

RESOLUCIONES

RESOLUCIÓN NÚMERO 000464 DE 2022

(marzo 28)

por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013, en el sentido de adoptar el Capítulo Diferencial para el Pueblo Rrom.

El Ministro de Salud y Protección Social, en ejercicio de sus atribuciones legales, en especial la conferida en el artículo 6 de la Ley 1438 de 2011, los numerales 42.1 del artículo 42 de la Ley 715 de 2001, 2, 3 y 26 del artículo 2° del Decreto 4107 de 2011, del numeral 8 del artículo 2° de la Resolución 2063 de 2017 y,

CONSIDERANDO:

Que, conforme al artículo 7° de la Constitución Política, “El Estado reconoce y protege la diversidad étnica y cultural de la nación colombiana” y en sus artículos 48 y 49 dispone, que la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se presta bajo la dirección, coordinación y control del Estado, quien, en el marco del principio de universalidad, garantiza el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud a los habitantes del territorio nacional.

Que la Ley 21 de 1991 aprobó el Convenio 169 de 1989 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes, estableciendo en su artículo 24, que la seguridad social deberá extenderse progresivamente a los pueblos interesados y aplicarse sin discriminación alguna; en su artículo 25 dispone que el Gobierno velará por poner a disposición de dichos pueblos, servicios de salud adecuados que les permitan organizar y prestarlos bajo su responsabilidad y control, con el fin de lograr una salud física y mental de máximo nivel, bajo el entendido que dicha organización, deberá realizarse a nivel comunitario, en la medida de lo posible, teniendo en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.

Que, el artículo 5° *ibidem*, estableció que deberán adoptarse disposiciones con la participación y cooperación de los pueblos interesados, las cuales estarán encaminadas a allanar las dificultades que estos experimenten y, en su artículo 33, se dispuso que la planificación, coordinación, ejecución y evaluación de las medidas previstas en el Convenio adoptado, deberá contar con la participación de dichos pueblos.

Que la Corte Constitucional, mediante la Sentencia C-864 de 2008, señaló que “*existen dentro del territorio del Estado, como realidades fácticas, comunidades que reúnen ciertas condiciones que determinan la existencia de un grupo culturalmente diverso, sujeto de especial protección constitucional*” y reconoció al Pueblo Rrom como un pueblo tribal objeto de la aplicación del Convenio 169 de la OIT.

Que la Ley 1751 de 2015, estableció, en su artículo 2°, que la salud es un derecho fundamental, autónomo e irrenunciable, que incluye “*el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud*”.

Que, el literal b) del artículo 6° *ibidem*, dispuso, 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, señaló 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 ...*”, y en su literal n) define como principio la protección de pueblos y comunidades indígenas, Rrom y negras, afrocolombianas, raizales y palanqueras a quienes se les garantizará el derecho a la salud como fundamental y se aplicará de manera concertada con ellos, respetando sus costumbres.

Que, 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, de esta forma, 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; a su vez, define dos dimensiones transversales: gestión diferencial de poblaciones vulnerables y 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, la dimensión transversal “*Gestión diferencial de poblaciones vulnerables*” del PDSP 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*”, establece que se definirán 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.

En el informe que presente la entidad responsable de pago al afiliado, deberá incluirse la identificación del prestador de servicios de salud o proveedor de tecnología en salud que va a atenderlo una vez termine el acuerdo de voluntades, demostrando la suficiencia de su capacidad instalada y los datos que respaldan su idoneidad técnica, esto es, aquellos que le permitan mantener o mejorar las condiciones de acceso, oportunidad y calidad en las que prestaba la atención el anterior prestador o proveedor, según corresponda, las cuales en ningún caso podrán ser desmejoradas. Este informe podrá ser solicitado en cualquier momento por la Superintendencia Nacional de Salud en ejercicio de sus funciones de inspección, vigilancia y control.

Artículo 2.5.3.4.7.9 Continuidad de la atención en las asignaciones de afiliados. En los casos de asignación de afiliados, hasta tanto sea contratada la red integral de la entidad promotora de salud receptora en el municipio donde le fueron asignados los afiliados, se podrá continuar la prestación de los servicios y tecnologías en salud con el prestador de servicios de salud o proveedor de tecnologías de salud que atendía a los usuarios antes de la fecha en que se haga efectiva la asignación, sin que se requiera la suscripción de un acuerdo de voluntades con este. Salvo pacto en contrario, la EPS receptora le reconocerá al prestador o proveedor las atenciones bajo la modalidad de pago por evento.

En todo caso, se deberá garantizar que la prestación se realice, como mínimo, en las mismas condiciones de acceso, oportunidad y calidad en las que se prestaba antes de la asignación y no podrá ser interrumpida por razones administrativas o económicas.

Sección 8. Disposiciones finales

Artículo 2.5.3.4.8.1 Reporte y disponibilidad de información. Las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud están obligados a reportar y publicar la información que el Ministerio de Salud y Protección Social determine en desarrollo de los artículos 3° y 4° de la Ley 1966 de 2019 y las demás normas aplicables.

La información reportada e integrada en el sistema determinado por el Ministerio de Salud y Protección Social será insumo para que todos los actores del SGSSS ejerzan sus funciones y competencias.

Artículo 2.5.3.4.8.2 Canales de relacionamiento entre las partes. Las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud deberán acordar mecanismos ágiles, eficaces y oportunos para desarrollar los procesos relacionados con las etapas precontractual, contractual y poscontractual en el territorio donde se ejecute el acuerdo de voluntades. En estos mecanismos se podrán incluir el uso de medios tecnológicos.

Artículo 2.5.3.4.8.3 Mecanismos de entrega y actualización de información. Los mecanismos y plazos para la entrega y actualización de la información deberán constar en el acuerdo de voluntades y serán parte integral de este. Para la entrega y actualización de información durante las etapas precontractual, contractual y poscontractual, se deben priorizar los medios digitales y electrónicos.

Las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud deben adoptar medidas de responsabilidad demostrada y reforzada para garantizar el tratamiento de los datos personales y los datos sensibles, dando estricto cumplimiento a las normas previstas en el artículo 15 de la Constitución Política de Colombia, la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y sus normas reglamentarias, garantizando la veracidad, seguridad, confidencialidad, calidad, uso y circulación restringida de esta información.

Artículo 2.5.3.4.8.4 Inspección, vigilancia y control. La Superintendencia Nacional de Salud adelantará las acciones de inspección, vigilancia y control, en el marco de sus competencias respecto del cumplimiento de lo establecido en el presente Capítulo; para el efecto hará uso del sistema de información que determine el Ministerio de Salud y Protección Social, en cumplimiento de lo establecido en los artículos 3° y 4° de la Ley 1966 de 2019.

Parágrafo transitorio. Hasta tanto entre en funcionamiento el sistema de información que disponga el Ministerio de Salud y Protección Social la Superintendencia Nacional de Salud determinará el mecanismo a través del cual las entidades responsables de pago, prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud suministren la información que permita realizar el seguimiento a las disposiciones establecidas en el presente Capítulo.

Artículo 2°. **Transitoriedad.** Las entidades responsables de pago, los prestadores y los proveedores deberán implementar las disposiciones del presente decreto a partir del 1° de mayo de 2022.

Los acuerdos de voluntades que se encuentren en curso continuarán sujetos a las condiciones establecidas en estos y tendrán hasta el 1° de julio de 2022 para ajustarse a lo dispuesto en el presente decreto. El incumplimiento de esta obligación será objeto de sanción por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

Artículo 3°. **Vigencia.** El presente decreto rige a partir de la fecha de su publicación y sustituye el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016.

Publíquese y cúmplase.

Dado en Bogotá, D. C., a 28 de marzo de 2022.

IVÁN DUQUE MÁRQUEZ

El Ministro de Salud y Protección Social,

Fernando Ruiz Gómez.

Que, bajo el anterior precepto, el PDSP 2012-2021 definió como meta que Colombia contaría con el capítulo diferencial para la población étnica, es decir, indígenas, Pueblo Rrom, comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, con el objetivo de asegurar las acciones diferenciales en salud pública que buscan garantizar el acceso, mejorar las condiciones de vida y salud y lograr cero tolerancias con la morbilidad, mortalidad y discapacidad evitables en estas poblaciones.

Que los mencionados mandatos fundamentan la construcción conjunta del capítulo diferencial para el pueblo Rrom mediante una dinámica participativa, de diálogo y consensos entre el Ministerio de Salud y Protección Social y la Comisión Nacional de Diálogo del Pueblo Rrom, donde se recolectaron y estructuraron los insumos desde las bases con cada Kumpania: Sabanalarga, Tolima, Envigado, Sahagún, San Pelayo, Sampedo, Girón, Pasto, Cúcuta y Bogotá con sus dos procesos organizativos: PRORROM y Unión Romani.

Que se contemplaron, para el citado capítulo, las siguientes etapas: consulta, formulación, validación, reglamentación y Socialización e implementación.

Que la etapa de consulta se realizó con las diez (10) Kumpañy del país, incluidas las dos organizaciones pertenecientes a la Kumpania de Bogotá a través de once (11) encuentros para la identificación de las necesidades percibidas en salud.

Que la etapa de formulación incluyó la consolidación de la información recolectada en la consulta con las Kumpañy y la derivada de la revisión de la literatura y de las fuentes oficiales de información, así como el análisis de la información, la identificación del contexto de situación de salud del pueblo Rrom y la definición de los objetivos y las líneas estratégicas.

Que la validación se realizó a través de reuniones con la Mesa Nacional de Diálogo el 30 de noviembre de 2017 y el 19 de septiembre de 2018, al interior del Ministerio en el primer semestre de 2019, y mediante 11 encuentros en cada Kumpania, entre los meses de agosto y diciembre de 2019, recibiendo, adicionalmente, los aportes de la ciudadanía, incluyendo los enviados por la Comisión Nacional de Diálogo como insumo del proceso de validación, entre el 16 y el 30 de enero de 2020.

Que, con fundamento en lo anterior, se hace necesario modificar la Resolución 1841 de 2013, en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para el pueblo Rrom como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP).

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

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

“Artículo 1°. Plan decenal de salud pública. *Adáptese 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: Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021, capítulo indígena para los pueblos y comunidades indígenas de Colombia, capítulo Diferencial de la población víctima de conflicto armado y capítulo diferencial para el Pueblo Rrom”, los cuales harán parte integral de la presente resolución.

Parágrafo. Los capítulos indígena para los pueblos y comunidades indígenas de Colombia y los diferenciales para la población víctima del conflicto armado y el pueblo Rrom, adoptados mediante este acto, constituirán un insumo fundamental para la formulación del siguiente Plan Decenal que, de implicar ajustes y complementariedades, serán construidas en el marco de los espacios participativos de las comunidades 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, de la población víctima de conflicto armado y de las Kumpañy, respectivamente”.

Artículo 2°. Modifíquese el artículo 2° de la Resolución 1841 de 2013, modificado por las Resoluciones 050 y 2405 de 2021, 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 define este Ministerio.*

Para la incorporación y desarrollo de los capítulos adoptados mediante la presente resolución 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 socioculturales 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 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 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 para la población víctima del conflicto armado en Colombia

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 de participación de víctimas del nivel municipal, distrital, departamental y nacional a las 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.

2.3. Capítulo diferencial para el pueblo Rrom o Gitano de Colombia.

Para la incorporación del capítulo diferencial para el pueblo Rrom en los planes territoriales de salud, las entidades territoriales propiciarán los espacios de participación, garantizando el diálogo y la concertación, a través de los representantes o delegados de las Kumpañy y organizaciones para la inclusión de acciones propias e interculturales de los aspectos socioculturales de su población. Para este fin deberán:

a) Identificar y convocar a los representantes o delegados que harán presencia en las mesas de trabajo para la formulación de los PTS, en el marco del proceso de planeación integral en salud,

b) Propiciar los espacios de diálogo y participación de los representantes del pueblo Rrom para la identificación y comprensión integral de las condiciones en que se encuentra dicha población, los factores socioculturales que inciden en su situación de salud y 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.

c) Definir, con la participación de los representantes o delegados de las Kumpañy, las variables propias e interculturales e incluirlas en los Análisis de Situación de Salud territoriales, en coherencia con los lineamientos y metodologías dispuestas por este Ministerio para su elaboración.

d) Elaborar el componente estratégico y de inversión plurianual del plan territorial de salud, tomando como uno de los referentes, las líneas estratégicas planteadas en el Capítulo del Pueblo Rrom para cada una de las dimensiones prioritarias y transversales del Plan Decenal de Salud Pública.

e) Elaborar el componente operativo y el Plan Anual de Salud (PAS).

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

Artículo 3°. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación.

Publíquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 28 de marzo de 2022.

El Ministro de Salud y Protección Social,

Fernando Ruiz Gómez.

una persona en un determinado grupo de parentesco, configurado fundamentalmente en torno a la autoridad emanada de un hombre de reconocido prestigio y conocimiento, el cual a su vez, a través de diferentes alianzas, se articula a otros grupos de parentesco, en donde todos comparten, entre otros aspectos, la idea de un origen común, una tradición nómada, un idioma, un sistema jurídico la *kriss Rromani*, unas autoridades, una organización social, el respeto a un complejo sistema de valores y creencias, un especial sentido de la estética que conlleva a un fuerte apego a la libertad individual y colectiva, los cuales definen fronteras étnicas que los distinguen de otros grupos étnicos. Sin perjuicio de la descendencia patrilineal, los hijos e hijas de una mujer Rromny y padre gadzho (no Gitano) que vivan en *kumpeñy* serán considerados como Rrom". (Numeral 1. Art. 4).

La población Rrom existente en el país, según el Censo DANE 2018, es de 2.649 personas las cuales representan el 0,006% del total nacional. Las entidades territoriales en las cuales se registró mayor número de población perteneciente a este grupo, fueron: Bogotá PRORROM (19,8%), Santander (17,1%), Bogotá Unión Romani (13,5%), Norte de Santander (12,6%), Tolima (9,7%). En su mayoría, la población Rrom habita en lugares urbanos; en estas áreas se encuentra el 90,2% de las personas que integran este grupo étnico. Las ciudades en donde principalmente estaban localizados según el censo 2018 fueron Bogotá, Girón, Cúcuta e Ibagué.

Respecto de la espacialidad, a diferencia de las afectaciones sobre el territorio que sufrieron otros grupos étnicos, los Rrom dentro de su cosmogonía no están ligados a un espacio específico, pero las dinámicas del conflicto afectaron su movilidad y tuvieron que dejar sus labores de comercialización de productos de cobre y talabartería para asumir otras tareas y establecerse en centros urbanos (Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas, 2021)

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

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

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

3.2. Características de la estructura de la población Rrom

La pirámide de la población Rrom según datos del censo 2018, tiene una distribución diferente a la de la población general. Muestra un estrechamiento en lo que corresponde a los menores de 15 años, una mayor proporción de población en el grupo de 20 a 24 años y faltantes de población particularmente en el grupo de 25 a 34 años, probablemente debido al descenso de sus tasas de natalidad y mortalidad.

