencias T-376 de 2012, T-172 de 2013, T-576 de 2014, C-073 de 2018, SU 123 de 2018, el Decreto 1372 de 2018, exige al Ministerio de Salud y Protección Social que en el evento que la formulación del siguiente Plan Decenal, implique o contemple ajustes, modificaciones, complementariedades, programas, subprogramas, estrategias, lineamientos susceptibles de afectar directamente a las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, respetar y garantizar el derecho a la consulta previa, libre e informada.

18. Metodología de obtención y análisis de la información

La metodología estuvo conformada en dos componentes complementados:

a. Cuantitativo: mediante un cuestionario organizado en diez ejes orientadores con preguntas semi estructuradas con respuestas binarias (sí – no), y respuestas ordinales que permitieron visualizar el posicionamiento de las opciones de respuesta según la importancia que la comunidad les otorgaba a las opciones propuestas. Cada pregunta estuvo acompañada de un cuadro de observación que permitió recoger de modo libre todas las opciones que demandó cada una de ellas.

Ejes del cuestionario:

Continúa la Resolución “Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el Capítulo Étnico con enfoque diferencial para la Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera como parte integral al Plan Decenal de Salud Pública –PDSP 2012-2021”

- Participación de las comunidades Negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras a través de sus instancias de representación.
- Población y Territorio.
- Medio Ambiente.
- Barreras en Salud.
- Sabiduría ancestral y saber.
- Fortalecimiento del talento humano de la sabiduría ancestral y el saber.
- Prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.
- Protección lingüística.
- LGBTIQ+.
- Mujer

b. Cualitativo: a partir de la información no estructurada del componente de "Observaciones" de las preguntas de los cuestionarios aplicados en las asambleas departamentales y la asamblea nacional LGBTIQ+ se organizó tabla de datos por cada eje orientador, para utilizar la estrategia de análisis de tabla de datos con el software N Vivo. Con la estrategia de análisis de tabla de datos, se fusionaron los componentes al interior de cada eje y se generó la visualización en nubes de palabras. Las nubes se generaron para las cien palabras más frecuentes por eje y se realizó análisis teniendo en cuenta los factores contextuales de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras.

Método de recolección de la información:

- Cada asamblea diligencio el cuestionario en físico
- El cuestionario paso por una revisión antes de ser diligenciado en línea
- Una vez se recibió en línea se realizó el seguimiento a la digitación de cada uno de los cuestionarios revisando que la información estuviera completa de los ejes, la coherencia y pertinencia de la información digitada por departamento (matriz 1)
- Se realizó el seguimiento al cargue continuo de los resultados del cuestionario realizando las subsanaciones en tiempo inmediato
- Se aplicó el protocolo para el alistamiento de la base de datos que corresponde a la matriz 2 con el fin de procesar las salidas cuantitativas expresadas en porcentaje

Para el análisis específico de los ejes LGBTI y MUJERES se realizó codificación abierta. Consistió en el proceso de separar, examinar, comparar y conceptualizar los datos. Durante la codificación abierta los datos obtenidos de estos ejes se examinaron y compararon por similitudes y diferencias. Para cada incidente o evento se dio un nombre y formaron los códigos conceptuales y luego se agruparon en conceptos más abstractos para formar las categorías. Se discutieron al interior del equipo técnico del Ministerio de Salud y Protección Social y se establecieron las categorías finales que se presentan en este documento para su validación por los delegados del Espacio Nacional de Consulta Previa.

19. Resultados del análisis cuantitativo y cualitativo

Eje 1: Participación de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras a través de sus instancias de representación

El propósito de este eje se enfoca en la información sobre cuales expresiones organizativas de comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras son reconocidas en el territorio, así como a la existencia de espacios de planificación y concertación propios en materia de salud y sus

Continúa la Resolución “Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el Capítulo Étnico con enfoque diferencial para la Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera como parte integral al Plan Decenal de Salud Pública –PDSP 2012-2021”

liderazgos y las acciones que deben implementar estas comunidades y las entidades de salud, para propiciar dichos espacios en materia de salud.

El 92 % de las asambleas reconoció las organizaciones de base, en cuanto a las expresiones organizativas fueron reconocidas por el 75% y los concejos comunitarios por el 66%. Frente al reconocimiento de los espacios para la planificación propios en materia de salud, el 78% de las asambleas respondió que no poseen espacios de planificación propios, solamente una cuarta parte de las asambleas respondieron que si existen estos espacios.

En cuanto al reconocimiento del ejercicio de estos liderazgos solamente el 7% de las asambleas refirió que el liderazgo en la planeación en salud en la comunidad la realizan los mayores y/o sabedores de la comunidad, el 22% indicó que este liderazgo es realizado por los promotores de salud. El liderazgo en la planeación en salud del territorio a partir de los representantes legales, juntas de concejo y directivas de las organizaciones estuvieron entre el 11 y el 19%. Otras expresiones que cobraron importancia en la planificación del territorio fue la Consultiva, Subcomisión Salud, organizaciones de base, los delegados de la comisión III, de manera específica fue mencionado la **“estrategia kilombo”** y se menciona la participación de las instituciones de salud a cargo de las secretarías de salud departamentales y municipales.

En cuanto a los espacios de concertación propios de las Comunidades Negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras en materia de salud con los gobiernos territoriales, más de la mitad de las asambleas no disponen de estos espacios con las instituciones. El 53% de las asambleas respondieron que si se dispone de espacios de interlocución para llevar a cabo la concertación de la planeación propia e intercultural en los territorios.



Ilustración 3. Nube de palabras del eje de Participación

Lo anterior se corresponde con las expresiones que fueron dadas por los participantes en todas las asambleas respecto a este eje: hay escaso reconocimiento en la disposición de espacios para la concertación y la planificación con enfoque étnico diferencial entre las organizaciones e instituciones, se observa que expresiones como “territoriales” “organizaciones” “ancestrales” “espacios” “concertación” “medica en salud tradicional” “conocimientos” “lideres” “liderazgos” “sabedores” “parteras” “cultura” “palenquera” “decisiones” “departamental” “articulaciones” “colectivo” y “capitulo” refuerzan la necesidad de que se aborde una estrategia que armonice y articule la planeación territorial en salud con enfoque étnico y diferencial en el marco de los espacios propios e institucionales.

Continúa la Resolución “Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el Capítulo Étnico con enfoque diferencial para la Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera como parte integral al Plan Decenal de Salud Pública –PDSP 2012-2021”

Frente a las estrategias las Asambleas propusieron, entre otras, las siguientes:

- El reconocimiento y el fortalecimiento de los espacios para la concertación y planeación propia y la formalización de los escenarios de trabajo con los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Fortalecimiento de los procesos de coordinación y articulación para garantizar los espacio de participación en la planeación en salud
- Generación de capacidades a partir del reconocimiento del derecho fundamental a la participación en el talento humano en salud, en las instituciones y en la comunidad general, lo que también incluye la normativa y reglamentación de para ejercer el derecho a la participación.

Eje 2. Población, territorio

Este eje busca acopiar la información sobre la interrelación entre la población y sus territorios, parte de indagar sobre las enfermedades de las comunidades Negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras en el territorio y cuáles son los factores y determinantes que consideran que las originan en sus territorios, así como la situación de la infraestructura y dotación y los servicios de salud disponibles.

Las Asambleas atribuyen el más alto porcentaje a la falta de acueducto y alcantarillado (81 %), seguido por la falta de prevención y promoción de la salud (81%), después a la pérdida de identidad y aculturación alimentaria (78%), y finalmente con el mismo porcentaje de atribución a la contaminación ambiental (75%) y la falta de atención a las enfermedades endémicas (72%), las asambleas manifiestan que la falta de atención a las enfermedades endémicas (malaria, dengue, leishmaniasis), como una de las causas que generan enfermedad en la comunidad.

En cuanto a la percepción de sus enfermedades más prevalentes, consideraron que la hipertensión arterial fue la calificada con la mayor afectación como enfermedad cardiovascular con un valor del 50%, seguido de la diabetes con un 16%, la salud mental 6%, enfermedades infecciosas Enfermedad Diarreica Aguda -Infección Respiratoria Aguda 3% y la enfermedad renal con el 3%. Otras afectaciones consideradas fueron la miomatosis uterina y la obesidad.

Estas altas atribuciones de las asambleas en el país, para estos factores en un rango del 72 al 81%, indican claramente las situaciones de desventaja en el acceso al saneamiento básico para estas comunidades que empeora con la carencia percibida de las funciones esenciales de la salud pública por los servicios de salud como son la prevención, promoción de la salud y atención de enfermedades endémicas. Esta interacción negativa de estos dos determinantes en servicios públicos de un lado y los servicios de salud por el otro, se entrecruzan con la presencia de la contaminación ambiental y la pérdida de la identidad alimentaria.

Lo anterior se potencia negativamente con los resultados de 50 % o menos de disposición de infraestructura sanitaria en sus territorios reconocidos por las Asambleas (50 % para puestos de salud, 34 % clínicas, 47% hospitales) e incluso la medicina tradicional estaría dentro de este rango (25%). La infraestructura disponible refleja obviamente la disponibilidad de servicios de salud (medicina especializada con 50%, odontología 53%, psicología/psiquiatría 25 %) excepto para la Medicina General que se muestra a la cabeza de los servicios disponibles con un 78%, que puede relacionarse con actividades extramurales. La medicina tradicional se reconoce también por encima de la medicina especializada en el 50% de las Asambleas.

Continúa la Resolución “Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el Capítulo Étnico con enfoque diferencial para la Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera como parte integral al Plan Decenal de Salud Pública –PDSP 2012-2021”

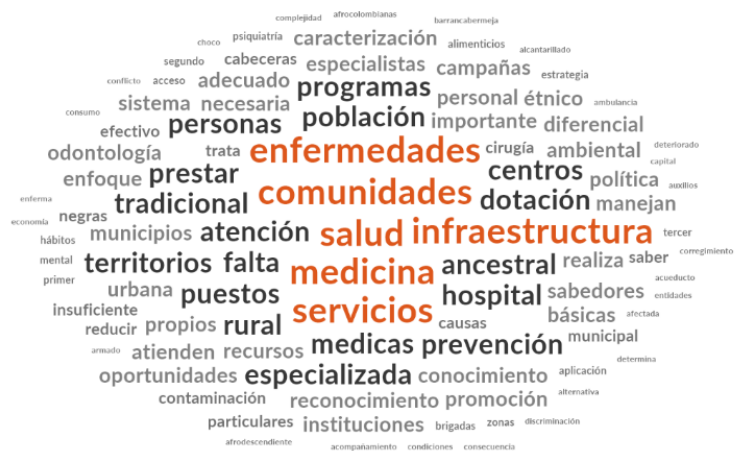


Ilustración 4. Nube de palabras del eje de Población y Territorio

Lo anterior se evidencia en el predominio de las palabras “enfermedades” “comunidades” “infraestructura” “medicina” y “servicios” rodeadas de otras como “falta” “ancestral” “prevención” “especializada” que nos hablan de las carencias desde lo institucional sobre todo en lo especializado y la presencia de la medicina ancestral/tradicional que cobra importancia en los territorios de alta ruralidad de estas comunidades.