Así mismo, muestra un proceso de envejecimiento mayor al de la población general, pues cuenta con un menor porcentaje de población entre 0 y 14 años (24,7%) y con un mayor porcentaje de población entre 15 a 64 (69,7%), en comparación con los porcentajes presentados por la población general para este mismo periodo correspondientes al 30,7% y 63% respectivamente. La distribución por sexo entre hombres y mujeres para la población general y el pueblo Rrom señala oscilaciones en aproximadamente tres puntos porcentuales, así, el porcentaje de población masculina Rrom es de 51,5% mientras que el de la población general es de 48,5% (CENSO DANE 2018).

La estructura de población por edad muestra que para los Rrom la población entre 0 a 14 años representa el 22,7% (602 personas) del total, la población entre 15 a 64 años representan el 69,5 % (1840 personas), y la población de 65 años y más, constituyen el 7,8% (207 personas). Para el pueblo gitano la vida adulta comienza antes que, para la población general, dado que los vínculos matrimoniales se dan en edades entre los 14 y 18 años (CENSO DANE 2018)

3.3 Contexto social, cultural y económico

los gastos mínimos, frente al 58.1% de los afrodescendientes y el 49.9% de los indígenas. Para el total de Bogotá este porcentaje es 59.9%. Entre las tres minorías étnicas los Rrom tienen la menor proporción de personas que por falta de ingreso no consumió al menos una de las tres comidas con el 7.4%, mientras los afrodescendientes alcanzaron el 9.4% y los indígenas el 12.4%, y para el total de Bogotá fue el 5.1%" (Fernando Urrea & Carlos Viáfara, 2016).

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

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

En cuanto hace a la percepción de discriminación, se señala que "El 28.1% de los gitanos experimentó discriminación por raza en Bogotá y el 51.3% observó episodios de este tipo", lo anterior de acuerdo con el texto referido, de los datos estadísticos y las citas son tomadas del Capítulo 12, Págs. 217 a 230. Debe señalarse que esta información surge del cruce de información obtenida en la Encuesta Multipropósito Bogotá 2014 y de una encuesta hecha por el Centro Nacional de Consultoría en el mismo año. (Fernando Urrea & Carlos Viáfara, 2016).

El pueblo Rrom, la salud y la enfermedad

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

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

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

Lo anterior reafirma que, para los gitanos, la enfermedad "...no es un hecho aislado, es decir, del individuo, sino que ella tiene una dimensión social... además de ser un hecho biológico es de igual modo algo simbólico... la enfermedad se constituye en una amenaza para el cuerpo social y el cuerpo político de la *kumpania*" (Paternina Espinosa, 2001, pág. 285).

3.4. Perfil de morbilidad y mortalidad

Mortalidad

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

Los Rrom poseen particularidades lingüísticas ya que tienen su propio idioma, el cual es conocido como *Rromani* o *Rromanese* o *shirRromani* y con un porcentaje de 63,6% que hablan su lengua nativa de acuerdo con el Censo DANE 2018. En la cosmovisión del pueblo Rrom, un aspecto fundamental es la importancia central que tiene el aquí y el ahora; igualmente, la itinerancia que practican de manera continua está asociada con concepciones propias de libertad y de la vivencia del presente.

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

Los patrigrupos o grupos patrilineales se organizan tradicionalmente de manera más amplia en comunidades que se denominan *Kumpañy*. La "*Kumpania* (*Kumpañy plural*): es el conjunto de grupos familiares configurados patrilinealmente (patrigrupos), que a partir de alianzas de diverso orden optan por compartir espacios para vivir cerca o para itinerar de manera conjunta" (Decreto 2957 de 2010. Literal a, numeral 2, Artículo 4. Art. 2.5.2.1.4 del Decreto 1066).

La autoridad a nivel de la *Kumpañy* es desempeñada por el *Sero Rrom*, que es dentro del sistema patrilineal, el padre cabeza de la familia. El "*Sero Rrom* (*Sere RRromengue Plural*): es el hombre casado, con hijos, sobre el cual, por su prestigio, conocimiento de la tradición, capacidad de construir consensos, habilidad en la palabra, recae la autoridad de un determinado patrigrupos o grupo familiar extenso" (Literal d, numeral 2, Artículo 4. Art. 2.5.2.1.4 del Decreto 1066)

Cuentan con un sistema de justicia denominado con el nombre de *Kriss*, definido en el Decreto 2957 de 2010 (Decreto 1066) como: "*Tribunal en el que se reúnen los gitanos mayores (Seré RRromengue) de determinada Kumpania con el propósito de resolver una controversia y tratar asuntos internos (Literal b, numeral 2, Artículo 4. Art. 2.5.2.1.4 del Decreto 1066) y la "Kriss RRromani: como "el sistema propio del grupo étnico Rrom o Gitano, el cual está compuesto por una serie de normas y valores culturales que todos los miembros del grupo étnico tienen el deber de acatar y cumplir" (Literal b, numeral 2, Artículo 4. Art. 2.5.2.1.4 del Decreto 1066).*

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

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

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

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

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

Respecto de las percepciones de pobreza y de condiciones del hogar, se señala en el documento en referencia que: "... el 80.9% de los Rrom consideran que los ingresos les alcanza apenas para cubrir

enfermedades del sistema circulatorio, dentro del cual están las enfermedades sistémicas del corazón, cerebrovasculares e hipertensivas, aportando el 22.15% (519).

En tercer lugar, se detectó el grupo de las causas externas, dentro del cual se destacan los homicidios, accidentes de transporte terrestre y los suicidios, grupo que aportó el 19.50% (457) de la mortalidad. El grupo de neoplasias ocupó el cuarto lugar con un 18.91% (443) de las defunciones. En quinto lugar, estuvo el grupo de las enfermedades transmisibles, que incluye infecciones respiratorias agudas, enfermedades infecciosas intestinales y tuberculosis, aportando un 8.19% (192) de la mortalidad. Los grupos de signos y síntomas mal definidos y afecciones del periodo perinatal ocuparon los últimos lugares, causando el 3.71% (87) y 2.26% (53) de las muertes del periodo.

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

En cuanto a la mortalidad neonatal, los registros muestran que las tasas de mortalidad neonatal en la población Rrom, presentaron en el 2019 un alto porcentaje, alcanzando 153.85 muertes por 1.000 nacidos vivos del sexo femenino, mientras que para el sexo masculino el indicador fue de 136,36. Por su parte, la mortalidad en menores de un año ha presentado un comportamiento variable, registrando en el 2019 una tasa de 142,86 muertes por cada 1.000 nacidos vivos. Frente a la tasa de mortalidad perinatal se cuenta con un porcentaje de 142,86 muertes para el 2019. Además, es importante destacar que al igual que el indicador de mortalidad materna, el valor de estos indicadores puede estar influenciado por el bajo denominador poblacional.

Frente a las muertes feto infantiles se incrementaron en relación con los años anteriores al contar con una tasa de 142,86 muertes para el 2019. El Instituto Nacional de Salud 2020 sobre el informe del evento anual, reportó en los grupos étnicos: 201 (37,2 %) indígenas, 44 (8,1 %) afrocolombianos y raizales y 1 caso de población Rrom. Estos resultados de importante afectación de los grupos étnicos son concordantes con otras publicaciones (INSTITUTO NACIONAL DE SALUD, 2020).

Morbilidad atendida

Para el periodo comprendido entre el 2009 y 2018, los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) muestran que en el país se atendieron 1.132.429 personas pertenecientes a algún grupo étnico y se prestaron 13.405.240 atenciones a este sector poblacional. Del total de estos registros, el porcentaje de personas atendidas y de atenciones prestadas en la población Rrom corresponde a un 0,22% (2.534) y 0,2% (26.546) respectivamente. El porcentaje de partos atendidos por personal calificado corresponde para el 2019 a un 85,71%, mientras que para el porcentaje de partos institucionales corresponde al 90,91% y el porcentaje de partos por cesárea para el 2019 disminuyó con respecto al 2018 al pasar de 68,57 % a un 25,71%.

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

Con respecto al tipo de atenciones prestadas a la población Rrom para este mismo periodo, los RIPS muestran que el 92,64% (24.592) de las atenciones se prestaron en consulta externa, el 4,87% (1.294) en urgencias y el 2,49% (660) en hospitalización.

La Base de Datos Única de Afiliados - BDUa muestra que para junio de 2021 se encuentran afiliados un total de 1.249 gitanos, de los cuales 609 son del género femenino y 640 del género masculino.

3.5. Contexto por dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública

El abordaje para el diagnóstico que aquí se presenta, se realiza y ordena a partir de las dimensiones definidas en el PDSP. No obstante, dada la falta de disponibilidad de estudios o fuentes sistemáticas de información en el país que den cuenta de la especificidad de la situación de salud del pueblo gitano, se ha incorporado, información derivada de fuentes secundarias y primarias. Al abordar cada una de

las dimensiones, se procura incorporar elementos asociados a la visión de salud y enfermedad desde lo propio de los Rrom y miradas desde lo occidental, con el fin de tener elementos de caracterización con enfoque diferencial. A continuación, se muestran los resultados obtenidos:

3.5.1. Dimensión de Salud Ambiental

De acuerdo con los datos del Censo DANE 2018, el porcentaje de hogares con jefatura Rrom por tipo de vivienda casa corresponde al 54,2% seguido de apartamento con un 37,7%; con paredes en su mayoría de bloque y ladrillo (78,1%), pisos en baldosa, vinilo, tableta y ladrillo (56,9%), con cobertura de energía eléctrica del 95,3%, de gas natural del 73,4%, recolección de basuras del 88,6%, acceso a internet de los hogares del 49,3%, cobertura de acueducto de 90,4%, cobertura de alcantarillado en las viviendas del 83,5%. Respecto a la fuente de agua utilizada para preparar los alimentos, utilizan acueducto público el 86%.

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

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

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

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

3.5.2. Dimensión vida saludable y enfermedades no transmisibles

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

Según Paternina Espinosa (2013, pág. 330) *"algunas enfermedades que padecen los Rrom tienen que ver con sus hábitos de vida. Entre los Rrom, por ejemplo, hay un alto consumo de carne y las comidas suelen contener un alto contenido de aceite, especialmente porque gustan de los alimentos fritos. Entre las carnes favoritas que consumen, la carne de cerdo aparece en varios platos de su gastronomía. Las alubias no son parte de la predilección y las ensaladas poco cuentan en su dieta. Entre los hombres el consumo de tabaco es muy notorio desde temprana edad"*.

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

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

Fumar es una práctica recurrente en esta población y se asocia a la costumbre de los pueblos gitanos de empezar el consumo de tabaco desde muy temprana edad y con una habitualidad mayor frente al resto de la sociedad, según lo expresado por la Fundación Secretariado Gitano en España. Esta situación es manifestada de igual forma por miembros de *Kumpanyi* del país, quienes indican que:

estas cuestiones. Esta distancia de valores en la práctica ha sido fuente de ideas discriminatorias contra el pueblo gitano que es en ocasiones identificado por la sociedad mayoritaria como personas perezosas, desorganizadas, poco fiables y mentirosas, pensamientos que nacen de un acercamiento superficial a los valores Gitanos" (Mateus Arbeláez, 2010).

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

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

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

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

Así, en el ámbito cultural del pueblo Rrom, se encuentra el llamado "pagar la pena" o "pagar el honor": Se establece un pacto entre el futuro yerno y los suegros. Precisamente muchos de los conflictos que se presentan al interior de las *kumpanyi* son por el incumplimiento de dicho pacto. *"En Colombia, los principales conflictos surgen por deudas, incumplimiento de lo pactado, deudas de honor, es decir, como consecuencia de la alta valoración que tiene la virginidad de la novia antes de la boda"* (Fajardo, 2000, pág. 152).

De otra parte, el conflicto armado en el país restringió la movilidad ya que, al no poder transitar libremente por el territorio nacional, se fomenta la pérdida de capacidad para la generación de ingresos económicos a las *kumpanyi*, lo cual implica, a su vez, la pérdida del ejercicio de sus prácticas culturales e identitaria.

El pueblo Rrom fue reconocido como víctima individual y colectiva del conflicto armado, a través del Decreto Ley 4634 del 2011, que en su artículo 8 contempla el daño a la integridad étnica y cultural reconociendo la *"Limitación e impedimento del ejercicio de las actividades identitarias de los Rrom como son la itinerancia, trashumancia o nomadismo y pérdida de capacidad de locomoción a través de los espacios identitarios en el territorio nacional"*, aún vigente teniendo en cuenta que se expidió la Ley 2078 de 2021 que extiende la vigencia del citado Decreto Ley.

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

3.5.4. Dimensión Nutrición y Seguridad Alimentaria

Según el Plan Nacional de Seguridad Alimentaria 2012-2019:

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

La situación de seguridad alimentaria y nutricional del pueblo gitano guarda relación con la precarización económica que restringe su alimentación diaria. El déficit alimentario se debe

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

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

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

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

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

3.5.3. Dimensión convivencia social y salud mental

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

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

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

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

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

Sobre la discriminación en entidades educativas, todas las *Kumpanyi* coinciden en que la falta de educación propia, el matoneo a niñas y niños por ser gitanos, así como del desconocimiento y los marcados estereotipos que se asocian al ser Rrom, inciden en lo que tiene que ver con esta dimensión. *"Los gitanos comparten un sistema de valores donde se expresa en parte su necesidad de asumir la vida con libertad y que en términos concretos los lleva a despreocuparse por asuntos como la acumulación de bienes y ganancias desvirtuando el acento que la sociedad mayoritaria pone sobre*

principalmente a la falta de recursos económicos, lo cual incide en la presencia de problemas de salud en las vías digestivas, gastritis, úlcera, debilidad y otros por la falta de ingesta de alimentos a horas (Gómez Baos, 2010, pág. 60).