Algunas de las expresiones recogidas durante las asambleas y que apoyan las necesidades descritas fueron:

- “existen la estrategia de kilombo como pilotaje, pero sin reconocimiento estatal, por lo tanto el estado debe convalidar el conocimiento propio como opción alternativa de salud con EPS e IPS en todo el distrito capital y completar con la catedra de estudios”
- “Puestos de salud, hospital, medicina tradicional”
- “No se encuentra ni infraestructura, ni dotación”
- “El departamento cuenta con un hospital de 2° nivel y tres hospitales de 1° nivel, en ninguno se cuenta con delegado o representante étnico de las Negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras”
- “dotación adecuada de los puestos de salud y capacitación integral de personas que allí laboran”
- No existe infraestructura, ni dotaciones, ni acompañamiento medico en la mayoría de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueros”
- “Dar prioridad de atención a nuestra comunidad sin discriminación”
- “Los sectores rurales no cuentan con infraestructura en salud funcionando con dotación o personal profesional”
- “Si hay hospital, pero no tiene dotación suficiente para prestar un buen servicio a la comunidad los puestos de salud los utilizan solo cuando hay jornada de vacunación”
- “En algunas comunidades hay infraestructura, pero no existe la dotación ni el personal calificado no tenemos infraestructurales ni dotación para atender el servicio en salud en nuestra comunidad”

Como estrategias frente al saneamiento básico y agua potable, se presenta:

Continúa la Resolución “Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el Capítulo Étnico con enfoque diferencial para la Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera como parte integral al Plan Decenal de Salud Pública –PDSP 2012-2021”

- La implementación de la estrategia de entorno y vivienda saludable para el control de los determinantes sociales en salud de tipo sanitario y ambiental relacionados con la presencia de factores de riesgo en salud.
- La generación de capacidad de trabajo para el desarrollo de la Estrategia.
- El desarrollo de planes de acción intersectorial encaminados a la implementación de la Estrategia de Entorno y Vivienda Saludable con Enfoque Diferencial, que incluyan acciones de tipo sectorial como adecuaciones sanitarias, ambientales, sociales, culturales y sus procesos de articulación con el sector salud.
- Integrar el fortalecimiento de la autonomía y autoridad de las comunidades negras, Afrocolombianas y raizales apoyando la recuperación de las formas tradicionales y el cuidado primario, en atención a las necesidades sentidas de la comunidad.
- La generación de convenios interinstitucionales y alianzas estratégicas que faciliten el desarrollo de la Estrategia de Vivienda Saludable y la continuidad de esta en las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras donde se efectúe su implementación.
- La promoción de las prácticas alimentarias de la tradición cultural de las comunidades Negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras.
- Las estrategias intersectoriales sobre la oferta alimentaria en el territorio basada en la cultura y en conjunto con las comunidades Negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras del territorio.
- Realizar incidencia en el conocimiento de los usos, prácticas y costumbres como parte de la adecuación en la implementación de los procesos sociales con adecuación intercultural de los programas alimentarios de la oferta social del estado.

Eje 3. Medio ambiente

Con este eje las Asambleas respondieron sobre las necesidades sanitarias y ambientales de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras en sus territorios colectivos y ancestrales.

El resultado de la consolidación de las asambleas ubicó como primer lugar la necesidad relacionada con la falta de acueducto, alcantarillado, las necesidades relacionadas con el saneamiento básico y de manera fundamental el acceso al agua potable, así sus voces con palabras como “medio ambiente” “acueducto” “alcantarillado” “potable” “enfermedades” “necesidades” expresan estas realidades situadas en sus espacios territoriales.

Continúa la Resolución “Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el Capítulo Étnico con enfoque diferencial para la Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera como parte integral al Plan Decenal de Salud Pública –PDSP 2012-2021”

- “implementación de planes de seguimiento y monitoreo a las empresas que generan contaminación ambiental”
- “aljibes en zonas rural”
- “adecuación y tratamiento de fuentes hídricas”
- “proyectos de reforestación”

Eje 4. Barreras en salud

En las asambleas la invisibilización de las prácticas curativas tradicionales tuvo el mayor porcentaje con el 38%, seguido de la ausencia de la infraestructura hospitalaria con el 31%, y el desconocimiento de la diversidad étnica cultural fue del 22%.

Parte de las necesidades expresadas en las asambleas corresponde a la falta de infraestructura en salud para las comunidades:

- “La falta de infraestructura en las comunidades conllevan a que no haya buena prestación del servicio de salud”
- “Solicitamos las prácticas tradicionales de medicina ancestral tales como partería curandero sobandero y rezandero”
- “La distancia o ubicación impiden el acceso a la atención en salud, el factor económico, la violencia, los grupos armados”,
- “Las IPS EPS todas son con criterios de la medicina occidental no se cuenta con ninguna con una atención con enfoque étnico eso hace que las barreras y brechas en la atención sean marcadas siempre es el usuario que busca la IPS pocas veces la IPS al usuario”
- “Falta de especialistas barreras administrativas mejorar el servicio de atención al usuario incluir atención medica en los centros de salud con enfoque diferencial afrodescendiente fondo para subsidiar pacientes rurales crear IPS Y EPS con enfoque diferencia afrodescendiente”
- “No hay control seguimiento y vigilancia en profesionales de salud que prestan el servicio en salud en los municipios Puerto Parra deberían mandar un médico general titulado para que haga acompañamiento al médico rural formar a los funcionarios en prevención para evitar actos machistas y racistas en la comunidad negra, afrocolombiana, raizal, y palenquera el estado debe diseñar los planes de desarrollo en salud con el acompañamiento de la comunidad”
- “Reconocerle a población étnica sus derechos legales ya que sus derechos han sido violentados, el reconocimiento debe ser lega, legítimo y jurídico”
- “La infraestructura hospitalaria del departamento es baja las jornadas de salud en sector rural se realizan esporádicamente adicional se desconoce e invisibiliza los saberes étnicos y finalmente hay desconocimiento de la legislación Colombia en salud”.

Continúa la Resolución “Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el Capítulo Étnico con enfoque diferencial para la Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera como parte integral al Plan Decenal de Salud Pública –PDSP 2012-2021”

- Investigación etnobotánica para el uso y cuidado primario de la salud basado en APS comunitaria.
- La Investigación cualitativa sobre la relación del conocimiento y significado del cuidado primario.
- La adecuación de proyectos y programas relacionadas con las prácticas alimentarias ancestrales.

Eje 6. Fortalecimiento del talento humano de Sabiduría ancestral y el saber

Frente a las acciones que deben implementarse para fortalecer el talento humano en materia de sabiduría ancestral o tradicional se encuentra que el 78% corresponde al establecimiento de proceso de vinculación de médicos tradicionales, parteras, sobares y demás personas que ejerzan la medicina ancestral, 78% solicitan la formación en investigación enfocada a las necesidades territoriales para el reconocimiento de la medicina ancestral, de igual manera, el 72% corresponde a la generación de capacidades de los médicos ancestrales, parteras, ,sobadores y demás personas que ejerzan la medicina tradicional el 72%, el 66% de las asambleas acuerda que la celebración de convenios debe ser entre concejos comunitarios expresiones organizativas con facultades de medicina y el 25% proponen otros medios como financiamiento de IPS propias, adecuación de infraestructura para la atención integral en salud con talento humano cualificado, reconocimiento de incentivos y el cumplimiento del artículo 18 de la ley 70 de 1993.



Ilustración 8. Nube de palabras del eje de Fortalecimiento del talento humano de la Sabiduría ancestral y el saber

En armonía con las palabras visibilizadas en el eje anterior que trata sobre el reconocimiento del ejercicio de la medicina tradicional en el sistema de salud, en este las palabras más frecuentes en las respuestas sobre qué recomendación dar al Ministerio de Salud y Protección Social para que reconozca a los sabedores y reglamente su vinculación a la atención integral en salud, y sobre las acciones para fortalecer el talento humano en materia de sabiduría y saber ancestral y/o tradicional nos muestran alternativas y caminos con las palabras “vinculación” “convenios” “contratación” “certificados”.

Como estrategia las Asambleas proponen las siguientes:

Continúa la Resolución “Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el Capítulo Étnico con enfoque diferencial para la Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera como parte integral al Plan Decenal de Salud Pública –PDSP 2012-2021”

- La promoción de modelos de Atención Primaria en Salud con inclusión de la medicina y los saberes tradicionales de las comunidades Negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras
- “Construir la política pública para organizar el servicio médico ancestral y certificar a los sabedores sobanderos parteras y demás”
- “Incluir dentro del pensum académico de las universidades, asignaturas que reconozcan directamente los aportes de la medicina ancestral”
- “Los convenios se deben desarrollar con las organizaciones de los territorios étnicos y ancestrales. Los convenios también se deben hacer con las comunidades con todas las entidades de salud del orden nacional, departamental y municipal”,
- “Encuentro de sabedores para intercambio de conocimiento a nivel municipal, departamental nacional e internacional”,
- “Dar el reconocimiento legal por parte del ministerio de salud para que los sabedores que ejercen la medicina tradicional pueden vincularse otros centros médicos”
- “el reconocimiento de la medicina tradicional”.

Eje 7. Prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales

Mientras los ejes anteriores tratan sobre el ejercicio de la medicina tradicional y su fortalecimiento, en este las Asambleas se manifiestan sobre las prácticas y materialidades que hacen posible su existencia como tradición cultural.

Las asambleas consideran como prioritario la consolidación de alianzas con sectores públicos y privados con un 38%, en el mismo sentido señalan importancia del fortalecimiento por parte de las entidades de salud con el 28% y el desarrollo de las campañas de sensibilización con un 22%. Cabe señalar que entre otras opciones mencionaron como importante la creación de un mecanismo de patente o derechos de autor de memoria colectiva para que no sean robados los conocimientos ancestrales.



Ilustración 9. Nube de palabras del eje de Prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales

Las asambleas se expresaron con las palabras más frecuentes sobre las estrategias que contribuyen a la protección de los medicamentos, remedios y prácticas curativas. Encontramos el

Continúa la Resolución *“Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el Capítulo Étnico con enfoque diferencial para la Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera como parte integral al Plan Decenal de Salud Pública –PDSP 2012-2021”*

predominio de “ministerio” “preservación” “ancestral” “medicina” “política” “comercio” “legalmente” y otras como “libros” “certificados” “patentizados” en donde señalan las comunidades Negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y sus representantes el papel determinante del Ministerio de Salud y Protección y las políticas en la pervivencia de esta tradición.

En las asambleas indicaron como estrategias:

- “Implementar política pública para garantizar la protección del conocimiento las patentes y los aportes que la medicina ancestral de las comunidades negras ha hecho”
- “Hay muchos productos medicinales elaborados ancestralmente y utilizados de generación en generación con resultados positivos y sin reacciones adversas, pero no están patentizados lo que limita su comercialización en el comercio formal por falta de evidencia de su eficacia avalado por el Invima”
- “La estrategia es la preservación de la medicina ancestral”
- “La capacitación en el manejo de la preservación de los saberes ancestrales es importante”
- “Fortalecimiento económico para crear IPS Y EPS con enfoque diferencial afrodescendiente”

Como complemento a las estrategias se presentan aquellas que se recogieron en las asambleas:

- “Patentizar los productos o fármaco de plantas medicinales”
- “Realizar investigación y libros afro de la medicina ancestral”
- “Apoya proceso en investigación en la materia”
- “Destinación de recursos para fomentar la investigación sobre medicamentos ancestrales”
- “Apoyar proyectos de emprendimiento en medicina ancestral”
- “capacitación de como elaborarlos, patentarlos, regístralos en el INVIMA y comercializarlos”
- “creación de un mecanismo de patente o derechos de autor de memoria colectiva para que no sean robados los conocimientos ancestrales”

Eje 8. Protección lingüística

Las asambleas señalaron con un 59% en estar de acuerdo respecto a que la formación y vinculación de los hablantes de las lenguas nativas al sistema de salud debe ser prioritaria para lograr este fin. El 16% señala la importancia de la lengua nativa de palenqueros y raizales en las relaciones con el sistema de salud y el 9% señaló la necesidad de que se dé la traducción de los medicamentos en las lenguas nativas de creole y Palenqueras.

Con este eje las Asambleas nos dialogan con las palabras más frecuentes sobre las estrategias para la utilización de las lenguas nativas criollas y creole en gestiones y diligencias ante el sistema de salud sobre lo “propio” “criollas” “territorio” “nativa” “lenguas” “raizal” “dialecto” “comprensión” en que existe un universo que omitimos cuando no reconocemos la existencia de la lingüística propia de la africanía, por eso las Asambleas nos hablan en palabras como “diferenciada” “dialecto”.

Continúa la Resolución “Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el Capítulo Étnico con enfoque diferencial para la Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera como parte integral al Plan Decenal de Salud Pública –PDSP 2012-2021”



Ilustración 10. Nube de palabras del eje de Protección lingüística

Como estrategias identificadas en las asambleas correspondieron a:

- “Incentivar el aprendizaje de algunas lenguas nativas como segunda lengua”,
- “Salvaguardar los estudios lingüísticos y resaltar el nombre nativo adquirido y traducido por la comunidad a los diferentes medicamentos o plantas medicinales”,
- “Asignación de recursos por parte del ministerio para fortalecer el tema de las lenguas criollas en los territorios étnicos e incentivar el estudio de indicadas lenguas como segunda opción en idiomas”
- “Fortalecimiento de la lengua nativa de las comunidades Negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras”
- “Es importante la vinculación de personas que hablan lenguas nativas dentro del sistema de salud.
- “Que se incluya en el pensum académico la lengua nativa palenquera y raizal”
- “Diccionario que apoye la interpretación o comprensión de la medicina ancestral y/o tradicional”
- “Identificar los hablantes y conocedores de las distintas lenguas propias para mejor comunicación”
- “Desde las organizaciones Negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras se plantea que nuestro dialecto debe implementarse en las instituciones educativas”
- “Se debe adecuar la política pública de salud a las prácticas propias de comunidad afrocolombiana diferenciada y adecuar al territorio los saberes propios para que el sistema de salud tenga un modelo incluyente de atención.”