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

La población gitana refiere, además, la falta de vinculación a programas de alimentación o de subsidios que les permitan acceder a los alimentos de la canasta básica de una manera balanceada. Esta situación, sumada a la carencia de ingresos económicos, ha llevado a que el acceso a alimentos sea limitado, restringiendo incluso el consumo de tres comidas diarias. Ratifican lo mencionado, expresiones como:

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

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

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

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

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

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

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

3.5.5. Dimensión sexualidad, derechos sexuales y reproductivos

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

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

| | |
|--|---|
| <p>"Las mujeres no tienen acceso a las mamografías y citologías por no tener acceso al médico", "No estamos incluidas como comunidad en la vacuna de papiloma humano".</p> <p>La solicitud hecha por las mujeres gitanas está dada en términos de accesibilidad a los servicios de salud sexual y reproductiva, algunas veces por no estar afiliados al sistema de salud y en otras por la discriminación hacia esta población étnica en los servicios de salud.</p> <p>Dentro de esta dimensión, los Rrom señalan un escaso tratamiento diferencial por género, tal como lo exige su propia cultura. La no atención de profesionales de la salud del mismo sexo, especialmente en las citas médicas individuales, no sólo ha generado desconfianza sino un grado de contaminación (<i>marimé</i>) que puede implicar la presencia de enfermedad. Las mujeres del pueblo Rrom que participaron en los diálogos de saberes, durante el 2014, reiteradamente refirieron la importancia y necesidad de ser atendidas por mujeres en los servicios de salud: Algunos planteamientos que hacen parte de la percepción frente a la atención en salud:</p> <p>"es mal visto en la comunidad Rrom que una mujer sea atendida por hombres médicos" "Nosotras las mujeres necesitamos ser atendidas por personal médico femenino y esto no lo tienen en cuenta los médicos al momento de atender la consulta".</p> <p>Dentro de los Rrom, la mujer no puede tomar decisiones de manera directa. Las decisiones de tipo colectivo más importantes respecto de la familia o el clan son tomadas por las autoridades tradicionales (hombres). En el pueblo Rrom el rango de autoridad se otorga primero al hombre y luego a la mujer. Esta situación asociada con las relaciones de poder y de equidad de género es manifestada en la información recolectada en los encuentros, de la siguiente manera:</p> <p>"entre nosotros las decisiones las toman los hombres mayores y después la contamos a nuestra familia al respecto si están de acuerdo con la decisión tomada. Dentro de la Kumpania gitana siempre se termina respetando al jefe del hogar que siempre será el hombre".</p> <p>Estas formas de autoridad también se pueden ver reflejadas en el matrimonio gitano, donde el hombre puede casarse al amparo de la <i>Kriss RRromani</i> con una mujer perteneciente o no perteneciente al pueblo Rrom; mientras que la mujer solo puede casarse con un gitano. De desobedecer tal disposición de la <i>Kriss RRromani</i> y casarse con un hombre no Rrom, la sanción establecida es la pérdida de su condición de RRromni (Bustamante J., 2012, pág. 64).</p> <p>El papel de la mujer al interior de la <i>Kumpania</i> está representando en la preservación de los roles sociales, donde la mujer es el pilar de la familia y tiene el papel fundamental de transmitir la cultura a sus hijos.</p> <p>De otra parte, aunque para el 2018 se reportaron 417 casos de violencia de género e intrafamiliar por el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), se destaca que la información reportada podría reflejar debilidades en la captura de la información de la variable étnica, dado que ésta se realiza según autopercepción de pertenencia étnica por parte de la población que demanda los servicios.</p> <p><i>Entre los Rrom no se conoce casos de VIH-Sida y esto puede deberse al concepto de marimé y a la frontera entre lo puro y lo impuro que establece un miembro de ese pueblo frente a la cultura mayoritaria</i> (Paternina Espinosa, El proceso organizativo del pueblo Rom (Gitano) de Colombia (ProRom): de la auto-invisibilidad como estrategia de resistencia étnica y cultural, a la visibilización como mecanismo de reconocimiento de derechos económicos, sociales, políticos y culturales, 2013, pág. 331). No obstante, según información reportada en el SIVIGILA para el indicador de casos de VIH/SIDA/Mortalidad por SIDA, entre el periodo comprendido entre el 2007 y 2017 se presentaron 5 casos. De igual forma, se destaca que el comportamiento de estos indicadores puede reflejar debilidades en el registro de la morbilidad y mortalidad de la variable étnica.</p> <p>3.5.6. Dimensión vida saludable y enfermedades transmisibles</p> <p>En la mayoría de los países, la población Rrom generalmente vive en asentamientos que se caracterizan por la pobreza, el hacinamiento y viviendas deterioradas y con acceso deficiente a servicios públicos, factores de riesgo conocidos para la aparición y propagación de enfermedades transmisibles y determinantes del estado de bienestar de la población. (Kelly et al., 2010).</p> <p>En Colombia, la incidencia de enfermedades transmitidas por vectores y la falta de conocimiento sobre programas de vacunación son problemáticas percibidas con frecuencia por el pueblo gitano:</p> | <p>"...Tenemos dentro de la comunidad casos de enfermedad del Dengue y enfermedades respiratorias...", "...Lo que pasa con la vacunación es que, si nos interesa, pero muchas veces no sabemos cuándo toca vacunarse..."</p> <p>No obstante, el proceso de sedentarización del pueblo Rrom abrió la posibilidad de acercamiento a los servicios de salud, donde las gitanas empezaron a asistir "para que a sus menores se les aplicara el cuadro de vacunación completo, sobre todo porque para los Rrom enfermedades como la poliomielitis y otras provienen del mundo no Rrom" (Paternina Espinosa, El proceso organizativo del pueblo Rom (Gitano) de Colombia (ProRom): de la auto-invisibilidad como estrategia de resistencia étnica y cultural, a la visibilización como mecanismo de reconocimiento de derechos económicos, sociales, políticos y culturales, 2013, pág. 290).</p> <p>La participación de los gitanos en los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, es baja, y podría deberse a que la salud no es percibida como una de las necesidades más prioritarias y solo se acude al médico una vez los síntomas son graves o invalidantes (Garijo, Biosca, Pérez-Grueso, & Poveda, 2012).</p> <p>La asociación de vulnerabilidad para contraer enfermedades con la falta de un enfoque diferencial eficiente y adecuado, es frecuente en los Rrom. El padecimiento de enfermedades no sólo implica la afectación de tipo física, sino que trasciende a lo espiritual. Lo limpio (<i>bushó</i>) y lo impuro o sucio, en un sentido más amplio, (<i>marimé</i>) va más allá de "asear" lo que está "sucio". De esta forma, el contagio de enfermedades debido a unas malas condiciones presentadas en los entornos o el ambiente implica una condición de enfermedad espiritual y moralmente para la <i>Kumpania</i>. La enfermedad o este tipo de riesgos no afecta sólo a una persona o familia, sino que afecta a toda la <i>Kumpania</i> (Gómez Baños, 2012). En este sentido, este tipo de miedos y de realidades afectan la integridad y bien-estar de toda la <i>Kumpania</i>.</p> <p>La salud en los Rrom se vincula a una extremada preocupación por la higiene corporal, especialmente para las mujeres. "El pelo, por ejemplo, tiene un papel muy sobresaliente en la cultura gitana: un pelo largo, lustroso, abundante y cuidado es uno de los mayores atractivos de un hombre y una mujer gitana" (Otegui, 2005). Esto, sustentado en los comentarios recolectados: "...no hemos tenido mayores problemas porque nuestra genética es fuerte y nosotros mantenemos todo muy aseado, nos lavamos las manos..."</p> <p>3.5.7. Dimensión salud pública en emergencias y desastres</p> <p>La capacidad de una persona para hacer frente a los desastres naturales está relacionada con varios factores, incluyendo la magnitud, el momento y la ubicación del impacto, y la eficacia de las acciones individuales de protección emprendidas (Perry & Lindell, 1978).</p> <p>Para el Pueblo Rrom el desconocimiento generalizado sobre qué decisiones tomar y qué acciones implementar en caso de emergencia o desastre es una situación que pone en riesgo su salud y bien-estar. Al respecto, se señaló dentro de lo percibido: "No tenemos bien claro que hacer en caso de accidente", "Nunca se nos ha dictado una charla que hacer en caso de accidentes y desastre."</p> <p>La importancia que el pueblo Rrom le da al hoy y al ahora, puede incidir en la adopción de estrategias encaminadas a salvaguardar y preparar a este grupo ante una emergencia o un desastre. Entre las <i>Kumpanyi</i> del país, las preocupaciones manifiestas tienen que ver con las afectaciones causadas por arroyos y el riesgo de desbordamiento, en los casos en que las viviendas se encuentran cerca de la rivera de los ríos. Es de anotar que esta situación afecta principalmente a las <i>Kumpanyi</i> ubicadas en la zona norte del país.</p> <p>En este sentido, el fortalecimiento de programas de educación y de la participación en las actividades de manejo de la prevención y atención de desastres son necesidades percibidas expresas por esta comunidad, en tanto se requiere convocar y capacitar en estos temas a los líderes de las <i>kumpanyi</i> para la posterior socialización al interior de estas.</p> <p>Pese a lo descrito, es escasa la literatura que dé cuenta de las vulnerabilidades y los riesgos a que está expuesto el pueblo Rrom en el país.</p> <p>3.5.8. Dimensión fortalecimiento de la autoridad sanitaria</p> <p>Aseguramiento y provisión de servicios de salud. En cuanto a la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, con corte a junio 7 de 2021, la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA)</p> |
| <p>muestra que la población Rrom afiliada de 1249 usuarios, de los cuales 609 son del género femenino y 640 al género masculino.</p> <p>Datos del estudio realizado por el Centro Nacional Consultoría sobre el pueblo gitano residente en la ciudad de Bogotá en el 2014, señalan que los Rrom tienen menor afiliación en comparación con los demás grupos étnicos, pues el 17,5% de los gitanos no se encuentra afiliado al Sistema, mientras que el 9% de los afrodescendientes y el 8,9% de los indígenas no cuenta con dicha afiliación. En contraste, el 5,9% de la población sin pertenencia étnica, no está afiliada al sistema. (Urrea Giraldo & Viáfara López, 2016, pág. 220).</p> <p>Sumado a lo anterior, la población gitana expresa dificultades con relación al acceso a servicios médicos, por cuanto:</p> <p>"... No hay una atención médica oportuna para los gitanos...", "...los centros de salud que atienden a la población gitana por la salud subsidiada son muy lejanos...", "...no hay asistencia médica inmediata...", "... no tenemos brigadas de salud".</p> <p>Aunque por razones culturales los gitanos evitan el uso de servicios de salud, dado que no existe en ellos una cultura de prevención y sólo en casos de extrema gravedad demandan los servicios (PNUD & Bocanegra, pág. 64), en términos de calidad en salud, ponen de manifiesto percepciones sobre la prestación de servicios calificando como "deficiente" la atención médica para esta población.</p> <p>Educación en salud y atención diferencial. Relacionado con los temas de accesibilidad y vinculación a programas de salud, se expresa que hay carencia de educación en salud que les permita mejorar sus condiciones actuales.</p> <p>"...Poco acceso a la información acerca de la salud, de la prevención de enfermedades...", "...No hay ningún programa de prevención de la salud en cual podríamos participar para informarnos de cómo conservar una buena salud...", "...Nos falta conocimiento sobre cómo cuidar la salud propia...", "...No hay campañas ni capacitaciones que ayuden y orienten a la población contra estas enfermedades, en cómo reaccionar o cuidarse...", "...la comunidad gitana no tiene información correcta y oportuna..."</p> <p>Así, se encuentra que es generalizada la opinión de los gitanos, de que no opera en las instituciones de salud una atención diferencial que tenga en cuenta los aspectos culturales de su pueblo:</p> <p>"...Se necesita un centro especializado con conocimiento de la cultura gitana...", "...No tenemos un programa destinado para el pueblo Rrom...", "...No hay enfoque diferencial al momento de una atención médica...", "...Las políticas de acceso a servicios médicos y hospitalarios, no tienen en cuenta el enfoque diferencial de esta población..."</p> <p>Para los gitanos, "el sistema de salud nacional no responde a los usos y costumbres del pueblo Rrom y la atención de las instituciones hospitalarias no ofrecen calidad ni oportunidad en el servicio" (Gómez, 2014, pág. 57).</p> <p>Sistemas de información. Dentro de las necesidades sentidas en salud del pueblo Rrom, es percibida la necesidad de mejorar los sistemas de información para que se visibilice a la población gitana, con el fin de focalizar la oferta institucional que permita el mejoramiento de las condiciones de vida y salud de este pueblo. Al respecto, se señala:</p> <p>"...No han incluido una variable gitana a las estadísticas que apuntan los diseños e implementación de políticas públicas para mejorar las condiciones de salud de esta población..."</p> <p>3.5.9. Dimensión de gestión diferencial de poblaciones vulnerables</p> <p>Niños, niñas y adolescentes. Los niños, niñas y adolescentes gitanos se desarrollan en un ambiente diferente en comparación con los niños no gitanos. A los niños Rrom, se les enseña a trabajar desde muy temprano bajo la tutela de sus padres y su relación con el exterior se restringe a su propia comunidad con parámetros específicos de su cultura (PNUD & Bocanegra, pág. 49).</p> <p>Los niños, "se encuentran casi exclusivamente bajo el cuidado de su madre durante los primeros cinco años de vida, los padres no intervienen de manera fundamental en la educación de sus hijos durante este periodo" (PNUD & Bocanegra, pág. 49). La niñez es un periodo fundamental en donde aprenden las reglas básicas de la vida y de comportamiento dentro de la comunidad gitana. No obstante, en medio de la diferenciación de las culturas y del tránsito a la adolescencia, los jóvenes "viven una</p> | <p>situación muy compleja en términos de auto identificación y de relación con su propio pueblo" (PNUD & Bocanegra, pág. 50).</p> <p>Los procesos de enculturación a los que se ven abocados los niños y adolescentes gitanos, inciden de manera directa en su posibilidad de acceder al sistema educativo formal del país. Esto, en consideración con temas culturales de este pueblo, sobre resistencias a la educación formal por considerar que pueden perder su cultura o verse sometidos a dinámicas de aculturación, al entrar en contacto con los "gadžhé" o blancos (DANE, s/f, pág. 41). De ahí, que se señale que:</p> <p>"...No hay educación propia para los niños gitanos...", "...No hay un lugar pertinente para desarrollar la educación propia libremente..." y "...No hay una educación diferencial..."</p> <p>Estas expresiones, dejan de manifiesto la necesidad sentida de la población Rrom de mejorar las condiciones educativas teniendo en cuenta sus usos y costumbres, en pro de mejorar el desarrollo de la niñez de su pueblo.</p> <p>La preocupación de los padres gitanos porque "sus hijos terminen siendo asimilados totalmente por la sociedad mayor (la no Rrom) a través del sistema educativo que les resulta homogenizante y desconocedor de su riqueza cultural" (PNUD & Bocanegra, pág. 47), se hace palpable estadísticamente en cifras del DANE 2005, que muestran que la población gitana presenta las mayores tasas de alfabetismo (93,8%) de todos los grupos étnicos y así mismo presenta los menores porcentajes de personas que alcanzaron como máximo el nivel educativo de básica primaria.</p> <p>Salud y género. En el pueblo Rrom, el sexo de la persona marca el espacio social donde puede desarrollarse y las actividades laborales que puede desempeñar. Así, a través del tiempo, los niños se van vinculando a las actividades productivas del padre, tío o primos varones y las niñas a las tareas domésticas del hogar (PRORROM, s/f, pág. 66).</p> <p>Las mujeres "tienen un rol muy importante en el hogar, porque de ellas depende el cuidado de los niños y los esposos, así como en gran parte la transmisión de la lengua y de los patrones culturales del grupo, por su parte, los hombres Rromani tienen una enorme responsabilidad frente a su grupo, dado que deben demostrar todas las cualidades de su <i>kumpania</i>, sus capacidades económicas, su intelecto y los resultados de su trabajo" (Gobierno, 2008, pág. 32).</p> <p>Las diferencias de sexo en la población gitana se evidencian desde edades tempranas, en tanto existen espacios y roles diferenciados para hombres y mujeres. Así:</p> <p>"en las reuniones de la comunidad, los hombres mayores están sentados en el comedor hablando de sus asuntos, los jóvenes, por su parte, están en los jardines de la casa hablando también de sus propios asuntos; mientras tanto las mujeres casadas preparan los alimentos para la reunión y las niñas y jovencitas danzan los ritmos típicos gitanos" (Motoa Cifuentes, 2017, pág. 90) .</p> <p>Los temas de género inciden también en la posibilidad de acceso y permanencia en el sistema educativo, dado que:</p> <p>"las niñas Rrom tienen que cumplir con su rol cultural en la familia y su presencia en entornos gadzhé presenta un peligro al cumplimiento de ese rol. Mientras los varones tienen libertad para decidir si quieren estudiar o no —cuando económicamente es viable—, a las niñas mayoritariamente se las retira de la escuela alrededor del cuarto o quinto grado" (Gómez Baos, 2010, pág. 71).</p> <p>No obstante, la recolección de insumos permitió identificar expresiones de mujeres gitanas derivadas del rol que desempeñan en sus <i>Kumpanyi</i>, destacándose que:</p> <p>"...Las mujeres no tienen voz, muy poco participan, no pueden elegir tanto en decisiones...", "...Los hombres son machistas, las mujeres se sienten discriminadas porque ellos siempre van delante y son primero que las mujeres...", "...A las mujeres, les gustaría poder salir a trabajar y tener su propio negocio, tener sus propias casas..."</p> <p>Lo anterior, sugiere la necesidad de reflexiones internas en relación con los temas de igualdad de género, sin deslegitimar los usos y costumbres de este pueblo.</p> <p>Envejecimiento y vejez. Para el pueblo gitano, las personas mayores tienen un carácter especial y cumplen un rol trascendente a nivel de su grupo sociocultural. De ahí que se señale que:</p> |

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

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

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

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

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

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

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

El Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad -RLCPD, cuenta para marzo de 2019 con un reporte de 1'462.772 personas registradas, de las cuales 157.781 refieren pertenecer a algún grupo étnico y de estas 915 personas a la población Rrom, lo que corresponden al 0,58% del total de grupos étnicos registrados. A su vez, al hacer el análisis de las alteraciones permanentes, se evidencia que la mayor alteración presente en la población Rrom corresponde al movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas con un 58,8%, seguido del sistema nervioso con un 36,8% y en tercer lugar la alteración de los ojos con un 32,9%, del total de la población Rrom registrada. Con relación a la ocupación que desempeña la persona, el registro muestra que el 32,13% está incapacitado permanente para trabajar sin pensión, el 18% está realizando otra actividad, el 13% está realizando oficios del hogar y el 7,76% se encuentra estudiando.

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

Con respecto a quienes manifestaron requerir del apoyo de otra persona, se encontró que el 90,1% lo recibe de algún miembro del hogar, seguido por el 4,4% de una persona externa no contratada para ayudarlo y un 2,8% de persona externa empleada.

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

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

Salud en poblaciones étnicas. La escasez de recursos económicos es una necesidad percibida de manera transversal en las distintas dimensiones mencionadas anteriormente, en cuanto se convierte

en un determinante de la situación de salud del pueblo Rrom puesto que la restricción de ingresos ha incidido en el deterioro de su seguridad alimentaria y nutricional, de la protección y crianza de sus hijos, del sostenimiento de sus familias y de la expresión propia de su cultura.

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

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

4. DEFINICIÓN DEL CAPÍTULO

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

5. OBJETIVOS

5.1. Objetivo general

Garantizar las acciones propias e interculturales en salud pública para el pueblo Rrom, con el fin de avanzar hacia el goce efectivo del derecho fundamental de la salud, mejorar las condiciones de vida y salud y lograr cero tolerancia con la morbilidad, mortalidad y discapacidad evitables, en virtud del reconocimiento y derechos colectivos del pueblo Rrom procurando así la pervivencia física y cultural de este pueblo.

5.2. Objetivos estratégicos

- Avanzar hacia el goce efectivo del derecho fundamental a la salud de la población Rrom a través de la promoción de su reconocimiento étnico y cultural, con el fin de incidir positivamente en la eliminación de prácticas de discriminación y exclusión mediante acciones afirmativas que permitan mejorar el goce efectivo del derecho a la salud de la población Rrom
- Incidir en el mejoramiento de las condiciones de vida y de salud del pueblo Rrom, entendidas como los medios materiales necesarios para la pervivencia étnica y sociocultural en un marco de realización de derechos, contribuyendo al desarrollo humano y sostenible.
- Garantizar el acceso a los servicios de salud con enfoque diferencial e intercultural, y propender por una atención integral para el desarrollo de acciones encaminadas a mantener cero tolerancia frente a la morbilidad, mortalidad y discapacidad evitable.

6. LÍNEAS ESTRATÉGICAS

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

Si bien el planteamiento de las líneas estratégicas concreta el marco de acción para el pueblo Rrom, es válido ratificar que esta población, a su vez, es sujeto de derechos de las acciones ya definidas en el Plan Decenal de Salud Pública, toda vez que dicho plan es una apuesta por la equidad en salud y es un pacto social que define la actuación articulada entre actores y sectores públicos, privados y comunitarios para crear condiciones que garanticen el bienestar integral y la calidad de vida en Colombia.

Las entidades territoriales con presencia de población Rrom contribuirán con el cumplimiento de los objetivos y estrategias del capítulo a través de su formulación e implementación en los Planes Territoriales de Salud. En este sentido, adoptarán o adaptarán las estrategias descritas a continuación de acuerdo con las condiciones presentes en el territorio y a las necesidades en salud identificadas, con el fin de avanzar en la garantía del derecho a la salud de esta población, teniendo en cuenta, entre otros aspectos, lo previsto en el numeral 8.6. de la Resolución 2626 de 2019 y demás políticas sectoriales que bajo el principio de la confluencia deberán coordinarse y articularse para fortalecer el enfoque étnico.

6.1. Dimensión salud ambiental

6.1.1. Objetivo general

Contribuir con la atención de las necesidades sanitarias y ambientales del pueblo Rrom, reconociendo sus usos y costumbres

6.1.2. Objetivos estratégicos:

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

| Estrategias | Definición de la estrategia |
|---|--|
| Gestión del conocimiento sobre las condiciones de habitabilidad de la población Rrom y su relación con la salud: Consiste en la generación de información y conocimiento en relación con las condiciones de vivienda del pueblo Rrom en aras de incidir en el mejoramiento de las condiciones de habitabilidad de esta población. Implica el reconocimiento de los parámetros de ocupación espacial tradicionales de este pueblo de acuerdo con su cosmovisión, su relación con el ambiente, sus costumbres en cuanto a manipulación de agua y alimentos, manejo de residuos, tenencia de animales, su relación y condiciones del peridomicilio, esto es el área alrededor de la vivienda, para la identificación de necesidades de adaptación de propuestas que permitan mejorar las condiciones de vivienda del pueblo gitano. La estrategia implica además el fomento de investigación y realización de estudios para identificar las problemáticas relacionadas con las condiciones de vivienda y la situación de salud de la población Rrom, así como para identificar estrategias de solución diferenciales que permitan dar respuesta a las problemáticas identificadas. | El Ministerio de Salud y Protección Social brindará asistencia técnica al 100% de las entidades departamentales y distritales donde reside la población Rrom, en los lineamientos y estrategias de entornos saludables. Las entidades territoriales donde habita la población Rrom, caracterizarán las condiciones de habitabilidad de esta población en coordinación con las autoridades tradicionales de este pueblo. |
| Vivienda Saludable: La Estrategia Vivienda Saludable es el desarrollo de una iniciativa que consiste en la ejecución de actividades que promueven y protegen la salud de las personas de los peligros a los que están expuestas en la vivienda y el contexto en el cual están inmersas (Ministerio Protección Social, 2006). La estrategia implica reconocer las condiciones de vivienda y los factores protectores, para avanzar en la implementación de la estrategia Vivienda Saludable adaptada a la población Rrom en armonía con sus usos y costumbres. | Las entidades territoriales donde habita la población Rrom, implementarán la estrategia Vivienda Saludable de manera concertada con las autoridades tradicionales de este pueblo. |
| Afectación de determinantes sociales y ambientales desde la coordinación intersectorial y la formulación de planes de acción intersectorial: La estrategia hace referencia al fortalecimiento de la coordinación intersectorial para el mejoramiento de las condiciones socio-ambientales y sanitarias del territorio y los entornos a través de la formulación, implementación y seguimiento de los planes de acción intersectorial y la articulación de políticas, planes, programas, proyectos sectoriales e intersectoriales que den respuesta a las necesidades de la población Rrom. Este proceso de | Las entidades territoriales donde habita la población Rrom gestionarán las necesidades socio ambientales y sanitarias de la población Rrom en los COTSA o sus Mesas Técnicas. |

| | |
|--|--|
| coordinación intersectorial se puede desarrollar en los espacios intersectoriales denominados Concejos Territoriales de Salud Ambiental - COTSA, que a su vez cuentan con Mesas Técnicas según las temáticas en salud ambiental priorizadas en cada territorio. | |
| Fortalecimiento de la estrategia entornos saludables con enfoque diferencial: La estrategia hace referencia al desarrollo de acciones de promoción, prevención y protección que contribuyen con el mejoramiento de las condiciones de salud de las poblaciones en su entorno, en el marco de la estrategia de Entornos Saludables. Implica el reconocimiento y articulación de políticas públicas favorecedoras de entornos saludables, la gestión intersectorial para la afectación de determinantes sociales y ambientales de la salud, la formulación de <i>Planes de Acción Intersectorial de Entornos Saludables</i> , el reconocimiento de los usos y costumbres, las condiciones del entorno del pueblo Rrom para la focalización de acciones diferenciales para este grupo poblacional. Implica además la concertación con las autoridades tradicionales del pueblo Rrom para la implementación de acciones para la promoción de entornos protectores para la salud y para el control de factores de riesgo sanitarios y medio ambientales, intervenciones de educación en salud, fomento a la participación social. | Las entidades territoriales donde habita la población Rrom se capacitarán para gestionar la implementación de las estrategias de entornos saludables de manera concertada con las autoridades tradicionales de este pueblo |

6.2. Dimensión de vida saludable y condiciones no transmisibles

6.2.1. Objetivo general

Desarrollar intervenciones orientadas al desarrollo de entornos cotidianos que favorezcan una vida saludable, reducción de factores de riesgo modificables relacionados con las Enfermedades No Transmisibles, así como la generación de condiciones que favorezcan la capacidad de gestión de los servicios, para mejorar la accesibilidad y la atención integral e integrada de la población Rrom.

6.2.2. Objetivos estratégicos

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

| Estrategias | Definición de la estrategia |
|---|---|
| Definición de alianzas transectoriales para la promoción de modos, condiciones y estilos de vida saludables en la población Rrom: Hace referencia a los procesos de articulación, gestión y abogacía con otros sectores para que la población gitana logre acceder a programas de recreación, cultura, actividad física y alimentación saludable, prevención del tabaquismo y consumo nocivo de alcohol desde una perspectiva propia e intercultural, con el fin de impactar en el cuidado en la persona, la familia y el colectivo para el buen vivir. | Las entidades territoriales gestionarán espacios de interlocución con actores de los sectores de educación, cultura, recreación y deporte para promover el acceso e implementación de programas de recreación, cultura y actividad física desde una perspectiva propia e intercultural para la población gitana, de acuerdo con los lineamientos establecidos por el nivel nacional |

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

| Estrategias | Definición de la estrategia |
|--|---|
| Educación y comunicación para la salud: De acuerdo con lo definido en la Resolución 3280 de 2018 la cual consiste en "la construcción de conocimiento y aprendizaje mediante el diálogo de saberes orientado al desarrollo y fortalecimiento del potencial y las capacidades | Las entidades territoriales donde habita la población Rrom, desarrollarán procesos de educación y comunicación para la salud de manera concertada con los representantes de Kumpñay, para el fomento de estilos de vida saludables y para la prevención y atención oportuna de las enfermedades crónicas no transmisibles desde un enfoque diferencial. |

de las personas, las familias, las comunidades, las organizaciones y redes para la promoción de la salud individual y colectiva, la gestión del riesgo y la transformación positiva de los diferentes entornos" y el documento de Directrices de Educación para la Salud en el Marco de las RIAS. Lo anterior implica el establecimiento de espacios para el diálogo de saberes con el fin de lograr la comprensión de los usos y costumbres de esta población y la concertación de acciones con los representantes de cada Kumpania, para el fomento del cuidado a la salud y de estilos de vida saludables en procura su bienestar y calidad de vida.