Eje 9. LGBTIQ+

En este eje las asambleas se manifestaron sobre las dificultades socioculturales y en salud que enfrentan las personas que se identifican dentro de LGBTIQ+ y las acciones que deben implementarse para mejorar estas situaciones.

En cuanto a las dificultades socioculturales en la asamblea específica LGBTIQ+ expresaron que el racismo, prejuicio, estigma y discriminación es la principal barrera social que atraviesa la

Continúa la Resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el Capítulo Étnico con enfoque diferencial para la Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera como parte integral al Plan Decenal de Salud Pública –PDSP 2012-2021"

comunidad con un 28%, seguido de la falta de reconocimiento de los derechos de la comunidad LGBTIQ+ por parte de la comunidad a la que ellos pertenecen con un 19%, llama la atención en este sentido la discriminación institucional con un 16% y ante la falta de acceso a la atención integral con enfoque diferencial se reconoció únicamente con el 3%. En el 22% refirió que todas las opciones sobre dificultades y barreras son importantes y se deben tener en cuenta.

Las asambleas departamentales se manifestaron sobre el respeto a la dignidad y falta de garantías para esta población como un aspecto transversal en la dinámica de la evolución y desarrollo de esta comunidad, haciendo énfasis en que "nuestra comunidad la mantienen en un estigma, el cual se debe acabar teniendo en cuenta que somos población normal. (no es una enfermedad, es una condición) deben existir más programas que garanticen los derechos de estos".

La educación se entendió como el foco central debido a que las debilidades y falta de desarrollo y evolución del modelo educativo lo que dificulta la preparación de una sociedad consciente en cuanto a las dificultades y necesidades de la diferentes organizaciones LGBTIQ+ de las comunidades Negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras lo que se agrava de forma progresiva en un modelo de educación desde la educación primaria hasta los niveles de formación superior no se formen en esencia para la garantía y respeto de esta comunidad.

En cuanto a la atención en salud consideraron que la población negra LGTBIQ+ cuentan con poca seguridad, garantía y calidad en la atención en la medida que no existen rutas integrales de atención en salud adecuadas a las necesidades y condiciones de esta comunidad.

En el ámbito de la administración pública es escaso y deficiente la existencia de oficinas encargadas con el enfoque diferencial de genero con el enfoque diferencial del LGBTIQ+ para comunidades Negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras. No hay personal capacitado para hacer atención con enfoque diferencial y si existe no es fácil de identificar.

En el mismo sentido, las consideraciones como "Mujeres transgénero y hombres gay con expresiones de género femeninas, hay mucha discriminación que no les quieren arrendar, razón por la que se ven obligados al hacinamiento, alto factor de riesgo para adquirir enfermedades" y "Factores de riesgo relacionados con la ocupación informal, el trabajo en la calle, con la habitabilidad en calle que no está solamente relacionada a que no tengo donde vivir sino a estar todo el día en la calle, las ventas ambulantes, en zonas de alto impacto por flujo vehicular y el smog" lo que trae consigo la aparición de enfermedades de manifestación aguda y crónica de las cuales nadie conoce e identifica y mucho menos se interviene a través de la gestión de la salud pública.,

Estas consideraciones que agravan aún más el contexto de las necesidades y condiciones de la comunidad LGBTIQ+ para la garantía de los derechos sociales de esta comunidad.

Por esto las palabras más frecuentes sobre las dificultades socioculturales y en salud y las acciones para garantizar su reconocimiento, no discriminación y garantía de derechos de las comunidades Negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras LGBTIQ+ encontramos "diversidad" "diferencial" "respeto" "enfoque" "identidad" "sensibilización" "enfermedades".

Continúa la Resolución “Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el Capítulo Étnico con enfoque diferencial para la Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera como parte integral al Plan Decenal de Salud Pública –PDSP 2012-2021”

Continúa la Resolución “Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el Capítulo Étnico con enfoque diferencial para la Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera como parte integral al Plan Decenal de Salud Pública –PDSP 2012-2021”

la diversidad y se articule con una estrategia de comunicación y movilización social para la sensibilización y concientización mediante campañas culturales sobre la diversidad sexual y el respeto.

- Tener en cuenta la formación en educación sexual y reproductiva enfatizando en los diferentes ciclos de vida, teniendo en cuenta el enfoque interseccional con el fin de identificar aún más las brechas existentes en esta comunidad.
- Estrategia para el fortalecimiento entre los sectores para la coordinación y articulación de las acciones que desde cada sector por competencia deba asumir a través de un plan concertado con las poblaciones y las organizaciones LGBTIQ+ como insumo para la planeación territorial.
- Generar capacidades para la formación frente a la catedra de derechos y diversidad humana en las carreras universitarias de salud, no solo tema LGBTIQ+ sino a todo, hay médicos que no conocen la predisposición a hipertensión de las personas negras.
- Adecuación de las rutas integrales en salud con el desarrollo de componentes específicos para la valoración y atención integral de la comunidad de acuerdo con las condiciones y características propias de la comunidad transfemenino, transmasculino. Por ejemplo, que sea tenido en cuenta la selección del tipo de espéculo para el examen ginecológico y que la recolección de información en salud cuente con la opción de nombre identitario.
- Garantizar los espacios de concertación y participación de la comunidad LGBTIQ+ en los procesos planeación en salud en el territorio, para que sean incluidas las decisiones basadas en el ejercicio de la caracterización de las necesidades y prioridades en la gestión de la salud pública del territorio.
- Fortalecer la normativa y reglamentación frente a la atención en salud de personas intersexuales, que se cuenten con los mecanismos para las decisiones en el marco de la autonomía como decidir si es hombre o mujer en el caso de personas intersexuales.

Eje 10. Mujer

En este eje las asambleas se manifestaron sobre las dificultades socioculturales y en salud que enfrentan las mujeres negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y las acciones que deben implementarse para mejorar estas situaciones.

En las asambleas consideraron que frente a las acciones que se deben implementar para fomentar el reconocimiento, participación y garantizar los derechos de las mujeres pertenecientes a las comunidades negras afrocolombianas, raizales y palenqueras el 84% refiere la necesidad de implementar y adecuar desde el enfoque diferencial para la atención integral en salud que desarrolle los componentes específicos para la realización de promoción, prevención, diagnóstico, recuperación y paliación que considere aspectos socioculturales y éticos en el marco de la atención integral.

El 78% consideró la importancia de garantizar espacios de participación para la identificación y reconocimiento y el 53% correspondió a otras acciones como la formulación de proyectos productivos para las mujeres, empleabilidad, ruta de implementación de rituales mortuorios y demás expresiones ancestrales y tradicionales, respetar la cuota de participación de las mujeres en diferentes espacios, reconocimiento en temas de parteras y diálogos regionales para la formulación de política pública para la mujer.

Como apoyo a lo anterior, se expresó: “la mala articulación del sistema SGSSS, y las demoras e indiferencias, con las que son tratadas por las IPS, y las EAPB, la cual termina generando que sus condiciones de salud empeoren”.

Continúa la Resolución “Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el Capítulo Étnico con enfoque diferencial para la Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera como parte integral al Plan Decenal de Salud Pública –PDSP 2012-2021”

Continúa la Resolución “Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el Capítulo Étnico con enfoque diferencial para la Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera como parte integral al Plan Decenal de Salud Pública –PDSP 2012-2021”

20. *Análisis cualitativo específico del eje LGBTI*

21. *Racismo, discriminación y estigma*

La población negra, afrocolombiana, raizal y palenquera es una de las poblaciones rezagadas debido a su condición étnico-racial de los beneficios del desarrollo y aunque se reconocen algunos avances, persisten desigualdades en contra de esta población que han sido empeoradas por la pandemia (CEPAL, 2021). Estas múltiples formas de desigualdad son más profundas en las personas LGBTI, así como en las mujeres, niños y niñas, personas mayores, personas con discapacidad y aquellas que viven en zonas rurales de estas comunidades.

Si seguimos la definición de racismo como una ideología que clasifica, ordena y jerarquiza individuos en función de su fenotipo, en una escala de valores que tiene el modelo blanco europeo como el polo positivo superior y el modelo negro africano como el polo negativo inferior (Theodoro, 2019), es comprensible su origen con relación al pasado colonial y esclavista, cuya gobernabilidad estaba cimentada en la negación del “otro” negro, indígena, campesino; para estructurar su régimen de poder y dominación. Es lo que se ha denominado la ‘cultura del privilegio’ (CEPAL, 2018).

Esta ‘cultura del privilegio’ naturaliza la discriminación como esos ‘otros’ cuya negación persiste hasta nuestros días. Así la discriminación es el racismo en acción, es la materialización del racismo y como tal puede ser objeto de control mediante acciones legislativas. En contraste, el prejuicio y los estereotipos son dimensiones de esta misma cultura que deben ser mitigados con medidas educativas.

Las asambleas departamentales de la consulta previa con las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras manifestaron en este sentido, por ejemplo, las de Bolívar y Magdalena con los siguientes enunciados:

Respeto dignidad y garantías para esta población (Asamblea de Bolívar)

A esta población la mantienen en un estigma (Asamblea de Magdalena)

El impacto de medidas de información, educación y comunicación que eviten estas distorsiones de la ‘cultura del privilegio’ que refuerza la asimetrías del acceso a los beneficios del desarrollo y la oferta social del estado pueden observarse en las declaraciones de las asambleas de Antioquia que resalta la “falta de educación”, la del Magdalena que cita “campañas culturales” o en Bolívar dónde se habló de “campañas de sensibilización” así:

Falta de educación para saber y estar preparados en la toma de conciencia en cuanto a las dificultades y necesidades de la diferentes organizaciones afro (Asamblea de Antioquia)

...se debe trabajar en la realización y sensibilización de campañas culturales sobre la diversidad sexual y el respeto. (Asamblea de Magdalena)

Concretar campañas de sensibilización y concienciación para mejorar la situación y garantizar los derechos étnicos de la población LGBT de comunidades NARP (Asamblea de Bolívar)

Continúa la Resolución “Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el Capítulo Étnico con enfoque diferencial para la Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera como parte integral al Plan Decenal de Salud Pública –PDSP 2012-2021”

Las teorizaciones de CEPAL sobre las desigualdades en América Latina en desmedro de la población afrodescendiente, plantean como noción conceptual central la matriz de la desigualdad social cuyos cinco ejes estructurantes básicos son el estrato socioeconómico, condición étnico racial, género, territorio y edad. Pero CEPAL propone que existen otros, que confluyen en este complejo entramado como son la orientación sexual e identidad de género, la discapacidad y el estatus migratorio. Estos no solo se suman o coexisten, sino que se potencian y configuran grupos que viven simultáneamente múltiples formas de discriminación y desigualdad, constituyendo lo que se denomina “los núcleos duros de la pobreza, la vulnerabilidad y la exclusión” (CEPAL, 2020), como puede evidenciarse en las declaraciones de la asamblea nacional LGBTI y la del Magdalena a continuación:

Mujeres transgénero y hombres gay con expresiones de género femeninas, hay mucha discriminación que no les quieren arrendar (Asamblea LGBTI)

Existen además de una marcada discriminación, una estigmatización hacia la población LGBTI y más con los pertenecientes a la comunidad NARP (Asamblea de Magdalena)

Las anteriores declaraciones en la Asamblea Nacional LGBTI y la del Magdalena, nos hablan del racismo de costumbre, naturalizado y culturalmente establecido potenciado por la homofobia y transfobia, que deja muchas víctimas en la convivencia diaria y del cual es difícil defenderse. Al entender la convivencia como el desarrollo y sostenimiento de las relaciones interpersonales basadas en el respeto, la equidad, la solidaridad, el sentido de pertenencia, el reconocimiento de la diferencia para el logro del bien común, el desarrollo humano y social (MSPS, 2013) nos obliga a reflexionar en las siguientes declaraciones de la Asamblea de Chocó que se refiere a “esta población” o la de Valle del Cauca que menciona la “falta de aceptación por la sociedad” y Antioquia que se refiere a “nuestra cultura”:

Es bueno aclarar que culturalmente la población antes no tenía mucha convivencia con esta población, por eso la convivencia se hace más confusa (Asamblea de Chocó)

Falta de aceptación por parte de la sociedad causando discriminación y afectando la salud mental (Asamblea de Valle del Cauca)

Nuestra cultura aún no ha asimilado la nueva normatividad inclusiva de estas comunidades (Asamblea de Antioquia)

Estas declaraciones establecen una demarcación, una frontera entre un “nosotros” y los “otros”, es decir, están basadas en que existe una diferencia entre la “sociedad”, “nuestra cultura”, un “antes no tenía mucha convivencia con esta población” y las personas LGBTI afro.