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

| Estrategias | Definición de la estrategia |
|--|---|
| Gestión del conocimiento sobre las enfermedades crónicas no transmisibles y alteraciones de la salud bucal, visual y auditiva en el pueblo Rrom: Consiste en la generación de información y conocimiento en relación con los hábitos, estilos de vida y las condiciones no transmisibles en el pueblo Rrom. Implica el reconocimiento de sus usos y costumbres para la identificación de necesidades de adaptación de programas que permitan mejorar las prácticas de autocuidado del pueblo gitano y su situación de salud con respecto a las condiciones no transmisibles. Implica además el fomento de la investigación y realización de estudios para identificar las estrategias de solución diferenciales que permitan dar respuesta a las problemáticas identificadas. | Este Ministerio documentará los hábitos, estilos de vida y las condiciones no transmisibles de la población Rrom, identificando necesidades de adecuación intercultural |
| Desarrollo de capacidades con enfoque diferencial: De acuerdo con lo definido en los procesos de gestión de salud pública de la Resolución 518 de 2015, hace referencia al desarrollo de capacidades para crear, construir y fortalecer capacidades, habilidades, actitudes, valores, aptitudes y conocimientos en el talento humano en salud que contribuyan a la gestión técnica, administrativa y financiera de las políticas en salud y protección social de forma sostenible, orientadas a mejorar la salud de los habitantes del país. Implica el desarrollo de capacidades en funcionarios territoriales para la promoción de estilos de vida saludable, a partir del reconocimiento de la cosmovisión, usos y costumbres de la población Rrom, reconociendo la importancia de la focalización de acciones en cada Kumpania | Las entidades territoriales recibirán asistencia técnica para la promoción de estilos de vida saludables y prevención de las enfermedades no transmisibles incluidas las alteraciones de la salud bucal, visual y auditiva, con enfoque diferencial para el pueblo Rrom |

6.2.2.4. Incidir en el mejoramiento de la capacidad de respuesta del Sistema, que fortalezca la prestación y gestión de servicios de salud individual y colectiva de la población Rrom, para la prevención y control de las enfermedades no transmisibles, incluidas la salud bucal, visual y auditiva.

| Estrategias | Definición de la estrategia |
|--|---|
| Implementación, evaluación y monitoreo de planes, programas, estrategias, guías y demás instrumentos técnicos, para la detección temprana, protección específica, diagnóstico y tratamiento de las | El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los lineamientos para la implementación de acciones de promoción y prevención con enfoque diferencial para la población Rrom para el control de las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo. |

enfermedades no transmisibles incluidas la salud bucal, visual y auditiva en el pueblo Rrom: Hace referencia a la implementación de procedimientos técnicos de intervención en salud, para la detección temprana, protección específica, diagnóstico y tratamiento de condiciones crónicas No transmisibles y las alteraciones de la salud bucal, visual y auditiva, teniendo en cuenta las concepciones, actitudes y prácticas del pueblo Rrom, de modo que las atenciones brindadas sean más cercanas a sus costumbres y tradiciones propias. Implica el reconocimiento de la cosmovisión, sus usos y costumbres y la concertación y focalización de acciones a desplegar en el territorio, con los representantes de Kumpany.

En las entidades territoriales donde habita la población Rrom, se implementarán planes, programas, estrategias, guías y demás instrumentos técnicos, para la detección temprana, protección específica, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades no transmisibles incluidas la salud bucal, visual y auditiva, con enfoque diferencial.

6.3. Dimensión convivencia social y salud mental

6.3.1. Objetivo general

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

6.3.2. Objetivos estratégicos

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

| Estrategias | Definición de la estrategia |
|--|---|
| Fortalecimiento de redes de apoyo social, familiar y comunitario: La estrategia hace referencia al establecimiento o fortalecimiento de los vínculos o interacciones entre diferentes actores en la entidad territorial donde se ubican las Kumpany (públicos y privados), organizaciones y grupos de diferentes tipos, para coordinar acciones, compartir o intercambiar conocimientos, experiencias y recursos para generar alternativas que disminuyan la discriminación hacia el pueblo Rrom, lo cual deberá verse reflejado en la política departamental de salud mental. | Las entidades territoriales donde habita la población Rrom, incluirán acciones concertadas en la política departamental de salud mental y de prevención y atención al consumo de sustancias psicoactivas, que permitan el fortalecimiento de redes para apoyo social, familiar y comunitario que disminuyan la discriminación hacia esa población |
| Fortalecimiento de las prácticas culturales como factor protector de la salud mental: Se entiende como aquellas actividades que favorecen, de manera articulada e intersectorial, los procesos propios culturales de transmisión de saberes intergeneracional, rituales o celebraciones de protección, fortalecimiento del vínculo y participación de los padres en la vida de los hijos, construcción de proyectos de vida acorde con la cultura y mecanismos propios de resolución de conflictos. | Las entidades territoriales donde habita la población Rrom, contarán con un plan de acción encaminado a la implementación de acciones concertadas en el marco de la política departamental de salud mental y de prevención y atención al consumo de sustancias psicoactivas, que permitan el fortalecimiento de redes para apoyo social, familiar y comunitario que disminuyan la discriminación hacia esa población |
| Fortalecimiento de las prácticas culturales como factor protector de la salud mental: Se entiende como aquellas actividades que favorecen, de manera articulada e intersectorial, los procesos propios culturales de transmisión de saberes intergeneracional, rituales o celebraciones de protección, fortalecimiento del vínculo y participación de los padres en la vida de los hijos, construcción de proyectos de vida acorde con la cultura y mecanismos propios de resolución de conflictos. | Las entidades territoriales donde habita la población Rrom, implementarán actividades concertadas, que favorezcan los procesos propios culturales de transmisión de saberes intergeneracional, rituales o saberes intergeneracional, rituales o celebraciones de protección, fortalecimiento del vínculo y participación de los padres en la vida de los hijos, construcción de proyectos de vida acorde con la cultura y mecanismos propios de resolución de conflictos, en el marco de la política departamental de salud mental y de prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas. |

6.3.2.2. Fortalecer la integralidad de las atenciones en salud adaptadas interculturalmente, para los problemas y trastornos mentales, conducta suicida y las violencias interpersonales que se presenten en el pueblo Rrom.

6.4.2. Objetivo estratégico

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

| Estrategias | Definición de la estrategia |
|--|---|
| Promoción de prácticas alimenticias saludables: Hace referencia a la implementación de acciones que promuevan una alimentación saludable y armónica con las prácticas ancestrales del pueblo Rrom. Implica la promoción de prácticas saludables que, aunque no sean parte de su tradición, contribuyan con el mejoramiento de su situación alimentaria. | Las entidades territoriales donde habita la población Rrom, desarrollarán actividades de promoción de prácticas alimentarias saludables en armonía con las prácticas ancestrales del pueblo Rrom. |
| Atención con enfoque diferencial a la población Rrom de acuerdo con su estado nutricional: La estrategia hace referencia a la atención en salud de la población Rrom en el marco de lo establecido en las Rutas Integrales de Atención en Salud –RIAS-, a través de la adaptación de las intervenciones según lo establecido en el capítulo de adaptabilidad de la resolución 3280 del 2018 y a través de procesos de información y de educación y comunicación llevados a cabo con la población gitana. Lo anterior implica, el desarrollo de procesos de socialización y concertación con las comunidades gitanas y con sus autoridades tradicionales. | Las entidades territoriales en concertación con las autoridades tradicionales del pueblo Rrom, socializarán las Rutas Integrales de Atención en Salud e identificarán las necesidades de adaptación según usos y costumbres |
| Asistencia técnica para la promoción de la salud nutricional: La estrategia se refiere al desarrollo de acciones que permitan asistir técnicamente a las entidades territoriales para la promoción de prácticas alimentarias saludables y para la promoción de la atención con enfoque diferencial para el pueblo Rrom. Implica el reconocimiento de la cosmovisión, usos y costumbres de la población Rrom, reconociendo la importancia de la focalización de acciones en cada Kumpania. | Las entidades territoriales donde habita la población Rrom, recibirán asistencia técnica para la promoción de la salud nutricional |
| Articulación intersectorial y comunitaria para fortalecer la seguridad alimentaria nutricional del pueblo Rrom: La estrategia hace referencia a las acciones que permitan incidir en los espacios territoriales de articulación intersectorial y comunitaria con el fin de visibilizar la situación de seguridad alimentaria nutricional de la población Rrom y gestionar las acciones en pro de su resolución. Implica el reconocimiento de la cosmovisión, los usos y costumbres del pueblo Rrom y la concertación y focalización de acciones a desplegar en el territorio, con los representantes de las Kumpany. | Las entidades territoriales donde habita la población Rrom, desarrollarán acciones de articulación intersectorial y comunitaria para incidir en la seguridad alimentaria nutricional de la población Rrom. |

6.5. Dimensión sexualidad y derechos sexuales y reproductivos

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

6.5.2. Objetivos estratégicos

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

6.4. Dimensión seguridad alimentaria y nutricional

6.4.1. Objetivo general

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

| Estrategias | Definición de la estrategia |
|--|---|
| Reconocimiento y protección de prácticas propias para la protección y el cuidado de individual, familiar y colectivo: Consiste en la promoción y desarrollo de espacios de intercambio de saberes entre la población gitana y los equipos de salud que intervienen en la atención en servicios para la garantía de los derechos sexuales y derechos reproductivos, con el fin de identificar las prácticas propias, de protección y de cuidado individual, familiar y colectivo, así como prácticas interculturales que incidan en el bienestar en temas de sexualidad para el pueblo Rrom. Implica el desarrollo de estrategias de reconocimiento y transformación concertada de prácticas propias que afectan la salud sexual y reproductiva de hombres y mujeres, por curso de vida, producto de los espacios de intercambio de saberes entre la población gitana y los equipos territoriales de salud. | Las entidades territoriales donde habita la población Rrom, gestionarán espacios de intercambio de saberes sobre la cultura, costumbres, pautas de crianza y cuidado de los niños y jóvenes Rrom, entre equipos de salud y Kumpany, para el fomento de recursos protectores relacionados con el cuidado de la salud sexual y reproductiva. |
| Implementación de estrategias diferenciales para el abordaje integral de la salud sexual y reproductiva: Hace referencia al desarrollo e implementación de estrategias en salud sexual y reproductiva dirigidas a la población gitana teniendo en cuenta su cosmovisión, sus modos y costumbres, concertadas en los espacios de intercambio. Incluye la prestación de servicios (se hace ante los eventos priorizados: salud materna, violencias de género, salud sexual en la adolescencia, VIH e ITS) con enfoque diferencial lo que implica el establecimiento de acuerdos con los representantes de cada Kumpany, para la implementación de las acciones con las comunidades. | Las entidades territoriales donde habita la población Rrom, implementarán estrategias que surjan del reconocimiento y transformación concertada en los espacios de intercambio de saberes entre la población gitana y los equipos territoriales de salud sobre prácticas propias que afectan la salud sexual y reproductiva de hombres y mujeres, por curso de vida. |
| Educación y comunicación para la salud: De acuerdo con el documento de Directrices de Educación para la Salud en el Marco de las RIAS y lo definido en la Resolución 518 de 2015 consiste en "la construcción de conocimiento y aprendizaje mediante el dialogo de saberes orientado al desarrollo y fortalecimiento del potencial y las capacidades de las personas, las familias, las comunidades, las organizaciones y redes para la promoción de la salud individual y colectiva, la gestión del riesgo y la transformación positiva de los diferentes entornos". Implica el establecimiento de espacios para el diálogo de saberes con el fin de lograr la comprensión de los usos y costumbres de esta población y la concertación de acciones con los representantes de cada Kumpany, para el fomento del cuidado a la salud. | Las entidades territoriales donde habita la población Rrom, desarrollarán acciones de difusión de los derechos sexuales y derechos reproductivos, así como de los mecanismos para su exigibilidad, en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas - PIC- y según los lineamientos de política en salud con enfoque diferencial |
| Desarrollo de capacidades: Consiste en el desarrollo de capacidades en el talento humano para promover la implementación de servicios de salud sexual y reproductiva con enfoque de derechos, género y diferencial, reconociendo los usos y costumbres propias del pueblo gitano | Las entidades territoriales donde habita la población Rrom, desarrollarán acciones de detección y atención de factores de riesgo relacionados con los eventos priorizados para salud sexual y reproductiva en las Kumpany, dirigidas al desarrollo de una sexualidad sin ninguna discriminación y libre de violencia, de manera concertada con los representantes de las Kumpany. |
| | Las entidades territoriales desarrollarán procesos de educación y comunicación para la salud de manera concertada con los representantes de Kumpany, para el abordaje de los derechos sexuales y reproductivos en el pueblo Rrom desde un enfoque diferencial |
| | El Ministerio de Salud y Protección Social, desarrollará capacidades en el talento humano de los departamentos y distritos donde reside la población gitana para la implementación de los servicios de salud sexual y reproductiva teniendo en cuenta los usos y costumbres del pueblo Rrom |

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

| Estrategias | Definición de la estrategia |
|--|---|
| Gestión del conocimiento sobre la situación de salud sexual y reproductiva del pueblo Rrom: Consiste en la generación de información y conocimiento en relación con los hábitos, estilos de vida y la situación de salud sexual y reproductiva de la población gitana. Implica el reconocimiento de sus usos y costumbres para la identificación de necesidades de adaptación de programas que permitan mejorar las prácticas de autocuidado del pueblo gitano y su situación de salud con respecto a la salud sexual y reproductiva. La estrategia implica además el fomento de investigación y realización de estudios para identificar las estrategias de solución diferenciales que permitan dar respuesta a las problemáticas identificadas. | El Ministerio de Salud y Protección Social, realizará análisis de información mediante los registros administrativos en salud que cuentan con la variable de Grupo étnico Rrom, para establecer la caracterización de la situación de salud sexual y reproductiva de la población Rrom. |
| Fortalecer la vigilancia y respuesta sectorial e intersectorial frente a los eventos en salud sexual y reproductiva y el goce efectivo de derechos: En el caso de la salud materna y neonatal, esta estrategia implica la incorporación de acciones diferenciales en los esquemas de vigilancia de la morbilidad y mortalidad materna, a través del trabajo interinstitucional e intersectorial para reconocer las situaciones que influyen de manera significativa en la salud de las mujeres gestantes y de los neonatos del pueblo Rrom. En consecuencia, la estrategia plantea la importancia de adaptar los esquemas de vigilancia y respuesta para identificar y relacionar las vulnerabilidades presentes en el pueblo Rrom con las afectaciones a la salud de las gestantes y sus hijos, procurando que los modelos y protocolos de vigilancia de la morbilidad y mortalidad materna y neonatal fortalezcan la captura de información desagregada para esta población, de tal forma que se puedan analizar y atender de manera oportuna y efectiva las situaciones que aumentan el riesgo de padecer situaciones adversas. Implica promover la implementación de estrategias intersectoriales de denuncia de casos de violencias de género, particularmente violencias sexuales y su remisión al sector salud. | Las entidades territoriales, promoverán la participación de delegados/as de las Kumpany en el mecanismo intersectorial para el abordaje integral de las violencias de género a nivel departamental y municipal. |