Una de las declaraciones más contundentes que puso de relieve el racismo y la discriminación institucional fue en el Putumayo, donde se dijo que:

el miedo de las personas LGBTIQ no asisten a hospitales ni a centros médicos, debido al rechazo (Asamblea del Putumayo).

El espacio de las asambleas fue reflejo de un posible efecto de estos problemas de convivencia en las que justificaron la ausencia de observaciones y aportes cualitativos en algunos departamentos con frases como:

Continúa la Resolución “Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el Capítulo Étnico con enfoque diferencial para la Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera como parte integral al Plan Decenal de Salud Pública –PDSP 2012-2021”

Por cuestiones personales, ajenas a nuestra voluntad no pudieron asistir persona alguna que represente esta identidad. (Asamblea de Caldas)

Se le invitó a la asamblea, pero, no asistieron (Asamblea de Risaralda).

Aunque fueron convocados, no asistieron a la asamblea (Asamblea de Boyacá)

No asistió persona alguna en el recinto que pertenezca a la comunidad LGBTI (Asamblea de Tolima)

Por lo anterior, una alternativa sectorial pertinente para reducir la persistencia del racismo, la discriminación y el estigma se fundamenta en la Información, educación y comunicación para la convivencia enfocada a población LGBTI afro, que comprenda la concertación, financiación e implementación de acciones pedagógicas dirigidas a la ciudadanía para la transformación de representaciones sociales y comportamientos que posibiliten el respeto por la diferencia, el reconocimiento del otro como sujeto de derechos y el trato digno (MSPS, 2013)

22. Violencia basada en orientación e identidad sexual

Para estas poblaciones la violencia como fenómeno complejo, multicausal y multidimensional en la vida cotidiana es experimentada en formas diversas entre individuos o grupos que pueden proceder de instituciones públicas o privadas y en diferentes espacios. Estas manifestaciones de violencia contra comunidades LGBTI afro son expresión de patrones socioculturales que se anclan a la ‘cultura del privilegio’ y se expresan en toda sus formas como racismo, sexismo, homofobia, transfobia y xenofobia (CEPAL, 2020). Las comunidades LGBTI afro sufren especialmente un impacto desproporcionado de esta violencia que les niega el goce efectivo de sus derechos e incluso la vida misma, como lo declaran en la asamblea de Norte de Santander,

la violencia basada en genero u orientación sexual es la de mayor afectación para las comunidades LGBTIQ+ Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras. Debido a que, en la mayoría de los casos, esta población sufre ya sea violencia física, psicológica, sexual e institucional, por profesar o expresar su orientación sexual. (Asamblea de Norte de Santander)

Otra teorización sobre la violencia representada en un triángulo con una línea horizontal que establece la frontera entre el vértice superior visible y los vértices inferiores invisibles y que corresponden a las violencias directa, cultural/simbólica y estructural respectivamente, propone la interdependencia entre estas tres dimensiones de la violencia. Pues la violencia directa que es la visible, de naturaleza física o psicológica, donde hay un perpetrador y una víctima (tortura, asesinato, maltrato físico o psicológico, humillación, discriminación, matoneo) depende y es validada por la existencia subyacente e invisible de la violencia cultural/simbólica y la violencia estructural (Calderón Concha, 2009)

En este sentido, se ejerce violencia cultural/simbólica desde las instituciones que generan “miedo al rechazo” como se presenta en la siguiente cita:

el miedo de las personas LGBTIQ no asisten a hospitales ni a centros médicos, debido al rechazo (Asamblea del Putumayo).

En resumen, es necesario desde las medidas sectoriales las intervenciones fundamentadas en la información, educación y comunicación para la prevención de la violencia contra personas LGBTIQ, que incluyan el desarrollo de acciones transectoriales en los entornos familiar, escolar,

Continúa la Resolución “Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el Capítulo Étnico con enfoque diferencial para la Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera como parte integral al Plan Decenal de Salud Pública –PDSP 2012-2021”

laboral y comunitario, orientados a la construcción de mecanismos alternativos para la solución pacífica de los conflictos (MSPS, 2013).

23. Atención en salud sin enfoque diferencial

El reconocimiento de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras como una población étnica por la constitución política de Colombia establece el ordenamiento jurídico de sus derechos como pueblo tribal en consonancia con el convenio 169 de la OIT (OIT, 1989). Esto significa que su identidad cultural, sus tradiciones y sus formas de ver el mundo son tan legítimos como las de los demás habitantes de este territorio nacional. Por lo tanto, la atención en salud debe garantizarse a estas comunidades en los términos que permitan el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, es decir, sin barreras para el acceso a la atención.

Este acceso se configura por el grado de alcance por los ciudadanos de los elementos esenciales e interrelacionados de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, que constituyen parte de los elementos y principios del derecho fundamental a la salud establecidos por la ley estatutaria 1751 de 2015. El criterio determinante en tanto grupo étnico para estas comunidades es el de aceptabilidad. Este criterio expone que “Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate”. (ONU, 1966) (Congreso de Colombia, 2015)

Ahora bien, reconociendo el principio de igualdad en la atención en salud como aquel que “garantiza el acceso a la Seguridad Social en salud sin discriminación a las personas residentes en el territorio colombiano, por razones de cultura, sexo, raza, origen nacional, orientación sexual, religión, edad o capacidad económica, sin perjuicio de la prevalencia constitucional de los derechos de los niños” este principio se correlaciona con la aplicación del enfoque diferencial que “reconoce que hay poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, raza, etnia, condición de discapacidad y víctimas de la violencia para las cuales el Sistema General de Seguridad Social en salud ofrecerá especiales garantías y esfuerzos encaminados a la eliminación de las situaciones de discriminación y marginación” (Congreso de Colombia, 2011).

Estos principios establecen los fundamentos legales para que las disposiciones reglamentarias y administrativas eliminen las barreras de acceso en salud que impiden el goce del más alto nivel posible de salud. No obstante, a pesar de los avances del sistema de salud en cobertura, hay un camino por recorrer que pasa por las nociones de aceptabilidad, igualdad en el acceso, y aplicación del enfoque diferencial, como se puede evidenciar con las siguientes declaraciones:

... el miedo de las personas LGBTIQ no asisten a hospitales ni a centros médicos, debido al rechazo. (Asamblea Putumayo)

no existen rutas de atención para las mujeres negras trans. (Asamblea Cesar)

En los municipios no existen oficinas encargadas con el enfoque diferencial de genero con el enfoque diferencial del LGBTIQ para comunidades NARP (Asamblea Santander)

formar a la comunidad en educación sexual y reproductiva enfatizando los diferentes ciclos de vida, también es necesario en caminar al individuo en la atención integral en la ruta LGBT (Asamblea Bogotá)

Continúa la Resolución “Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el Capítulo Étnico con enfoque diferencial para la Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera como parte integral al Plan Decenal de Salud Pública –PDSP 2012-2021”

políticas públicas en atención en salud específicas en sus enfermedades que padecen de acuerdo a sus condiciones (Asamblea Bogotá)

No hay una atención con enfoque diferencial los aplicativos de recolección de información en salud, no cuentan con la opción de NOMBRE IDENTITARIO (Asamblea LGBTI)

No hay reconocimiento de identidad de género construida en los sistemas de información y atención del sistema de salud. (Asamblea LGBTI)

Atención en salud con reconocimiento de su identidad trans sin discriminación con enfoque diferencial sin presunción de heterosexualidad. (Asamblea LGBTI)

Por lo anterior, es pertinente continuar avanzando en la Atención integral en salud con enfoque de género, que reconozca las condiciones diferenciales de género y permita la superación de las barreras de acceso, oportunidad, uso y calidad de los servicios de salud. En virtud de esta atención se desarrollan normas, lineamientos técnicos, adecuación de registros, instrumentos y herramientas operativas para promotores de salud, instituciones prestadoras de servicios y para las entidades territoriales. Asimismo, los planes de asistencia técnica y capacitación a los funcionarios para mejorar sus capacidades básicas de gestión institucional, de servicios y salud pública, y fomento de mecanismos de participación y control social efectivos.

24. Necesidad de fortalecimiento de decisiones médicas en personas intersexuales

La Corte Constitucional se ha pronunciado con varias sentencias desde 1999 sobre los casos de menores con ambigüedad sexual genital, en las que prevaleció la autonomía del menor para la decisión sobre su cuerpo. En la sentencia SU-337 “la Corte concluye que, en este caso, como la niña hermafrodita ya ha superado el umbral crítico de la identificación de género y tiene una clara conciencia de su cuerpo, no es legítimo el consentimiento sustituto paterno para que sea operada, pues los riesgos son excesivos, no aparece clara la utilidad de practicar esa cirugía antes de que el propio paciente pueda autorizarla, y la menor ya goza de una importante autonomía que obliga a tomar en cuenta su criterio en decisiones tan importantes para su vida” (CCC, 1999).

También se ha observado a la Corte Constitucional dirimiendo en asuntos que podrían considerarse de indiferencia en la atención en salud con la solución médica de estos casos, como en la sentencia T-1021 de 2003, que revisó la acción de tutela interpuesta por una madre en representación de su hijo quien fue diagnosticado a sus dos años de edad con hermafroditismo verdadero. La madre alegaba que la Dirección Seccional de Salud estaba vulnerando los derechos fundamentales de su hijo a la vida, a la salud, a la seguridad social y a la especial protección de los niños, al negarse a realizar el examen cariotipo ordenado con carácter prioritario por el médico cirujano y urólogo pediatra que lo atendía, procedimiento encaminado a determinar la cantidad de hormonas femeninas y masculinas del niño para, si era procedente, operar y reasignar sus órganos sexuales (CCC, 2003).

Otro caso también evidencia la prevalencia del derecho del niño o niña a decidir autónomamente sobre su cuerpo. En la sentencia T-912 de 2008 analizó el caso de un menor de 5 años de edad que padecía de hermafroditismo verdadero y a quien las entidades accionadas se negaron a realizar la cirugía respectiva para reasignar su sexo biológico. Por esto, los padres acudieron a la acción de tutela pretendiendo la protección de los derechos a la salud, al libre desarrollo de la

Continúa la Resolución “Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el Capítulo Étnico con enfoque diferencial para la Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera como parte integral al Plan Decenal de Salud Pública –PDSP 2012-2021”

personalidad y a su integridad física, y en consecuencia, solicitaban que se realizara una operación de reasignación de genitales al niño. La Corte concedió la protección, en el sentido de que fuera el niño quien tomara la decisión sobre la procedencia de la cirugía, toda vez que no aplicaba el consentimiento sustituto de sus padres por tener más de 5 años. Por lo tanto, ordenó conformar un equipo interdisciplinario para que asistiera y orientara al niño y a sus padres en la toma de la decisión de la cirugía y el suministro de los tratamientos hormonales. Igualmente, advirtió que en caso de que la respuesta fuera afirmativa y coincidiera con el equipo de médicos, el ISS debería realizarla, y en caso de que la decisión del menor no coincidiera con la de sus padres, o la del menor y sus padres no coincidieran con la del referido equipo, no podría realizarse la cirugía, “sin embargo ello no obsta para que la misma se realice posteriormente, en el momento en que coincidan dichas opiniones” (CCC, 2008).

En cuanto a los debates actuales sobre el reconocimiento de los estados intersexuales, a nivel comparado e internacional, las discusiones sobre el tratamiento de individuos con estados intersexuales se han ido modificando, pues existe una tendencia a afirmar que las cirugías de reasignación de sexo no son de naturaleza urgente, y en cambio generan efectos irreversibles para el desarrollo autónomo de la persona. A partir de esta reflexión se pretende cambiar la tesis que hasta ahora ha prevalecido sobre la oportunidad de las cirugías y permitir que sea el mismo niño, niña, adolescente o adulto, quien otorgue el consentimiento previo libre e informado y decida, al tiempo que lo desee, si se realiza o no una cirugía. Así pues, existen países en los que se ha incorporado protocolos o guías médicas con el fin de asegurar el respeto de los derechos a la igualdad y no discriminación, la intimidad y la identidad sexual. Para resolver el periodo de tiempo entre el nacimiento y la definición del sexo algunos países con el objeto de proteger la identidad de estas personas han adicionado a los registros de nacimiento una tercera categoría, aparte del masculino y femenino, que sirve para darle un reconocimiento legal apropiado al individuo mientras que define alguno de los dos sexos tradicionales o si prefiere mantener un estado intersexual.

Por ejemplo, la Comisión Europea publicó en el 2011 el informe temático “Personas Trans e intersex. Discriminación por motivo de sexo, identidad de género y expresión de género”, en el que se pone de presente que muchas personas que nacen con estados intersexuales no necesitan someterse de manera urgente a tratamientos o cirugías cosméticas que pretenden reasignar o ajustar la apariencia genital y órganos internos a los dos sexos. Conforme a ello, se resaltan casos en los que adultos intersexuales rechazan que les hayan practicado cirugías de pequeños para asignarles el sexo sin su consentimiento (Comité de Expertos de la Comisión Europea, 2011).

En Colombia, es necesario seguir avanzando en la materia, puesto que las decisiones sobre estos aspectos de la salud sexual son definitivas para la salud mental y la convivencia y dependen de la organización administrativa y técnico científica del sistema de salud, como fue presentado en la Asamblea nacional LGBTI como sigue:

Hay vacío jurídico en el tema de la intersexualidad que no le da herramientas al profesional de salud. Ahí debe el ministerio de salud proponer que se reglamente, se legisle sobre el tema.
(Asamblea LGBTI)

Es necesario desarrollar líneas de gestión de la salud pública para el fortalecimiento institucional para la garantía de los derechos humanos de personas intersexuales

25. Necesidad de entornos laborales saludables para población informal LGBTI

Para la CEPAL La desigualdad es una característica histórica y estructural de las sociedades latinoamericanas y caribeñas, que se ha mantenido y reproducido incluso en períodos de

Continúa la Resolución “Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el Capítulo Étnico con enfoque diferencial para la Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera como parte integral al Plan Decenal de Salud Pública –PDSP 2012-2021”

crecimiento. Está asentada en una matriz productiva muy heterogénea y poco diversificada y en una cultura del privilegio, que es un rasgo histórico constitutivo de las sociedades latinoamericana. En cuanto a la estructura productiva de los países de la región, como ha analizado ampliamente la CEPAL, es muy heterogénea y poco diversificada. Se caracteriza por presentar una limitada capacidad de innovación y un alto grado de precariedad e informalidad; de hecho, aproximadamente la mitad del empleo se genera en sectores de baja productividad y sin acceso a la seguridad social (CEPAL, 2020)

Existen profundas desigualdades étnico-raciales que derivan en una mayor concentración de personas afrodescendientes en ocupaciones de baja calificación, informales y con mayor precariedad e inestabilidad laboral, la proporción de la población afrodescendiente que ocupa puestos de trabajo profesionales es muy inferior a la de la población no afrodescendiente (CEPAL, 2020).

Esta desigualdad en la estructura ocupacional de sobre representación de las comunidades negras en sectores informales se representa por el “trabajo en la calle” de las personas LGBTI negras como se citó en la Asamblea Nacional así:

Factores de riesgo relacionados con la ocupación informal, el trabajo en la calle, con la habitabilidad en calle que no está solamente relacionada a que no tengo donde vivir sino a estar todo el día en la calle, las ventas ambulantes, en zonas de alto impacto por flujo vehicular y el smog (Asamblea LGBTI)

Por lo anterior, la incidencia sobre este determinante social está justificado mediante la promoción de entornos laborales saludables en el sector formal e informal de la economía: programas y acciones de educación y sensibilización social dirigidos al fomento del autocuidado y prevención de accidentes y enfermedades laborales, de acuerdo con los perfiles epidemiológicos. Incluye la realización de campañas de difusión y comunicación, susceptibles de reproducción en medios físicos o electrónicos, entre otros.

26. Necesidad de formación educativa sobre enfoque diferencial LGBTI

La Asamblea General de las Naciones Unidas promulgó en el Programa de actividades del Decenio Internacional para los Afrodescendientes como objetivo que “*La no discriminación y la igualdad ante la ley y el derecho a igual protección de la ley constituyen principios fundamentales de las normas internacionales de derechos humanos y sustentan la Declaración Universal de Derechos Humanos y los principales tratados e instrumentos internacionales en la materia. En tal sentido, el objetivo principal del Decenio Internacional debe consistir en promover el respeto, la protección y la realización de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de los afrodescendientes, como se reconoce en la Declaración Universal de Derechos Humanos*”. (ONU, 2014).

Por lo anterior, el Programa incluye la actividad de Educación sobre la igualdad y concienciación con mandatos para los Estados, sobre que estos deberán:

- Promover un mayor conocimiento y el reconocimiento y respeto de la cultura, la historia y el patrimonio de los afrodescendientes a través de, entre otros medios, la investigación y la educación, y abogar para que la historia y las contribuciones de los afrodescendientes se incluyan de forma completa y precisa en los planes de estudio;
- Sensibilizar a la población mediante actividades de información y educación con miras a restablecer la dignidad de los afrodescendientes, y considerar la posibilidad de ofrecer apoyo a las organizaciones no gubernamentales en la realización de esas actividades;

Continúa la Resolución “Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el Capítulo Étnico con enfoque diferencial para la Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera como parte integral al Plan Decenal de Salud Pública –PDSP 2012-2021”

- Apoyar las iniciativas de educación y capacitación de las organizaciones no gubernamentales y los afrodescendientes en el uso de los medios proporcionados por los instrumentos internacionales de derechos humanos que se refieren al racismo, la discriminación racial, la xenofobia y las formas conexas de intolerancia
- Velar por que los libros de texto y otros materiales educativos reflejen con precisión los hechos históricos relativos a tragedias y atrocidades del pasado, en particular la esclavitud, la trata de esclavos, la trata transatlántica de esclavos y el colonialismo, a fin de evitar los estereotipos y la tergiversación o la falsificación de esos hechos históricos, que podrían propiciar el racismo, la discriminación racial, la xenofobia y las formas conexas de intolerancia, e incluir el papel desempeñado en ellos por los países respectivos, y con ese propósito
- Apoyar las iniciativas de investigación y educación.

El Programa del decenio afro, ofrece validez a las solicitudes de la Asamblea Nacional LGBTI y la Asamblea de Arauca, en donde propusieron lo siguiente:

Articulación del ministerio de educación y salud para que se de ese enfoque ausencia de catedra de derechos y diversidad humana en las carreras universitarias de salud (Asamblea LGBTI)

Catedra en colegios para promover el respeto por la diversidad para alumnos y padres de familia (Asamblea de Arauca)

Por esto, el sector debe incluir en sus medidas de gestión de la salud pública los Espacios de articulación salud y educación, que logran la promoción de espacios de articulación de los sectores salud, educación y trabajo para la equidad en salud, incluida la educación superior, que faciliten la introducción de contenidos con enfoque de género (incluido LGBTIQ+) y salud en los currículos académicos.

27. Necesidad de mecanismos de participación, concertación y empoderamiento de grupos con enfoque diferencial en la planeación territorial en salud

Es un derecho de los pueblos tribales establecido por la Convención 169 de la OIT participar de manera efectiva en las decisiones que les afectan y decidir sus propias prioridades en lo que atañe a los procesos de desarrollo económico, social y cultural. Esta convención y los principios constitucionales fundamentan que las organizaciones e instituciones representativas de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras puedan desarrollar sus objetivos para la incidencia política, organizativa, administrativa e institucional a través de la práctica del diálogo con el gobierno en donde representan la voz de sus comunidades de origen y dan vida a los principios de la justicia, la democracia, el respeto de los derechos humanos, la igualdad, la no discriminación, la buena administración pública y la buena fe (OIT, 1989).

Las personas LGBTI dentro de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras se manifestaron en este sentido desde la asamblea del Magdalena y la asamblea nacional LGBTI en este sentido:

Debe permitirse a las personas de la comunidad LGTBIQ+ que se haga participe activa y participativa en todos los procesos de salud que les concierne escuchar y tener en cuenta sus observaciones y sugerencias. (Asamblea del Magdalena)

Continúa la Resolución “Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el Capítulo Étnico con enfoque diferencial para la Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera como parte integral al Plan Decenal de Salud Pública –PDSP 2012-2021”

Redes de apoyo y saberes que tienen las personas para poder realizar estos tránsitos en sus cuerpos (Asamblea LGBTI)

Por lo anterior la gestión de la salud pública en estos aspectos pasa por líneas de trabajo como el Fomento de mecanismos de participación social para población LGBTI y el Empoderamiento de grupos en exigibilidad de derechos sexuales población trans.

Continúa la Resolución “Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el Capítulo Étnico con enfoque diferencial para la Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera como parte integral al Plan Decenal de Salud Pública –PDSP 2012-2021”

28. *Análisis cualitativo específico del eje MUJERES*

Este eje partió de reconocer que la mujer negra ha desafiado históricamente el significado de su existencia humana inmersa en el entrecruzamiento de múltiples formas de discriminación. Para el abordaje de las políticas públicas esta experiencia de vida se comprende bien con la noción de interseccionalidad. Esta noción permite valorar estas múltiples formas de discriminación que no se deben considerar solo desde la mirada de una suma de factores, sino que se entrecruzan, se potencian y se encadenan a lo largo del ciclo de vida de la mujer negra y se expresan en el no reconocimiento a su derecho a la autonomía física, económica y política en su espacio de desarrollo vital. Es así como, “la intersección de los sistemas combinados de opresión penaliza a las mujeres afrodescendientes, las discrimina y subordina al poder racista, clasista y patriarcal” (CEPAL, 2020).

29. *Necesidad de reconocimiento de derechos de las mujeres negras*

Entonces, las manifestaciones de la desigualdad social en desmedro de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras se constituye para las mujeres de estas comunidades en la experiencia de múltiples formas de discriminación y no reconocimiento de sus derechos, lo que ocurre a partir de la intersección de su condición étnico-racial, género y pobreza y que es más profunda para aquellas que viven en zona rural, lo que fue manifestado en las asambleas de Bolívar, Guaviare y Norte de Santander así:

Hemos sido víctimas del estado en todo lo que tiene que ver con nuestros derechos en las comunidades (Asamblea Bolívar)

El rol de la mujer debe ser reconocido no solo por su tenacidad y dedicación sino por su capacidad de salir adelante y enfrentarse en todos los escenarios (Asamblea Guaviare)

Las mujeres pertenecientes a las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras, consideran que la principal barrera sociocultural que las afecta, es la falta de reconocimiento de los derechos de las mujeres. (Asamblea Norte de Santander)

En cuanto a la autonomía económica y teniendo en cuenta que el trabajo y la educación son los dos factores que tienen mayor impacto en la inclusión social y en la reducción de las desigualdades, es una evidente desventaja que la mujer negra tenga en la actualidad mayores brechas de acceso a educación y empleo frente al hombre de su misma etnia y la población no afro (CEPAL, 2018). Esta brecha se manifestó en las asambleas nacional LGBTI, que hizo énfasis en los “patrones socioculturales sexistas, patriarcales, heterosexistas” como sigue:

Otra barrera sociocultural son los patrones socioculturales sexistas, patriarcales, heterosexistas faltan espacios porque los existentes son consultivos, no incidentes, lo que ellos decidan está bien, no es vinculante racismo institucional debe complementarse con clasismo, misoginia, LBTI fobia, homofobia se debe complementar con la violencia económica, patrimonial (Asamblea LGBTI)

En la asamblea de Antioquia, se hizo un llamado también para “más oportunidades de acceso a más capacitaciones” para la mujer negra, así:

Vivienda digna propiciar a las mujeres espacios de atención integral a las familias y más oportunidades de acceso a más capacitaciones (Asamblea Antioquia)

Continúa la Resolución “Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el Capítulo Étnico con enfoque diferencial para la Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera como parte integral al Plan Decenal de Salud Pública –PDSP 2012-2021”

Llama la atención que las Asambleas del Magdalena y Bolívar, señalen, los espacios de “dentro y fuera del territorio” y “dentro y fuera de las comunidades afro”. Es decir que existe también inequidad para la autonomía en las tomas de decisiones para la mujer negra dentro de sus propias comunidades, como se expresó antes por la Asamblea Nacional LGBTI cuando citan “*porque los existentes son consultivos, no incidentes, lo que ellos decidan está bien, no es vinculante racismo institucional*” lo que es concordante con la petición desde Magdalena y Bolívar de “adentro y afuera” como está a continuación:

Es muy importante garantizar los derechos de nuestras mujeres dentro y fuera del territorio.
(Asamblea Magdalena)

Fomentar y garantizar los derechos de la mujer y su participación dentro y fuera de las comunidades afro (Asamblea Bolívar)

El reconocimiento de los derechos de la mujer negra, afrocolombiana, raizal y palenquera puede lograrse a través de la gestión en salud pública con medidas que apunten al Empoderamiento de los grupos y redes de mujeres, así como en su participación social y política en los diferentes espacios de toma de decisión, para ejercer la veeduría y control sobre las políticas públicas y los recursos públicos que garanticen el ejercicio de dichos derechos.