6.6. Vida saludable y enfermedades transmisibles

6.6.1. Objetivo general

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

6.6.2. Objetivo estratégico

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

| Estrategias | Definición de la estrategia |
|--|--|
| Vacunación con enfoque diferencial para el pueblo Rrom: Consiste en el fortalecimiento de la táctica de vacunación por concentración establecida como jornada nacional de vacunación, la cual se desarrolla en 4 oportunidades al año y busca aumentar el acceso de la población al Programa Ampliado de Inmunizaciones. Para lo anterior se requiere articulación entre las Secretarías de Salud Departamentales y municipales y las Kumpany establecidas en el territorio, con el fin de definir las acciones a desarrollar conjuntamente, entre otras, el establecimiento del estado vacunal y la elaboración y concertación de cronogramas, para lograr aumentar las oportunidades de acceso al esquema nacional de vacunación. Lo anterior permitirá también identificar el estado vacunal de la población Rrom al interior de cada una de las Kumpany para establecer una línea de base y a partir de esta realizar seguimiento al comportamiento de las coberturas de los indicadores trazadores del programa en la población Rrom. | Las EPS y los departamentos y distritos aumentarán mínimo al 95% la cobertura en los indicadores trazadores del programa pentavalente 3 en población menor de un año y triple viral en población de 1 año |
| Caracterización social y ambiental en los diferentes entornos en donde hace presencia el pueblo Rrom: Se refiere a la identificación de la situación de salud del pueblo Rrom con respecto a las enfermedades transmisibles, como insumo para la identificación de necesidades y la focalización de respuestas diferenciales requeridas para este pueblo. En concordancia con lo definido en la Resolución 3280 de 2018, la caracterización social y ambiental implica "la recolección, procesamiento, análisis y difusión de la información social y ambiental propia de cada entorno y de las personas, familias y comunidades que lo habitan". La estrategia implica la caracterización del pueblo Rrom previa concertación con sus autoridades tradicionales. A través de la caracterización, se pretende identificar las situaciones de riesgo y las prácticas de cuidado con respecto a las enfermedades transmisibles con el fin de focalizar respuestas efectivas y diferenciales para esta población. | El Ministerio de Salud y Protección Social, incluirá en los lineamientos para la caracterización social y ambiental, las variables para la identificación de las situaciones de riesgo y las prácticas de cuidado con respecto a las enfermedades transmisibles presentes en la población gitana |
| Desarrollo de capacidades con enfoque diferencial: De acuerdo con lo definido en los procesos de gestión de salud pública de la Resolución 518 de 2015, hace referencia al desarrollo de capacidades para crear, construir y fortalecer capacidades, habilidades, actitudes, valores, aptitudes y conocimientos en el talento humano en salud que contribuyan a la gestión técnica, administrativa y financiera de las políticas en salud y protección social de forma sostenible, orientadas a mejorar la salud de los habitantes del país. Implica el desarrollo de capacidades en funcionarios territoriales para la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades transmisibles, reconociendo la cosmovisión, usos y costumbres de la población Rrom, y la importancia de la focalización de acciones en cada Kumpany. | Las entidades territoriales donde habita la población Rrom contarán con la caracterización social y ambiental de dicha población con desagregación de variables relacionadas con las enfermedades transmisibles. |
| Educación y comunicación para la promoción de una vida saludable libre de enfermedades transmisibles: Hace referencia | Los departamentos y distritos donde habita la población Rrom recibirán asistencia técnica para la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades transmisibles, con enfoque diferencial para el pueblo Rrom |
| | Las entidades territoriales donde habita la población Rrom, desarrollará procesos de educación y comunicación para la |

| | |
|---|--|
| a la concertación con los líderes de las Kumpany para desarrollar procesos de educación y comunicación sobre el cuidado a la salud dentro de cada Kumpany. Implica la focalización de estrategias de educación y comunicación para salud en los entornos donde se concentra la población gitana, de tal forma que a nivel individual, familiar y comunitario se logren adoptar las prácticas y medidas que permiten prevenir al máximo la aparición de enfermedades transmisibles y acudir a diagnósticos y tratamiento oportunos en caso de que se presenten. Esta estrategia debe responder a lo definido en el capítulo de implementación de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud para la población materno perinatal, prevista en la Resolución 3280 de 2018 en cuanto a las intervenciones de información en salud, educación, comunicación para la salud. | salud en relación con las enfermedades transmisibles con enfoque diferencial para la población Rrom. |
| Fortalecer la vigilancia epidemiológica para el pueblo Rrom: Esta estrategia implica la incorporación de acciones diferenciales para reconocer las situaciones que influyen de manera significativa en la salud del pueblo Rrom. La estrategia plantea la importancia de identificar las vulnerabilidades presentes en el pueblo Rrom, procurando el fortalecimiento de la captura de información desagregada para esta población, de tal forma que se puedan analizar y atender de manera oportuna y efectiva las situaciones que aumentan el riesgo de padecer situaciones adversas. La estrategia implica el desarrollo de capacidades en los actores comunitarios del pueblo Rrom para la detección y reporte de las enfermedades transmisibles en las Kumpany. | Las entidades territoriales donde habita la población Rrom, desarrollarán capacidades en los actores comunitarios del pueblo Rrom para la detección y reporte de las enfermedades transmisibles en las Kumpany |

6.7. Salud pública en emergencias y desastres

6.7.1. Objetivo general

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

6.7.2. Objetivo estratégico

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

| Estrategias | Definición de la estrategia |
|---|--|
| Identificación de vulnerabilidades y escenarios de riesgo ante emergencias y desastres: Hace referencia a la identificación de vulnerabilidades y los riesgos a los que está expuesto el pueblo Rrom con el fin de definir las medidas de mitigación y prevención que sean necesarias para protección de esta población. Esto implica el establecimiento de espacios para el diálogo de saberes con el fin de lograr la comprensión de los usos y costumbres de esta población y la concertación de acciones con los representantes de cada Kumpany, para el fomento del cuidado a la salud individual y colectiva. | Las entidades territoriales con población Rrom, desarrollarán estrategias de información, educación y comunicación con enfoque diferencial para el pueblo Rrom, en relación con la gestión de las situaciones de emergencias y desastres |

6.8. Dimensión transversal para el fortalecimiento de la autoridad sanitaria

6.8.1. Objetivo general

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

6.8.2. Objetivos estratégicos

6.8.2.1. Garantizar el aseguramiento en salud para el pueblo Rrom.

| Estrategias | Definición de la estrategia |
|--|--|
| Gestión del aseguramiento de la población Rrom: La estrategia se refiere a las acciones dirigidas para lograr la cobertura universal de la población Rrom de acuerdo con lo definido en la Ley 1438 de 2011 y el Decreto 780 de 2016. Implica el reporte de los listados censales por cada uno de los representantes de Kumpaño a las entidades territoriales, con el fin de que en el marco de sus competencias gestionen la afiliación al SGSSS de esta población, teniendo en cuenta el citado Decreto. Así mismo, la estrategia implica el desarrollo de procesos de acompañamiento y asistencia técnica por parte del Ministerio de Salud y Protección Social a todos los actores del Sistema involucrados en la operación del aseguramiento, con el fin de lograr la cobertura de esta población. La asistencia técnica incluye temas relacionados con la afiliación, traslados, portabilidad, movilidad y la obligatoriedad del reporte de listados censales, así como la promoción de la calidad de la información por parte de las autoridades tradicionales del pueblo Rrom. | Las entidades territoriales gestionarán el proceso de afiliación de la población Rrom no asegurada en coordinación con los representantes de cada Kumpaño. |

6.8.2.2. Mejorar el acceso y provisión de servicios de salud a la población Rrom con enfoque diferencial

| Estrategias | Definición de la estrategia |
|--|---|
| Fortalecimiento de capacidades institucionales para la implementación del enfoque diferencial para el pueblo Rrom: La estrategia hace referencia a las acciones que contribuyan a mejorar la prestación de servicios de salud, según las condiciones y necesidades en salud de la población Rrom, de tal forma que se avance hacia la implementación del enfoque diferencial para este pueblo en los procesos de atención en salud. La estrategia implica la coordinación de las diferentes áreas del Ministerio para emitir los lineamientos que orienten la implementación del enfoque diferencial para el pueblo Rrom a nivel territorial. En relación con la prestación de servicios de salud, la estrategia implica la definición | El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los lineamientos para la implementación del enfoque diferencial para el pueblo Rrom en relación con la prestación de servicios de salud para la población Rrom. El Ministerio de Salud y Protección Social brindará asistencia técnica a los departamentos y distritos donde habita la población Rrom sobre los lineamientos para la implementación del enfoque diferencial para el pueblo Rrom en relación con la prestación de servicios de salud. |

| | |
|--|--|
| de orientaciones para fortalecer la modalidad extramural en la atención a la población Rrom, para implementar la estrategia de atención primaria en salud con enfoque diferencial y para garantizar la prestación de servicios de salud en armonía con los usos y costumbres de esta población. Implica además el fortalecimiento de capacidades en actores del Sistema para la incorporación del enfoque diferencial para el pueblo Rrom. | |
|--|--|

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

| Estrategias | Definición de la estrategia |
|--|--|
| Planeación integral en salud con enfoque diferencial: Según lo definido en la Resolución 518 de 2015, la planeación integral en salud implica las acciones para formular, implementar, desarrollar, monitorear y evaluar el plan territorial de Salud, como instrumento estratégico de la política en salud territorial (Página 6). Implica la implementación de la metodología Pase a la Equidad en Salud, para identificar, comprender y responder las necesidades de la población Rrom de tal forma que los PTS incorporen respuestas diferenciales y efectivas para el pueblo Rrom. | El Ministerio de Salud y Protección Social, brindará asistencia técnica a los distritos y departamentos para la incorporación del enfoque diferencial étnico en los procesos de planeación territorial. Las entidades territoriales donde reside la población Rrom, incorporan las acciones diferenciales en salud para esta población en los planes territoriales de salud, de acuerdo con los procesos establecidos en la metodología PASE a la Equidad en Salud. |
| Participación Social: De acuerdo con lo establecido en la Resolución 518 de 2015, la estrategia tiene como propósito lograr que las comunidades incidan en las decisiones públicas que afectan su salud. Implica el desarrollo de las actividades propias del proceso de convocatoria y participación de los representantes del pueblo Rrom en los procesos de planeación integral en salud. En los casos que se requiera, implica la realización de diálogo de saberes basados en la mutua comprensión y respeto y en la igual dignidad de las culturas, con el fin de desalentar manifestaciones de discriminación y fortalecer el reconocimiento por parte de los actores institucionales de sus usos y costumbres. | Las entidades territoriales convocarán y garantizarán la participación de miembros de las Kumpaño en los procesos de planeación integral en salud. |

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

| Estrategias | Definición de la estrategia |
|---|---|
| Caracterización sociocultural y epidemiológica: Hace referencia a la realización del análisis de situación de salud y la caracterización del pueblo Rrom, a partir de una caracterización sociocultural en correspondencia con un enfoque intercultural que permita ampliar el modelo multicausal de la enfermedad, incorporando conceptos de salud propios del grupo étnico, los cuales guardan relación con el equilibrio entre dimensiones éticas, espirituales, sociales y ambientales. | Las Kumpaños contarán con el diagnóstico del estado de salud del pueblo Rrom. |

6.8.2.5. Fortalecer los procesos de vigilancia en salud pública para el pueblo Rrom

| Estrategias | Definición de la estrategia |
|--|--|
| Fortalecer la visibilización estadística de la población Rrom en los sistemas de información | El Ministerio de Salud y Protección Social identificará las necesidades de información en salud del pueblo Rrom. |

| | |
|--|--|
| en salud: Hace referencia al fortalecimiento de capacidades para mejorar la disponibilidad de información en salud del pueblo Rrom como insumo para la toma de decisiones. Implica la gestión para que los actores del sistema mejoren el reporte de la variable étnica en los sistemas de información de salud, como acción afirmativa para visibilizar las brechas existentes y establecer las acciones requeridas para disminuirlas. Incluye el establecimiento de acciones para promover el registro y la calidad de los reportes con variable étnica. | El Ministerio de Salud y Protección Social desarrollará capacidades en los actores del Sistema para promover el registro de la variable étnica en los sistemas de información y para mejorar la calidad del reporte. |
| Fortalecer la identificación y análisis de información de las condiciones de salud del pueblo Rrom: Consiste en identificar y hacer seguimiento a los indicadores de salud de la población gitana reportados en las fuentes de información oficiales. Implica el fortalecimiento del modelo de vigilancia en salud pública de la población colombiana para identificar, con desagregación diferencial, la situación de las personas del pueblo Rrom. A su vez incorpora acciones de análisis y socialización de resultados respecto de la situación de salud de esta población, con el propósito de fortalecer las políticas públicas y la toma de decisiones informada. | El Ministerio de Salud y Protección Social capacitará a las entidades territoriales y demás actores del SIVIGILA sobre las necesidades de información en salud del pueblo Rrom. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá los procesos de análisis de la información en salud con desagregación diferencial étnica como insumo para la toma de decisiones y respuesta diferencial a la población Rrom. |

6.9. Dimensión gestión diferencial de poblaciones vulnerables

6.9.1. Objetivo general. Promover la atención de los determinantes particulares de las situaciones de vida y salud del pueblo Rrom que conllevan a inequidades sociales y sanitarias.

6.9.2. Objetivos estratégicos

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

| Estrategia | Definición de la estrategia |
|--|--|
| Gestión del conocimiento sobre la situación de salud de los niños, niñas y adolescentes del pueblo Rrom: Consiste en la generación de información y conocimiento en relación con la situación de salud de los niños, niñas y adolescentes del pueblo Rrom. Implica el reconocimiento de sus usos y costumbres para la identificación de necesidades de adaptación de programas que permitan mejorar las prácticas de autocuidado de esta población y su situación de salud. La estrategia implica además el fomento de estudios para identificar las estrategias de solución diferenciales que permitan dar respuesta a las problemáticas identificadas. | El Ministerio de Salud y Protección Social identificará la situación de salud de los niños, niñas y adolescentes del pueblo Rrom. |
| Gerencia de políticas públicas de salud para los niños, niñas y adolescentes del pueblo Rrom: esta estrategia hace referencia al fortalecimiento de las capacidades institucionales para responder a las particularidades poblacionales y territoriales. Implica el desarrollo de capacidades para la incorporación del enfoque diferencial en las políticas, planes y programas de la población infantil y adolescente en el país para facilitar el acceso de los niños, niñas y adolescentes del pueblo Rrom. | Este Ministerio definirá los lineamientos para la promoción del sano desarrollo, crecimiento y atención en salud de niñas y niños Rrom con enfoque diferencial. Las entidades territoriales implementará planes, programas y políticas dirigidos a los niños, niñas y adolescentes con enfoque diferencial para el pueblo Rrom. |

| | |
|--|---|
| contribuyendo con su desarrollo integral y el mejoramiento de su situación de salud. La estrategia implica, además, el reconocimiento de los usos y costumbres del pueblo Rrom y la concertación con las autoridades tradicionales de este pueblo. | |
| Coordinación intersectorial: Hace referencia a las actividades de coordinación, articulación y gestión con los otros sectores de la administración pública para promover el acceso de niños, niñas y adolescentes del pueblo Rrom a los planes, programas y proyectos con enfoque diferencial para mejorar sus condiciones de vida y superar las desigualdades en salud. | El Ministerio establecerá espacios de articulación intersectorial para promover el acceso de niños, niñas y adolescentes del pueblo Rrom a planes, programas y políticas con enfoque diferencial. |