30. Atención en salud sin enfoque diferencial

A pesar de los avances en Colombia en las coberturas del sistema de salud persisten barreras que afectan de manera desproporcionada a las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y de forma más determinante cuando se materializan en la primera infancia. Esto se fundamenta, entre otros, en que a partir de microdatos censales de ocho países latinoamericanos que recopilan información sobre autoidentificación étnico-racial en sus censos de la ronda de 2010: Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Panamá, Uruguay y Venezuela todos los países estimaron que la mortalidad infantil era más elevada en la población afrodescendiente en comparación con la no afrodescendiente. Pero Colombia es el país que presenta la mayor proporción de muertes de niños y niñas afrodescendientes y también el que registra la mayor brecha con la población no afrodescendiente.

El goce de los derechos reproductivos y sexuales tiene relación con el acceso y la atención en salud de las mujeres negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras. En el ASIS 2020 se documentan las desigualdades, tanto por brechas en la cobertura de controles prenatales, como en las altas razones de mortalidad materna que duplican las de la población no étnica en el periodo 2008 al 2017, incluso más altas en las mujeres raizales del 2009 al 2011. Pero también en las de mortalidad neonatal, que son más altas en las poblaciones raizal y palenquera en comparación con las no étnicas.

Algunas asambleas se manifestaron sobre estas desigualdades que impactan desproporcionadamente a la mujer negra como fueron Bolívar, Boyacá, Bogotá, Antioquia y Magdalena a continuación:

Incluir en la política pública el enfoque de género diferencial (Asamblea Bolívar)

Se debe de tener en cuenta una cuota moderadora integral y diferencial de género – étnico, en el sistema general de salud pública (Asamblea Boyacá)

Las mujeres negras sufrimos múltiples afectaciones y discriminación en el sistema de salud, siendo la salud un derecho no recibimos la atención humana diferenciada que merecemos, hay

Continúa la Resolución “Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el Capítulo Étnico con enfoque diferencial para la Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera como parte integral al Plan Decenal de Salud Pública –PDSP 2012-2021”

discriminación, racismo, y estereotipos raciales en sistema de salud que lesiona nuestra dignidad humana de las mujeres negras en Colombia también debido a la pobreza que se somete esta población (Asamblea Bogotá)

Problemas gastrointestinales dificultades respiratorias problemas dermatológicos por sus asentamientos afros (Asamblea Antioquia)

La mala articulación del sistema SGSSS, y las demoras e indiferencias, con las que son tratadas por las IPS, y las EAPB, la cual termina generando que sus condiciones de salud empeoren. (Asamblea Magdalena)

En la Declaración Universal sobre la Diversidad Cultural, la UNESCO reafirma que la cultura debe ser considerada el conjunto de los rasgos distintivos espirituales y materiales, intelectuales y afectivos que caracterizan a una sociedad o a un grupo social y que abarca, además de las artes y las letras, los modos de vida, las maneras de vivir juntos, los sistemas de valores, las tradiciones y las creencias. En este sentido, el respeto de la cultura negra, afrocolombiana, raizal y palenquera debe fundarse en el reconocimiento de su diversidad cultural, en la conciencia de nuestra unidad como género humano y en el desarrollo de los intercambios interculturales. (UNESCO, 2001).

En ese sentido, los derechos culturales como parte de los derechos humanos implican que toda persona debe tener la posibilidad de participar en la vida cultural que elija y acceder a las prácticas de su propia cultura, dentro de los límites que impone el respeto de los derechos humanos y de las libertades fundamentales. Porque la diversidad cultural es tan necesaria para el género humano como la diversidad biológica para los organismos vivos. En este sentido, constituye el patrimonio común de la humanidad y debe ser reconocida y consolidada en beneficio de las generaciones presentes y futuras.

El principio de pluralismo jurídico que incorpora el derecho propio de los pueblos étnicos en el marco jurídico nacional y el enfoque étnico diferencial es la expresión en el ámbito constitucional, de una sociedad en la que conviven grupos y personas con identidades culturales a un tiempo plurales, variadas y dinámicas cuya interacción armoniosa a través de la interculturalidad aporta a la cohesión social, la vitalidad de la sociedad civil y la paz.

Sobre lo anterior se pronunció la Asamblea de Bogotá, cuando enfatizó en la necesidad de la “valoración a los procesos socio culturales privilegiando las expresiones artísticas para lograr espacios lúdicos pedagógicos de nuestros saberes, para el fortalecimiento de la salud mental de las mujeres negras” como se presenta a continuación en la cita:

Fortalecimiento de los procesos organizativos desde la cosmovisión propia, valoración a los procesos socio culturales privilegiando las expresiones artísticas para lograr espacios lúdicos pedagógicos de nuestros saberes, para el fortalecimiento de la salud mental de las mujeres negras, para la pedagogía de sanación. (Asamblea Bogotá)

Pero la atención en salud con enfoque diferencial negro, afrocolombiano, raizal y palenquero también tiene que ver con aspectos de gestión del riesgo como el reconocido en la Asamblea Nacional LGBTI cuando manifestaron que:

hay médicos que no conocen la predisposición a hipertensión de las personas negras (Asamblea LGBTI)

No hay una política pública para mujeres territoriales, fortalecer, crear políticas diversas que permita atención de las mujeres diversas (Asamblea LGBTI)

Continúa la Resolución “Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el Capítulo Étnico con enfoque diferencial para la Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera como parte integral al Plan Decenal de Salud Pública –PDSP 2012-2021”

Es necesario continuar avanzando en la Atención integral en salud con enfoque de género, que reconozca las condiciones diferenciales de género y permita la superación de las barreras de acceso, oportunidad, uso y calidad de los servicios de salud. En virtud de esta atención se desarrollan normas, lineamientos técnicos, adecuación de registros, instrumentos y herramientas operativas para promotores de salud, instituciones prestadoras de servicios y para las entidades territoriales. Asimismo, los planes de asistencia técnica y capacitación a los funcionarios para mejorar sus capacidades básicas de gestión institucional, de servicios y salud pública, y fomento de mecanismos de participación y control social efectivos.

31. Violencia basada en género contra las mujeres negras

El goce efectivo del reconocimiento de los derechos de la mujer se expresa en el pleno ejercicio de su autonomía física, económica y de toma de decisiones. En cuanto a la autonomía física están las dos dimensiones principales de la ciudadanía: los derechos reproductivos y sexuales y el derecho a una vida libre de violencia, lo que se vincula directamente con la libertad y la autonomía sobre sus cuerpos, en cuanto territorio personal y privado, sobre el cual cada mujer debe tener la potestad y capacidad de tomar decisiones soberanas (CEPAL, 2016).

En cuanto a la vida libre de violencia, la mujer negra, afrocolombiana, raizal y palenquera tiene un diferencial de afectación por violencia de varios orígenes. En el marco del conflicto armado se incluye la violencia sexual, tortura, desaparición forzada, amenazas de muerte e intimidaciones en donde todos los actores involucrados en las confrontaciones resultan responsables de violaciones contra ellas, el registro de víctimas reporta que dentro del grupo étnico negro, afrocolombiano, raizal y palenquero el 52,2 % de las víctimas son mujeres.

En cuanto a la violencia intrafamiliar, el último informe de medicina legal sobre el comportamiento de esta violencia muestra que en este contexto las mujeres negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras son las víctimas en el 90 % de los hechos de esta violencia, frente al 10 % de los hombres de su misma etnia.

Las asambleas se pronunciaron pidiendo desde Bogotá y la Nacional LGBTI lo siguiente:

Recoger el mandato y las ley 1257 del decenio afro y las políticas públicas y el plan de acciones.
(Asamblea Bogotá)

... las mujeres de esta comunidad, son vistas a través de una mirada de hipersexualización, y como resultado, es menos probable que se les crea cuando denuncia una agresión sexual.
(Asamblea LGBTI)

Por lo anterior, la gestión en salud pública debe atender a la Garantía de una atención integral a las víctimas de violencias de género y violencias sexuales, desde los sectores de salud, protección y justicia, de conformidad con los protocolos, guías y normatividad vigente para la restitución de los derechos que les han sido vulnerados.

32. Necesidad de mecanismos de participación con enfoque diferencial de género para las mujeres negras

El derecho a la participación de manera efectiva en las decisiones que les afectan y decidir sus propias prioridades en lo que atañe a los procesos de desarrollo económico, social y cultural establecido para los pueblos tribales por la Convención 169 de la OIT, se debe aplicar sin discriminación a los hombres y mujeres de esos pueblos, como lo dispone el mismo convenio.

Continúa la Resolución “Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el Capítulo Étnico con enfoque diferencial para la Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera como parte integral al Plan Decenal de Salud Pública –PDSP 2012-2021”

El convenio 169, menciona a las mujeres en forma explícita en los siguientes contenidos:

Los trabajadores pertenecientes a estos pueblos gocen de igualdad de oportunidades y de trato para hombres y mujeres en el empleo y de protección contra el hostigamiento sexual. (literal d, del artículo 3º del convenio 169 de OIT)

Los Estados adoptarán medidas eficaces y, cuando proceda, medidas especiales para asegurar el mejoramiento continuo de sus condiciones económicas y sociales. Se prestará particular atención a los derechos y necesidades especiales de los ancianos, las mujeres, los jóvenes, los niños y las personas con discapacidad indígenas (numeral 2, artículo 21º del Convenio 169 de OIT)

Se prestará particular atención a los derechos y necesidades especiales de los ancianos, las mujeres, los jóvenes, los niños y las personas con discapacidad indígenas en la aplicación de la presente Declaración. (numeral 1, artículo 22º del Convenio 169 de OIT)

Los Estados adoptarán medidas, junto con los pueblos indígenas, para asegurar que las mujeres y los niños indígenas gocen de protección y garantías plenas contra todas las formas de violencia y discriminación. (numeral 2, artículo 22º del Convenio 169 de OIT)

Por lo tanto, las manifestaciones de las asambleas convocan a un reforzamiento de las medidas que lleven al empoderamiento de la mujer negra, como fue expresado por las siguientes asambleas como: ambiente de participación para las mujeres afro de Antioquia o debe apoyarse a las mujeres afro en Magdalena, en donde también se pronuncian sobre una ruta, lo se enfatiza también en Nariño y Norte de Santander. Del Chocó se recibe la declaración más contundente sobre la persistencia de la “cultura machista”, como puede observarse a continuación:

Para las mujeres afro debe crearse un ambiente de participación en los diferentes campos socioculturales donde se generen oportunidades e igualdad social (Asamblea Antioquia)

debe apoyarse a las mujeres afro para que participen en la estructuración de los procesos de atención en salud, teniendo en cuenta sus costumbres y sus enfoques diferenciales. (Asamblea Magdalena)

Debe motivarse la participación activa y buscar canales de comunicación más certeros para que ellas participen y además, se creen rutas de acuerdo a su condición de mujer afro. (Asamblea Magdalena)

Tener en cuenta la participación de las mujeres y jóvenes de la comunidad NARP. (Asamblea Nariño)

Es necesario que en el territorio se les de espacios de participación a las mujeres Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras, para que se puedan desempeñar profesionalmente y también puedan ser visibles en los liderazgos y demás escenarios. (Asamblea Norte de Santander)

En Colombia persiste la discriminación racial y además la cultura machista de la población afro hace que la participación activa de las mujeres en los procesos y protagonismo institucional sea muy poco reconocida y valorada (Asamblea de Chocó)

En concordancia con el Convenio 169 y sus reivindicaciones para la mujer negra, afrocolombiana, raizal y palenquera, la gestión de la salud pública en este punto pasa por el Fortalecimiento institucional en derechos sexuales con enfoque diferencial para las mujeres de estas comunidades que involucra acciones para la apropiación del marco normativo para el respeto, la protección y

Continúa la Resolución “Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el Capítulo Étnico con enfoque diferencial para la Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera como parte integral al Plan Decenal de Salud Pública –PDSP 2012-2021”

garantía de los derechos humanos, sexuales y reproductivos de estas poblaciones; así como la generación y desarrollo de mecanismos sectoriales y transectoriales para garantizar el acceso a la justicia real y efectiva para el restablecimiento de los derechos a quienes les han sido vulnerados sus derechos sexuales y reproductivos, luchando contra la impunidad y posicionando estas violaciones como un intolerable social e institucional. Desarrollo e implementación de medidas ágiles, oportunas y especializadas de protección para garantizar una vida libre de violencias y discriminación (MSPS, 2013).