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

| Estrategia |
|---|
| Gestión del conocimiento sobre la situación de salud de la población adulta mayor del pueblo Rrom: Consiste en la generación de información y conocimiento en relación con la situación de salud de la población adulta mayor del pueblo Rrom. Implica el reconocimiento de sus usos y costumbres para la identificación de necesidades de adaptación de programas que permitan mejorar las condiciones de vida y la situación de salud de esta población. La estrategia implica además el fomento de estudios para identificar las estrategias de solución diferenciales que permitan dar respuesta a las problemáticas identificadas. |
| Gerencia de políticas públicas de salud, vejez y envejecimiento con enfoque diferencial: De acuerdo con lo establecido en el PDSP, esta estrategia hace referencia al fortalecimiento de las capacidades institucionales para responder a las particularidades poblacionales y territoriales. Implica el desarrollo de capacidades para la incorporación del enfoque diferencial en las políticas, planes y programas de envejecimiento y vejez, para facilitar el acceso de la población adulta mayor del pueblo Rrom a programas de asistencia y apoyo social, contribuyendo con el mejoramiento de sus condiciones de vida y de su situación de salud. La estrategia implica, además, el reconocimiento de los usos y costumbres del pueblo Rrom y la concertación con las autoridades tradicionales de este pueblo para la implementación de los programas. |

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

| Estrategia |
|---|
| Desarrollo de capacidades con enfoque diferencial: En concordancia con lo definido en los procesos de gestión de salud pública de la Resolución 518 de 2015, hace referencia al desarrollo de capacidades para crear, construir y fortalecer capacidades, habilidades, actitudes, valores, aptitudes y conocimientos en el talento humano en salud que contribuyan a la gestión técnica, administrativa y financiera de las políticas en salud y protección social de forma sostenible, orientadas a mejorar la salud de los habitantes del país. La estrategia implica el desarrollo de capacidades en funcionarios territoriales para la promoción de acciones en salud con enfoque diferencial para el pueblo Rrom, para la implementación de acciones afirmativas que incluyen la divulgación de derechos colectivos, la recuperación de saberes ancestrales y la protección del patrimonio material e inmaterial del pueblo gitano, así como para la coordinación intersectorial que permita incidir en el mejoramiento de las condiciones de vida y salud del pueblo Rrom. Lo anterior implica además la concertación con los representantes de Kumpaño para la convocatoria y concreción de espacios para el diálogo de saberes que permitan ampliar el conocimiento de su cosmovisión, usos y costumbres. |
| Implementación de acciones afirmativas para el pueblo Rrom: La estrategia hace referencia a la implementación de medidas o acciones dirigidas a la población Rrom, que contribuyan con la reducción de las desigualdades sociales que los afectan. Implica la concertación e implementación de acciones, que promuevan el mejoramiento en el acceso a bienes y servicios en salud y que contribuyan con la superación de inequidades de este sector poblacional. |

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

| Estrategia |
|---|
| Gerencia de políticas públicas de salud para la población Rrom con discapacidad: esta estrategia hace referencia al fortalecimiento de las capacidades institucionales para responder a las particularidades poblacionales y territoriales. Implica el desarrollo de capacidades para la incorporación del enfoque diferencial en las políticas, planes y programas dirigidas a la población Rrom con discapacidad, contribuyendo al mejoramiento de su |

situación de salud. La estrategia implica, además, el reconocimiento de los usos y costumbres del pueblo Rrom y la concertación con las autoridades tradicionales de este pueblo. Desde el sector salud, la estrategia propende por el establecimiento de acuerdos sectoriales e intersectoriales concertados con el pueblo Rrom en el marco de las competencias institucionales, para promover los procesos de atención integral en salud e inclusión social de las personas Rrom con discapacidad. La estrategia implica el desarrollo de capacidades en el pueblo Rrom, sus familias y comunidades, que facilite el conocimiento de la oferta institucional sectorial e intersectorial para que las personas con discapacidad accedan a programas sociales que promuevan su inclusión social.

7. INCORPORACIÓN DEL CAPÍTULO PARA EL PUEBLO RROM EN LA PLANEACIÓN TERRITORIAL EN SALUD

La operativización de este componente requiere que, a partir de la evaluación de los actuales planes territoriales de salud de los departamentos, distritos y municipios en los que hay presencia de ese pueblo, en cumplimiento de sus competencias, incorporen en estos el enfoque diferencial y en consecuencia implementen su ejecución con la participación de los actores responsables del bienestar de estas poblaciones.

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

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

La ruta operativa para la incorporación de acciones diferenciales para el pueblo Rrom en los planes territoriales de salud se enmarca en el proceso de planeación integral en salud, para lo cual se requiere de la adecuación técnica y socio cultural del proceso de identificación y comprensión desde el contexto situacional y sociocultural específico del pueblo Rrom (¿qué pasa?), las causas o determinantes de estas (¿por qué pasa?), al igual que la metodología participativa que permita identificar de manera conjunta las alternativas para el mejoramiento de condiciones y la identificación de los actores concernidos (¿qué hacer y con quién?).

Seguendo el orden de los procesos para la planeación integral en salud, se hacen recomendaciones, así:

Proceso 1. Alistamiento institucional: Se deben identificar las autoridades legítimas del pueblo Rrom para fomentar las condiciones para la incorporación de insumos de planeación y metodológicos específicos para este grupo poblacional y su participación en el proceso de planeación integral en salud.

Como parte del proceso de alistamiento institucional y sin perjuicio de los lineamientos y metodologías dispuestas por este Ministerio para la elaboración del análisis de situación de salud, las entidades territoriales incorporarán información socio cultural de la población Rrom que les permita ampliar el conocimiento de la situación de salud de este pueblo, a partir de fuentes oficiales de información y de procesos participativos locales para complementar aspectos socio culturales propios de cada Kumpanya en el ámbito local.

La incorporación de la información y comprensión de las condiciones socio culturales de este pueblo se plantea como parte del análisis de situación de salud que adelantan las entidades territoriales de manera conjunta con la población Rrom, se realizará de acuerdo con las orientaciones que este Ministerio establezca.

El abordaje de los efectos en salud se realizará con los indicadores de salud disponibles en SISPRO para la población Rrom, teniendo en cuenta los métodos de búsqueda y de análisis planteados en la guía metodológica para la construcción del Análisis de la Situación en Salud - ASIS y la incorporación de la variable étnica del pueblo Rrom.

Una vez obtenida la información del contexto de situación de salud de la población Rrom y en el marco del proceso de planeación integral en salud entre las entidades y la comunidad, se procederá a la implementación de estrategias participativas encaminadas a la identificación conjunta de los principales

efectos en salud o problemáticas que aquejan a esta población para la posterior priorización de manera conjunta con las instancias de representación de estos grupos.

Proceso 2. Ruta lógica para la formulación de planes territoriales de salud: Se deben surtir los momentos que permiten identificar, comprender y responder con enfoque diferencial a las situaciones de las comunidades gitanas existentes en el territorio, contando con la participación de los representantes de este pueblo.

En el marco del proceso de planeación integral para la salud, las entidades territoriales elaborarán la priorización en salud pública utilizando la metodología definida para la formulación de planes territoriales de salud incorporando el enfoque diferencial para el pueblo Rrom, lo cual implica:

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

Así mismo, en el marco del proceso de planeación integral en salud, las entidades territoriales elaborarán el componente estratégico y de inversión plurianual del plan territorial de salud utilizando la metodología definida para la formulación de planes territoriales en salud incorporando el enfoque diferencial. La incorporación del enfoque diferencial en este componente incluye la definición de respuestas concertadas con las autoridades del pueblo Rrom, en términos de objetivos y metas sanitarias asociadas a los programas y subprogramas previstos que permitan avanzar en la materialización de los derechos de esta población.

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

Proceso 3. Gestión operativa: Está integrado por dos pasos: 1) Elaboración del Componente Operativo Anual de Inversiones en Salud (COAI) y 2) Elaboración del Plan de Acción en Salud (PAS), en los cuales se deben garantizar la programación en cada anualidad de los recursos de la vigencia y de las actividades a ejecutar en correspondencia con el componente estratégico, para el logro de los resultados y productos definidos para la población Rrom.

A partir de la definición de los planes anuales de salud en el marco de los planes territoriales de salud que se formulan cada cuatro años, este Ministerio dispone de la plataforma de seguimiento, monitoreo y evaluación para los planes operativos anuales y para el Plan Territorial de Salud del Plan Decenal de Salud Pública mediante el cual se dará la implementación de las líneas estratégicas que hacen parte integral del presente capítulo en los territorios donde habita la población Rrom. Así, los indicadores de seguimiento se refieren a los que acompañan los planes territoriales de salud que incorporan e implementan acciones diferenciales dirigidas a la población Rrom de manera concertada con sus autoridades. El seguimiento y evaluación a las estrategias corresponden al nivel nacional donde los insumos de los indicadores son reportados a través de las fuentes de información y de los registros administrativos integrados al Sistema de Información de Protección – SISPRO.

Responsabilidades de las instituciones prestadoras de servicios de salud

- Garantizar la atención integral en salud adecuada al contexto socio cultural de las personas pertenecientes al Pueblo Rrom en el marco del cumplimiento de sus funciones y de la normatividad vigente.
- Implementar los protocolos y orientaciones otorgadas desde el Ministerio de Salud y Protección Social para identificar y gestionar el riesgo y la atención en salud de la población Rrom, adecuando socio culturalmente los mismos.

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

- Contribuir con el seguimiento a las acciones en salud que serán implementadas en las Kumpany.

9. BIBLIOGRAFÍA

- López, L., Cataño, N., López, H., & Velásquez, V. (2011). Diversidad cultural de sanadores tradicionales afrocolombianos: preservación y conciliación de saberes. *Aquichan*, 287-304.
- Alcaldía Mayor de Bogotá. (2011). *Grupos Étnicos en Bogotá - Gitanos Rom*. Bogotá.
- Alderete, E. (2004). *Salud y Pueblos Indígenas*. Quito: Ediciones Abya - Yala.
- Alvarez, J., & Jurgenson, G. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología*. México: Colección Paidós Educador.
- Ardila Jaimes, C., & Rodríguez, R. (2013). Riesgo ergonómico en empresas artesanales del sector de la manufactura, Santander. Colombia. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 102-111.
- Arias C, A., & Rivera Palomino, Y. (2012). Representaciones sociales sobre medicina tradicional y enfermedades foráneas en indígenas EmberaChamí de Colombia. *Revista Cubana de Salud Pública*.
- Arias, C., & Antonio, J. (2012). Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en indígenas de Riosucio-Caldas, 2010-2011. *Medicina UPB*.
- Ariza-Montoya, J., & Hernández-Álvarez, M. (2008). Equidad de Etnia en el Acceso a los Servicios de Salud en Bogotá, Colombia, 2007. *Revista de salud pública*.
- Arregocés, S., & Molina, R. (2015). Desigualdades y características sociodemográficas de la mortalidad materna en La Guajira, Colombia, 2010-2012.
- Arrivillaga, M., Correa, D., Tovar, L. M., Zapata, H., Varela, M. T., & Hoyos, P. A. (2011). Infecciones de transmisión sexual en la región Pacífica colombiana: implicaciones para población en situación de vulnerabilidad étnica, social y económica. *Pensamiento Psicológico*, 9(16), 145-152.
- Bact, D., & Palacio, J. (2015). Estado nutricional de los niños indígenas menores de 5 años de la comunidad Arara, Leticia, Colombia en el año 2014. *Suplemento*.
- Banco de la República - Colombia. (Junio de 2020). *¿Cuáles son las proyecciones económicas del equipo técnico del Banco?* Obtenido de <https://www.banrep.gov.co/es/cuales-son-las-proyecciones-economicas-del-equipo-tecnico-del-banco>
- Barrera, S., Martínez, S., Tique-Salleg, V., Miranda, J., Guzmán, C., & Mattar, S. (2015). Seroprevalencia de Hantavirus, Rickettsia y Chikungunya en población indígena del municipio de Tuchín, Córdoba. *Infectio*, 75-82.
- Becerra, C., & Martín, J. (2010). *Conocimientos del mundo: la diversidad epistémica en América latina*. Catarata.
- Benavides-Hernández, E., & Coronel-Gaviria, A. (2014). Salud indígena en el siglo XXI: parásitos intestinales, desnutrición, anemia y condiciones de vida en niños del resguardo indígena Cañamomo-Lomapieta, Caldas-Colombia. *Médicas UIS*.
- Bereméni, B. (2007). *Claro hijo, vaya a la escuela y si se aburre lo sacamos. Relaciones y experiencias de los gitanos de Badalona y los rom de Bogotá con la educación escolar*.
- Bérmudez, A., Florez, O., Medina, J., & Salcedo, M. (2013). Enteroparasitismo, higiene y saneamiento ambiental en menores de seis comunidades indígenas. Cali-Colombia. *Rev. Salud pública*, 1-11.
- Betancourt Rodríguez, C., Pinilla, A., & Yaneth, M. (2011). Apreciaciones sobre el contexto sociocultural del VIH-Sida en las comunidades indígenas en Colombia. *Desacatos*, 75-86.
- Bodnar, C. Y. (2008). Los grupos étnicos en los procesos de urbanización. En Y. Bodnar C, & M. Ruiz S. *Los grupos étnicos en Colombia: Demografías postergadas*. Bogotá: Cuadernos del CIDS. Universidad Externado de Colombia.
- Bodnar, Y. (2008). *El pueblo Rom (Gitano) en Colombia. Historia migratoria, presencia actual y caracterización cultural*. Bogotá.
- Bodnar, Y., & Ruiz, M. T. (2008). *Los grupos étnicos en Colombia: Demografías postergadas*. Bogotá: Cuadernos del CIDS.
- Bogotá, A. M. (2014). *Grupos étnicos en Bogotá. Gitanos Rom*. Bogotá.
- Bustamante, J. (2012). El pueblo Rrom (gitano) y la Kriss Romani en el ordenamiento jurídico colombiano, 1998-2010. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad de Derecho y Ciencias Políticas.
- Bustamante, K., & Gómez, M. (2015). Gestión del riesgo de desastres en Colombia: ¿Forma de generación de desplazamiento forzado de población? *Cinica Jurídica de Interés Público*.
- Calderón Hernández, A. (2013). Sistema de Vigilancia Epidemiológica. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia.
- Cardona - Arias, J., Rivera Palomino, Y., & Carmona Fonseca, J. (2014). Salud indígena en el siglo XXI: parásitos intestinales, desnutrición, anemia y condiciones de vida en niños del resguardo indígena Cañamomo-Lomapieta, Caldas-Colombia. *Médicas UIS*, 29-39.
- Cardona-Arias, J. A. (2012). Sistema médico tradicional de comunidades indígenas Emberá-Chamí del Departamento de Caldas-Colombia. *Revista de Salud Pública*, 630.

- Fomentar la participación y la coordinación intersectorial y de actores comunitarios en la ejecución de proyectos dirigidos a mejorar condiciones de vida de la población Rrom e incidir en determinantes sociales de la salud.
- Impulsar la participación comunitaria para la planeación y el control social de las políticas de desarrollo social y de salud en relación con la población Rrom.
- Participar en los espacios intersectoriales en materia de salud y seguridad social que operen a nivel territorial.