Adicional también deben establecerse líneas estratégicas sobre el fomento de mecanismos de participación de la mujer de estas comunidades que incluya la disposición de información, educación y comunicación para la promoción de la equidad de género en los diferentes ámbitos y espacios de la vida cotidiana (laborales, educativos, institucionales, comunitarios), con enfoque de derechos, de género y diferencial, mediante la construcción de nuevas masculinidades y feminidades y fomentar la transformación de creencias, imaginarios y normatividades culturales que legitiman las violencias de género y limitan el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos con equidad e igualdad de género (MSPS, 2013).

33. Marco estratégico

34. Objetivo general

Garantizar la planeación territorial en salud enmarcada en las nociones de inclusión social e interculturalidad y el respeto a la cultura negra, afrocolombiana, raizal y palenquera para el avance en la eliminación de las inequidades sanitarias persistentes y la reducción de las inequidades sociales que impiden el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, el mejoramiento de las condiciones de vida y salud, y el logro de cero tolerancia con la morbilidad, mortalidad y discapacidad evitables.

35. Objetivos estratégicos

- a) Avanzar hacia el goce efectivo del derecho fundamental a la salud de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras a través de la promoción de su reconocimiento étnico y cultural con el fin de incidir positivamente en las brechas de desigualdad e inequidad social en salud.
- b) Mejorar las condiciones de salud para el buen vivir en las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, entendida como los medios materiales necesarios para la pervivencia étnica y sociocultural en un marco de realización de derechos, contribuyendo al desarrollo cultural e identitario humano y sostenible.
- c) Garantizar el acceso a los servicios de salud con enfoques diferencial e intercultural, y propender por una atención integral para el mantenimiento de la salud, la armonización de los desequilibrios, evitar discapacidad y muerte por razones evitables y acompañamiento tradicional, cultural y espiritual para el buen vivir.
- d) Consolidar la planeación territorial en salud basados en la armonización de las políticas públicas en salud para las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, de manera progresiva y vinculante en la implementación del presente capítulo y de otras políticas en salud.

Continúa la Resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el Capítulo Étnico con enfoque diferencial para la Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera como parte integral al Plan Decenal de Salud Pública –PDSP 2012-2021"

36. Acuerdos entre Ministerio de Salud y Protección Social y el ENCP

1. Generar e implementar acciones para el fortalecimiento técnico y operativo, en las entidades o instituciones del SGSSS, que permita garantizar el cumplimiento de los procesos de planeación y gestión integral en salud pública con enfoque étnico e identidad cultural para las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.
2. Diseñar, definir, adecuar e implementar, en el marco de las competencias de los actores del SGSSS, las orientaciones técnicas que permitan la incorporación del enfoque diferencial en las políticas, planes, programas y proyectos en salud pública para las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.
3. Sistematizar y documentar el abordaje metodológico empleado para la construcción del capítulo étnico del PDSP, objeto de la consulta previa para comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.
4. Diseñar e implementar estrategias de comunicación que permitan la adecuada socialización y difusión de los elementos estratégicos y operativos del capítulo étnico de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras, así como del reconocimiento y la garantía de la participación social en el marco de la consulta previa.
5. Diseñar conjuntamente con la Comisión III del ENCP una estrategia metodológica y los lineamientos técnicos para la incorporación del enfoque étnico y la identidad cultural en el proceso de análisis de la situación de salud (ASIS) que será insumo fundamental para la planeación territorial en materia de salud pública de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.
6. Diseñar e implementar conjuntamente con la Comisión III del ENCP y el Ministerio de Salud y Protección Social una estrategia metodológica y los lineamientos técnicos para el desarrollo de la caracterización de la situación de salud con enfoque étnico y la identidad cultural para la construcción de un diagnóstico de salud de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.
7. Adecuar las orientaciones de la estrategia de entornos saludables que aborden los factores ambientales que afectan negativamente la salud en los territorios colectivos, tradicionales y/o ancestrales y zonas de asentamiento de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras
8. Adoptar los lineamientos del Plan Nacional de Adaptación al Cambio Climático que afectan la salud, dirigido a las entidades territoriales, los sectores, en los territorios colectivos, tradicionales y/o ancestrales y zonas de asentamiento de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras
9. Adaptar, adecuar e implementar los lineamientos técnicos para la vigilancia comunitaria en salud pública teniendo en cuenta los lineamientos técnicos existentes, las prácticas y saberes ancestrales para el cuidado primario en salud de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras
10. Concertar la adecuación del enfoque étnico y de la identidad cultural de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) para las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras de acuerdo a las necesidades, condiciones y situaciones de salud propia para reducir la carga de enfermedad y de las muertes tempranas y evitables por enfermedades emergentes, reemergentes y desatendidas.
11. Definir un mecanismo que permita la identificación de las personas de las Comunidades Negras, Afrocolombianas Raizales y Palenqueras afiliadas al SGSSS que permita la atención con enfoque diferencial étnico.
12. Diseñar e implementar el proceso de inclusión del enfoque de género desde la identidad cultural en el sector salud para el cierre de brechas por razones de género, identidad de género y orientación sexual, incluyendo acciones diferenciales para comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.

Continúa la Resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el Capítulo Étnico con enfoque diferencial para la Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera como parte integral al Plan Decenal de Salud Pública –PDSP 2012-2021"

13. Diseñar e implementar un sistema de caracterización y registro de los sabedores, parteras, curanderos, sobanderos, remedieros y demás médicos tradicionales y ancestrales de las comunidades Negras, Afrocolombianos, Raizales y Palenqueros.
14. Diseñar e implementar estrategias de formación continua, encaminadas a la armonización y articulación de la medicina "occidental" con la medicina tradicional y sabiduría ancestral con el SGSSS, para el fortalecimiento de los conocimientos y habilidades de los sabedores y médicos tradicionales en el ejercicio de sus prácticas tradicionales.
15. Inclusión de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueros en los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud para la toma de decisión de la gestión de los determinantes sociales de la salud con enfoque intersectorial
16. Diseñar e implementar estrategias que permitan visibilizar y reconocer el saber ancestral y las prácticas tradicionales (sabedores, sobadores, curanderos, rezanderos, parteras etc) para el fortalecimiento de la medicina tradicional de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras
17. Definir orientaciones para incorporar las acciones diferenciales para la gestión y la prestación de servicios de salud para la población Palenquera y Raizal, a través de ajustes razonables para las lenguas nativas criolla y creole, atendiendo lo definido el artículo 9 de la Ley 1381 de 2010.
18. Diseñar e implementar estrategias para el intercambio de saberes entre la medicina ancestral (sabedores, sobadores, parteras, curanderos, rezanderos, etc.) y la medicina occidental, en espacios comunitarios que permitan el fortalecimiento de la identidad cultural de las Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras en el territorio colectivo, tradicional y/o ancestral, zonas de asentamiento o zonas urbanas.

37. Financiación

Acorde con las responsabilidades y competencias 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 la financiación de las acciones establecidas en estos planes, las entidades territoriales deben articular los esfuerzos estratégicos, metodológicos y operativos con los demás actores del SGSSS para lograr el mejoramiento del estado de salud de la población. Dicha articulación deberá estar enmarcada en evitar la progresión y ocurrencia de desenlaces adversos de la enfermedad, así como en la disminución de las inequidades en salud.

De manera específica, en cuanto a las intervenciones en comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras, se requiere de la acción intersectorial, dado que, en general, estos grupos étnicos se encuentran reconocidos como población vulnerable, en razón a su ubicación geográfica, desigualdades sociales y económicas, barreras en la prestación de servicios de salud y por la falta de coordinación entre los servicios de salud y sus prácticas y creencias en cuanto hace al proceso salud -enfermedad.

Toda acción que se requiera implementar en los territorios, en materia de prestación de servicios de salud y aseguramiento en el SGSSS, dirigidos a las poblaciones más vulnerables, entre los que se encuentran las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras, debe cumplir con los criterios de eficiencia y efectividad en la destinación de los recursos para los cuales fueron concebidos.

38. Monitoreo y evaluación

El capítulo étnico para comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras del PDSP, se integra al sistema de monitoreo y evaluación definido por este Ministerio, con el fin de establecer

Continúa la Resolución “Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el Capítulo Étnico con enfoque diferencial para la Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera como parte integral al Plan Decenal de Salud Pública –PDSP 2012-2021”

los avances y logros de los objetivos y las metas sanitarias definidas para diferentes grupos diferenciales 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 Salud, permitirá establecer las contribuciones de las entidades territoriales al objetivo general del capítulo.

Así, capítulo étnico para comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras 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). 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 presente capítulo. se adoptan los momentos de medición definidos así: Monitoreo a la gestión operativa del PTS y Evaluación del PTS.

Ante las propuestas presentadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, respecto al financiamiento y monitoreo referidas anteriormente, el Ministerio del Interior solicitó el pronunciamiento de los delegados del ENCP, quienes manifiestan que acogen las propuestas presentadas por lo que se incorporarán como parte de los acuerdos que constan en la presente acta.

39. Acuerdo de salvaguarda del ENCP

Los delegados del Espacio Nacional de Consulta Previa presentan las siguientes salvaguardas:

- 1) El capítulo de las Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras, protocolizado entre el Ministerio de Salud y Protección Social y el Espacio Nacional de Consulta Previa, constituirá un insumo fundamental para la formulación del siguiente Plan Decenal que, de implicar ajustes y complementariedades, serán construidas con el Espacio Nacional de Consulta Previa e igualmente se tendrán en cuenta las recomendaciones que formule la Comisión Consultiva de Alto Nivel.
- 2) El Espacio Nacional de Consulta Previa, con fundamento en lo dispuesto en los artículo 6 y 7 del Convenio 169 de la OIT, señalado por la Corte Constitucional en las Sentencias T-376 de 2012, T-172 de 2013, T-576 de 2014, C-073 de 2018, SU 123 de 2018, el Decreto 1372 de 2018, exige al Ministerio de Salud y Protección Social que en el evento que la formulación del siguiente Plan Decenal, implique o contemple ajustes, modificaciones, complementariedades, programas, subprogramas, estrategias, lineamientos susceptibles de afectar directamente a las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, respetar y garantizar el derecho a la consulta previa, libre e informada.

BIBLIOGRAFÍA

Arocha, J. (2015). Movimiento social afrocolombiano, raizal y palenquero: el largo camino hacia la construcción de espacios comunes y alianzas estratégicas para la incidencia política. <https://jaimearocha.files.wordpress.com/2015/02/movimiento-social-afrocolombiano-negro-raizal-y-palenquero.pdf>

Barbary U & Urrea, F. (2003). Gente negra en Colombia: dinámicas sociopolíticas en Cali y el Pacífico. https://www.humanas.unal.edu.co/colantropos/files/3714/8564/0886/Gente_Negra.pdf

Continúa la Resolución “Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el Capítulo Étnico con enfoque diferencial para la Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera como parte integral al Plan Decenal de Salud Pública –PDSP 2012-2021”

Bodnar C. Yolanda. 2008. *Los grupos étnicos en los procesos de urbanización*. En Bodnar C. Yolanda y Ruiz S. Magda Teresa. *Los grupos étnicos en Colombia: Demografías postergadas*. Págs.: 139-164. Cuadernos del CIDS. Bogotá. Universidad Externado de Colombia.

---. 2008. *El pueblo Rom (Gitano) en Colombia. Historia migratoria, presencia actual y caracterización cultural*. En Bodnar C. Yolanda y Ruiz S. Magda Teresa. *Los grupos étnicos en Colombia: Demografías postergadas*. Págs.: 115-137. Cuadernos del CIDS. Bogotá. Universidad Externado de Colombia.

Calderón Concha, Percy (2009). Teoría de conflictos de Johan Galtung. Revista de Paz y Conflictos, (2),60-81. [fecha de Consulta 19 de Enero de 2022]. ISSN: Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=205016389005>

CCC – Corte Constitucional de Colombia (1999). Sentencia SU 337/1999 ESTADOS INTERSEXUALES Y AMBIGÜEDAD GENITAL DEL INFANTE

CCC – Corte Constitucional de Colombia (2003). Sentencia T-1021/03 CONSENTIMIENTO SUSTITUTO DE MENOR HERMAFRODITA-Práctica de cirugía

CCC- Corte Constitucional de Colombia Sentencia T-912/08 HERMAFRODITISMO-Línea jurisprudencial sobre los requisitos del consentimiento sustituto informado de los padres para las cirugías de asignación de sexo y remodelación genital.

Centro de Investigaciones Etnobiológicas CHINANGO (2021) Propuesta de protección integral y desarrollo de los conocimientos tradicionales y saberes ancestrales (CTSA)

CEPAL. (2012). Atlas sociodemográfico de los pueblos indígenas y afrodescendientes en Colombia (CEPAL (ed.); Primera). CEPAL. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/1264-atlas-sociodemografico-pueblos-indigenas-afrodescendientes-colombia>

CEPAL (2016). Autonomía de las mujeres e igualdad en la agenda de desarrollo sostenible. Santiago. Disponible en <https://www.cepal.org/es/publicaciones/40633-autonomia-mujeres-igualdad-la-agenda-desarrollo-sostenible>

CEPAL (2018). Mujeres afrodescendientes en América Latina y el Caribe: deudas de igualdad. Disponible en <https://www.cepal.org/es/publicaciones/43746-mujeres-afrodescendientes-america-latina-caribe-deudas-igualdad>

CEPAL (2018). La ineficiencia de la desigualdad (LC/SES.37/3-P), Santiago. Disponible en <https://www.cepal.org/es/publicaciones/43442-la-ineficiencia-la-desigualdad>

CEPAL (2020). América Latina ante la crisis del COVID-19: vulnerabilidad socioeconómica y respuesta social. Series de La CEPAL. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/46484-america-latina-la-crisis-covid-19-vulnerabilidad-socioeconomica-respuesta-social>.

CEPAL (2020). Afrodescendientes y la matriz de la desigualdad social en América Latina: retos para la inclusión (Primera edición). Disponible en <https://www.cepal.org/es/publicaciones/46191-afrodescendientes-la-matriz-la-desigualdad-social-america-latina-retos-la>

CEPAL (2021). Las personas afrodescendientes y el COVID-19: develando desigualdades estructurales en América Latina (p. 29). Disponible en <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/46620>

CONPES. (2013). Política pública nacional de discapacidad e inclusión social (p. 61). Departamento Nacional de Planeación. [http://discapacidadcolombia.com/phocadownloadpap/GOBIERNO/CONPES No. 166 de 2013 DISCAPACIDAD E INCLUSIÓN SOCIAL.pdf](http://discapacidadcolombia.com/phocadownloadpap/GOBIERNO/CONPES_No_166_de_2013_DISCAPACIDAD_E_INCLUSION_SOCIAL.pdf)

Comité de Comunidades Negras. (2009). El Derecho de las Comunidades Afrocolombianas a la Consulta Previa, Libre e Informada <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/Publicaciones/2011/7653.pdf?view=1>

Comité de Expertos de la Comisión Europea (2011). SOGI Sexual Orientation and Gender Identity Disponible en: http://www.coe.int/t/dg4/lgbt/Source/trans_and_intersex_people_EC_EN.pdf

Departamento Administrativo Nacional de Estadística –DANE-. 2007. *Colombia una nación multicultural: su diversidad étnica*. DANE. Dirección de Censos y Demografía. Bogotá D.C. Consultado en: http://www.dane.gov.co/files/censo2005/etnia/sys/colombia_nacion.pdf.

Continúa la Resolución “Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el Capítulo Étnico con enfoque diferencial para la Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera como parte integral al Plan Decenal de Salud Pública –PDSP 2012-2021”

Departamento Administrativo Nacional de Estadística –DANE-. (S.f.). *La visibilización estadística de los grupos étnicos colombianos*. DANE. Bogotá D.C. Consultado en: http://www.dane.gov.co/files/censo2005/etnia/sys/visibilidad_estadistica_etnicos.pdf

Departamento Nacional de Planeación. 2010. Documento CONPES 3660: Política para promover la igualdad de oportunidades para la población negra, afrocolombiana, palenquera y raizal. Bogotá D.C. DNP.

---. (2011). *Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014: Prosperidad para todos*. Bogotá D.C. Departamento Nacional de Planeación –DNP-.

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

Friedemann, N. (1974). La cultura negra del litoral ecuatoriano y y colombiano: un modelo de adaptación étnica <https://revistas.icanh.gov.co/index.php/rca/article/view/1563/1135>

Gómez, M. (2019): Las metodologías biográficas y narrativas y sus aportes para el desarrollo de procesos antropológicos alrededor de la salud y la enfermedad en comunidades campesinas. <https://revistas.uneb.br/index.php/faeeba/article/view/7837/5133>

González, N. (1996). “Las dinámicas culturales y la identidad vallecaucana”. <file:///C:/Users/Paula%20Cantor/Downloads/Lasdinamicasculturalesylaidentidadvallecaucana.pdf>

Instituto Nacional de Salud. (2021). Vigilancia integrada de las muertes en menores de 5 años por infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda o desnutrición Colombia 2020 (p. 19). Disponible en https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/MORTALIDAD%20EN%20MENORES%20DE%205%20A%C3%91OS%20POR%20DNT,%20EDA,%20IRA_2020.pdf#search=mortalidad%20menor%205%20a%C3%B1os%202020

Instituto Nacional de Salud, Ministerio de Salud, & Observatorio Nacional de Salud. (2015). Desigualdades Sociales en Salud en Colombia. informe técnico. Instituto Nacional de Salud, 366. <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/ons/SiteAssets/Paginas/publicaciones/6to informe ONS.pdf>

Instituto Nacional de Cancerología. (2017). Atlas de mortalidad por cáncer en Colombia (Instituto Nacional de Cancerología (ed.); Cuarta edi). Instituto Nacional de Cancerología. Disponible en <https://www.cancer.gov.co/medios-comunicacion-1/multimedia/destacados/cancer-cifras-1>

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2019). Forensis - 2019. Disponible en <https://www.medicinalegal.gov.co/cifras-estadisticas/forensis>

Ministerio de Cultura. (2010). Afrocolombianos, población con huellas de africanía. <https://www.mincultura.gov.co/areas/poblaciones/comunidades-negras-afrocolombianas-raizales-y-palenqueras/Documents/Caracterizaci%C3%B3n%20comunidades%20negras%20y%20afrocolombianas.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social – MSPS (2013). *Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021. La salud en Colombia la construyes tú*. Bogotá D.C. Imprenta Nacional de Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2021). ASIS 2020. Bogotá DC. https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiPmd2x_8D1AhVtSDABHcxFDvQQFnoECA4QAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.minsalud.gov.co%2Fsites%2Frid%2FLists%2FBibliotecaDigital%2FRIDE%2FVS%2FED%2FPSP%2Fasis-2020-colombia.pdf&usq=AOvVaw3Xaz6kEUFiPAIIFM3IL5YA

Organización Internacional del Trabajo –OIT-. (2009). *Los derechos de los pueblos indígenas y tribales en la práctica: Una guía sobre el Convenio Núm. 169 de la OIT*. Ginebra. OIT

---. (2013). *Comprender el Convenio Sobre pueblos indígenas y tribales, 1989: Manual para los mandantes tripartitos de la OIT*. Ginebra. OIT. Oficina Internacional del Trabajo.

Continúa la Resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el Capítulo Étnico con enfoque diferencial para la Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera como parte integral al Plan Decenal de Salud Pública –PDSP 2012-2021"

OIT (Organización Internacional del Trabajo) (2005), Manual de capacitação e informação sobre gênero, raça, pobreza e emprego: guia para o leitor, Brasília.

Olivier, B & Fernando, U. (2019). La población negra en la Colombia de hoy: dinámicas sociodemográficas, culturales y políticas. Revista Estudios Afro-asiáticos. Brasil.

Oslender, U. (2003). "Discursos ocultos de resistencia": Tradición oral y cultura política en comunidades negras de la costa pacífica colombiana. Revista Colombiana de Antropología, 39, 203-235. Retrieved December 13, 2021, from

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486-65252003000100007&lng=en&tlng=es.

OMS. (2009). Asamblea Mundial de la Salud. Octava sesión plenaria, 22 de mayo de 2009. WHA62.13 Medicina tradicional. Nueva York.

OMS. (2014). Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023. Primera edición. Ginebra, Suiza.

OPS/OMS, & ESSALUD. (2000). Estudio de costo-efectividad. Programa Nacional de Medicina Complementaria Seguro Social de ESSALUD. Lima, Perú.

ONU (Organización de las Naciones Unidas) (1966) Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966

ONU (Organización de las Naciones Unidas) (2014) Programa de actividades del Decenio Internacional para los Afrodescendientes. Resolución aprobada por la Asamblea General el 18 de noviembre de 2014.

Paternina Hugo Alejandro, Gamboa Juan Carlos. 1999. *Los Gitanos: Tras las huellas de un pueblo nómada*. En Revista Nómadas. No.10. abril 1999. Págs.: 156-170. Santafé de Bogotá. Departamento de Investigaciones Universidad Central DIUC.

Patiño Roselli Carlos. 1999. *Campo y tareas de la etnolingüística en Colombia*. En América Negra: Expedición Humana a la Zaga de la América oculta. No. 2. Diciembre de 1991. Págs.: 9-38. Bogotá. Pontificia Universidad Javeriana.

PNUD. 2012. *Pueblos indígenas: Diálogo entre culturas*. Cuaderno del Informe de Desarrollo Humano en Colombia 2011. Bogotá. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo –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-.

Theodoro, M. (2019), "A implementação de uma Agenda Racial de Políticas Públicas: a experiência brasileira", As Políticas da Política: desigualdades e inclusão nos governos do PSDB e do PT, M. Arretche, E. Marques y C. A. P. Farias, São Paulo, Editora Unesp

Vásquez L. Miguel (Compilador). 1994. *Las caras lindas de mi gente negra: Legislación histórica para las comunidades negras de Colombia*. Santafé de Bogotá. Editores: Plan Nacional de Rehabilitación –PNR-, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo –PNUD-, Instituto Colombiano de Antropología –ICAN-

Normatividad

Constitución Política de Colombia. (1991) Bogotá D.C., 27 Edición. 2012. Legis S.A.

Ley 22 de 1981. Por medio de la cual se aprueba "La Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial", adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en Resolución 2106 (XX) del 21 de diciembre de 1965, y abierta a la firma el 7 de marzo de 1966.

Continúa la Resolución “Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el Capítulo Étnico con enfoque diferencial para la Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera como parte integral al Plan Decenal de Salud Pública –PDSP 2012-2021”

Ley 21 de 1991. Por la cual se aprueba el Convenio Número 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes, adoptado por la 76ª. Reunión de la Conferencia General de la OIT, Ginebra-1989-.

Ley 165 de 1994 Por medio de la cual se aprueba el "Convenio sobre la Diversidad Biológica", hecho en Río de Janeiro el 5 de junio de 1992.

Ley 70 de 1993. Por la cual se desarrolla el Artículo Transitorio 55 de la Constitución Política.

Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema integral de seguridad social y se dictan otras disposiciones.

Ley 152 de 1994. Por medio de la cual se establece la Ley orgánica de Planeación.

Ley 691 de 2001. Mediante la cual se reglamenta la participación de los grupos étnicos en el sistema general de seguridad social en Colombia. Bogotá D.C.

Ley 715 de 2001. Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de servicios de educación y salud, entre otros.

Ley 1122 de 2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

Ley 1381 de 2010. Por la cual se desarrollan los artículos 7, 8, 10 y 70 de la Constitución Política, y los artículos 4, 5 y 28 de la Ley 21 de 1991..., y se dictan normas sobre reconocimiento, fomento, protección, uso, preservación y fortalecimiento de las lenguas de los grupos étnicos de Colombia y sobre sus derechos lingüísticos y los de sus hablantes.

Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Ley 1753 de 2015. Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “Todos por un nuevo país”.

Ley 1955 de 2019. Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 “Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad”.

GLOSARIO

LISTA DE SIGLAS

CONPES	Consejo nacional de Política Económica y Social
DANE	Departamento Administrativo nacional de Estadística
DNP	Departamento Nacional de Planeación
ENCP	Espacio Nacional de Consulta Previa
EEVV	Estadísticas Vitales
INCODER	Instituto Colombiano de Desarrollo Rural
INCORA	Instituto Colombiano de Reforma Agraria
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
OIT	Organización Internacional del trabajo
PDSP	Plan Decenal de Salud Pública
REPS	Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud
RIPS	Registros Individuales de Prestación de Servicios
RUV	Registro Único de Víctimas

Continúa la Resolución “Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el Capítulo Étnico con enfoque diferencial para la Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera como parte integral al Plan Decenal de Salud Pública –PDSP 2012-2021”

SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SISPRO	Sistema Integral de Información de la Protección Social