8. MONITOREO Y EVALUACIÓN

El capítulo Rrom, como parte del Plan Decenal de Salud Pública, 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 estrategias definidas para diferentes grupos étnicos y su contribución a los objetivos estratégicos de dicho plan.

La metodología para el monitoreo y evaluación de los planes territoriales de salud 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 en las que habita la población perteneciente al pueblo Rrom, al objetivo general del capítulo.

Así, este componente, adopta la metodología para realizar la medición del monitoreo y evaluación de los planes territoriales de salud 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 capítulo étnico y del componente Rrom, se adoptan los momentos de medición definidos, así: monitoreo a la gestión operativa del PTS y Evaluación del PTS.

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

| | |
|---|---|
| <p>Cataño Bedoya, J., Duque Botero, J., Naranjo González, C., Rúa Molina, D., Rosique Gracia, J., García Pineda, A., & Pizano Ramírez, N. (2015). Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en indígenas embera-chamí de Cristianía (Jardín), Antioquia. <i>Latreia</i>.</p> <p>CDC; ATSDR. (28 de 09 de 2017). <i>Agencia para Sustancias Tóxicas y el Registro de Enfermedades</i>. Obtenido de https://www.atsdr.cdc.gov/es/toxfaqs/es_tfacts132.html</p> <p>Centers for Disease Control and Prevention. (23 de 11 de 2017). <i>Behavioral Risk Factor Surveillance System - BRFSS</i>. About the BRFSS 2008. Obtenido de http://www.cdc.gov/brfss/about/hlthm/Links</p> <p>Centro de Memoria. (19 de 07 de 2017). <i>Centro de Memoria, Paz y Reconciliación</i>. Obtenido de http://centromemoria.gov.co/wp-content/uploads/2013/11/MDULO_4_pdf.pdf</p> <p>Centro Nacional de Memoria Histórica. (2013). <i>¡Basta Ya! Colombia: Memorias de guerra y dignidad</i>. Bogotá: Imprenta Nacional.</p> <p>CEPAL. (2010). <i>Salud materno-infantil de pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina: aportes para una relectura desde el derecho a la integridad cultural</i>.</p> <p>CEPAL. (2012). <i>Atlas sociodemográfico de los pueblos indígenas y afrodescendientes</i>. Santiago de Chile: Publicación de las Naciones Unidas.</p> <p>CEPAL. (2015). <i>Sistema de indicadores Sociodemográficos de Poblaciones y Pueblos Indígenas</i>. CEPAL. (2016). <i>Panorama Social de América Latina</i>. Santiago de Chile.</p> <p>CEPAL. (2017). <i>Panorama social de América Latina 2016</i>. Santiago: Naciones Unidas.</p> <p>Cepal, & OPS. (2011). <i>Salud de la población indígena en América Latina. Un Panorama general</i>. Santiago de Chile: Naciones Unidas.</p> <p>CEPAL-OPS. (2011). <i>Salud de la población joven indígena en América Latina</i>. Santiago: Naciones Unidas.</p> <p>CEPAL-UNICEF. (2012). <i>Pobreza infantil en pueblos indígenas y afrodescendientes en América Latina</i>. Santiago: Naciones Unidas.</p> <p>Cerón Souza, C. (2010). A propósito de las emergencias en Colombia. <i>Universidad y Salud</i>, 5.</p> <p>CISAN. (2015). <i>Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2012-2019: Anexo Ético</i>. Minsalud, CISAN, Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura - FAO.</p> <p>Comisión Consultiva de Alto Nivel. (2007). <i>Comisión Consultiva de Alto nivel para CoDocumento propuesta para la formulación del plan integral de largo plazo población negra/afrocolombiana, palenquera y raizal 2007 - 2019</i>. Bogotá D.C.</p> <p>Consultiva de Alto Nivel. (2010). <i>Plan Nacional de Desarrollo de las Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras 2010-2014: Hacia una Colombia pluricultural y multicultural con prosperidad democrática</i>. Bogotá: Consultiva de Alto Nivel - Subcomisión de Planeación y Desarrollo Económico. Unión Temporal Alianza Progreso Afro - APRA -</p> <p>Corporación. (2015). <i>Hoja de Seguridad MPA-02-F-17-8 - Versión 2 - 25/02/2015 Acido Muriático doméstico</i>. Cúcuta.</p> <p>Corte Constitucional de Colombia. (1 de Junio de 2021). https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2013/C-359-13.htm.</p> <p>Cruces, G., Gasparini, L., & Carbajal, F. (2010). <i>Situación socioeconómica de la población afrocolombiana en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio</i>. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD): Proyecto Regional "Población afrodescendiente de América Latina".</p> <p>Cultura. (s.f.). <i>Cartilla política cultural para el pueblo gitano</i>. Bogotá.</p> <p>Cultura, M. d., & Gómez Bahos, A. D. (2009). <i>Avances en la investigación etnográfica del pueblo Rrom</i>. Bogotá.</p> <p>DANE. (2007). <i>Colombia una Nación Multicultural: Su diversidad étnica</i>.</p> <p>DANE. (s.f.). <i>La visibilidad estadística de los grupos étnicos colombianos</i>. Bogotá.</p> <p>De Colombia PRORROM, & P.R.G. (2009). <i>Autodiagnóstico educativo de la kumpania rom de Bogotá</i>. <i>Revista Educación y Pedagogía</i>, 63-82.</p> <p>De Roux, G. (2012). <i>Los Afrocolombianos frente a los Objetivos de Desarrollo del Milenio</i>. Bogotá: PNUD.</p> <p>Del Popolo, F., & Ribotta, B. (2011). <i>Migración de jóvenes indígenas en América Latina</i>. En F. Del Popolo, B. Ribotta, E. García de Pinto da Cunha, & M. Azevedo, <i>Pueblos indígenas y afrodescendientes en América latina: dinámicas poblacionales diversas y desafíos comunes</i> (págs. 101-125). Río de Janeiro, Brasil: ALAP.</p> <p>DNP. (1999). <i>Documentos para el desarrollo territorial No 19: "Notas etnográficas e históricas preliminares sobre los gitanos en Colombia"</i>. Santa Fé de Bogotá.</p> <p>DNP. (2005). <i>Hacia una Colombia Equitativa e Incluyente</i>.</p> <p>DNP. (2010). <i>Documento CONPES 3660: Política para promover la igualdad de oportunidades para la población negra, afrocolombiana, palenquera y raizal</i>. Bogotá: DNP.</p> <p>DNP. (2010). <i>Pueblo Rrom -Gitano- de Colombia: haciendo camino al andar</i>.</p> <p>DNP. (2011). <i>Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014: prosperidad para todos</i>. Bogotá D.C.: Imprenta Nacional de Colombia.</p> | <p>DNP. (2011). <i>Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014: Prosperidad para todos</i>. Bogotá.</p> <p>DNP. (2015). <i>Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018: Todos por un nuevo país</i>. Bogotá D.C.: Departamento Nacional de Planeación.</p> <p>Durán de la Fuente, H. (2003). <i>Políticas Ambientales y Desarrollo Sustentable</i>. CEPAL.</p> <p>Dussan, C., & Rodríguez, G. (2005). <i>Comunidades étnicas en Colombia: cultura y jurisprudencia</i>. Universidad del Rosario.</p> <p>Echeverri, J. (2009). <i>Pueblos indígenas y cambio climático: el caso de la Amazonia colombiana</i>. <i>Bulletin de l'Institut français d'études andines</i>, 13-28.</p> <p>Ellen, K. B. (1995).</p> <p>Escobar, J., Corrales, D., Escobar, M., Rios, L., & Alvarez, A. (2000). Situación de salud de las comunidades indígenas nasas, Santander de Quilichao, Cauca.</p> <p>Escobar, J., Corrales, D., Escobar, M., Rios, L., & Alvarez, A. (2002). Situación de salud de las comunidades indígenas nasas, Santander de Quilichao, Cauca. <i>Revista Facultad Nacional de Salud Pública</i>.</p> <p>Espitia Viasús, J., & Rodríguez Paez, L. (2015). El papel de la Comunicación en las disputas por el Derecho a la Medicina Propia: el caso del pueblo indígena Misak en el departamento de Cauca (Colombia). En J. Gómez, <i>erechos humanos emergentes y periodismo</i> (págs. 353-385). Sevilla: Equipo de Investigación de Análisis y Técnica de la Información, Universidad de Sevilla.</p> <p>Fajardo, L. (2000). La KRISS, justicia comunitaria gitana: una opción para la paz en Colombia. <i>Pensamiento jurídico</i>.</p> <p>FAO. (2015). <i>Comida, territorio y memoria. Situación alimentaria de los pueblos indígenas colombianos</i>. Bogotá.</p> <p>Fernando Urrea & Carlos Viáfara. (2016). <i>Igualdad para un buen vivir: Información y visibilidad estadística de los grupos étnicos raciales en Bogotá</i>. Bogotá.</p> <p>Florez, P. (2007). <i>Leptospirosis humana en Colombia: la experiencia del Instituto Colombiano de Medicina Tropical-CES</i>. <i>Revista CES Medicina</i>, 10.</p> <p>Fondo Indígena, CELADE, & CEPAL. (2012). <i>Sistema de Indicadores Sociodemográfico de Poblaciones y Pueblos Indígenas de América Latina - SISPP</i>.</p> <p>Garcés Caraball, D. (2014). <i>Memorias del Primer Congreso Nacional Autónomo del Pueblo Negro, Afrocolombiano, Palenquero y Raizal. Quibdó 23 al 27 de agosto de 2013</i>. Bogotá: USAID, ANAFRO, Instituciones de Investigaciones Ambientales del Pacífico y Universidad Jorge Tadeo Lozano.</p> <p>García, N., Cardona, D., & Segura, M. G. (2016). Factores asociados a la hipertensión arterial en el adulto mayor según la subregión. <i>Revista Colombiana de cardiología</i>, 528-534.</p> <p>Global Disability Rights. (06 de 01 de 2016). <i>Derechos Humanos de Indígenas con Discapacidad</i>. Obtenido de http://www.globaldisabilityrightsnow.org/es/tools/derechos-humanos-de-ind%C3%ADgenas-con-discapacidad</p> <p>Gobernación San Andrés y Providencia. (2011). <i>ASIS San Andrés y Providencia</i>.</p> <p>Gobierno, S. d. (2008). <i>El pueblo Rrom Gitano que habita en la ciudad de Bogotá</i>. Bogotá.</p> <p>Gómez Bahos, A. D. (2012). <i>Situaciones de Salud Pueblo Rrom de Colombia</i>.</p> <p>Gómez Baos, A. D. (2010). <i>Haciendo camino al andar</i>. Bogotá.</p> <p>Gómez Fuentes, V., Gamboa Martínez, J. C., & Paternina Espinosa, H. A. (2000). <i>Los Rom de Colombia: Itinerario de un pueblo invisible</i>. Santa Fé de Bogotá: MJ Editores Ltda.</p> <p>Gómez, S. E. (2014). <i>Pueblo Rrom ¿Los arrojados del siglo XXI? Contribución desde las prácticas etnoeducativas en la Kumpania Rrom de Bogotá D.C.</i> Pereira.</p> <p>González, L. (2015). Análisis comparativo de modelos de atención en salud para población indígena en la región Andina. <i>Revista Facultad Nacional de Salud Pública</i>, 07-14.</p> <p>González, V. (2015). Análisis comparativo de modelos de atención en salud para población indígena en la región Andina. <i>Revista Facultad Nacional de Salud Pública</i>.</p> <p>González, V., & Lina, A. (2015). Análisis comparativo de modelos de atención en salud para población indígena en la región Andina. <i>Revista Facultad Nacional de Salud Pública</i>, 07-14.</p> <p>Granados, S., & et al. (2005). Aproximación a la medicina tradicional colombiana. Una mirada al margen de la cultura occidental. <i>Revista ciencias de la salud</i>.</p> <p>INDEPAZ, I. (2009). <i>Situación de los pueblos indígenas de Colombia</i>. Bogotá D.C.: KAS- Konrad Adenauer Stiftung.</p> <p>INS. (2015). <i>Salud materna indígena en mujeres Nasa y Misak del Cauca</i>. <i>Observatorio Nacional de Salud</i>.</p> <p>Instituto Interamericano de Derechos Humanos -IIDH. (2006). <i>Campaña educativa sobre derechos humanos y derechos indígenas: Salud indígena y derechos humanos. Manual de contenidos</i>. San José de Costa Rica: Masteriltho S.A.</p> <p>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. (2020). <i>VIGILANCIA INTEGRADA DE LAS MUERTES EN MENORES DE 5 AÑOS POR INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA, ENFERMEDAD DIARRICA AGUDA Y DESNUTRICIÓN</i>. BOGOTÁ D.C.</p> |
| <p>Lessa, I. (1998). <i>ulto brasileiro e as doenças da modernidade:epidemiologia das doenças crônicas nãotransmissíveis</i>. São Paulo: Editora.</p> <p>Londoño, J. (2013). <i>Los Parques Nacionales Naturales y la conservación de la biodiversidad</i>. <i>Biodiversidad Colombia</i>, 9-17.</p> <p>López, M., & Arango, C. (2011). Estrategias de atención en salud a población indígena y su relación con la respuesta social en la Ciudad de Medellín, 2011. <i>Medellín: Secretaría de Salud</i>.</p> <p>Maantay, J., & Maroko, A. (2009). Mapping Urban Risk: Flood Hazards, Race, & Environmental Justice In New York". <i>HHS Public Access</i>, 111-124. Obtenido de https://translate.google.com.co/translate?hl=es&sl=en&u=https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2680302/&prev=search, Turner et al (2003)</p> <p>MacDougall, J. (2006). <i>Where the River Flows: Aboriginal People with Disability, A Literature Review: Focus on Employment, Recursos Humanos y Desarrollo de Competencias del Canadá</i>.</p> <p>Marcialés Montenegro, X. (2013). <i>Violencia sexual en el conflicto armado: Los rostros afro de la reparación. Caso: Asociación de Mujeres Afro por la Paz (AFROMUPAZ)</i>. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.</p> <p>Márquez Lina, P. A. (2017). <i>Mortalidad materna en pueblos indígenas y fuentes de datos: Alcances y desafíos para su medición en países de América Latina</i>. Santiago: Naciones Unidas.</p> <p>Martínez Silva, P. (2015). La conducta suicida en el grupo étnico indígena de Colombia: un fenómeno por comprender. <i>Salud UIS</i>.</p> <p>Mateus Arbeláez, J. (2010). <i>Estado del Arte desde el campo de la cultura sobre las prácticas culturales del pueblo Rrom - gitano en Bogotá D.C.</i> Bogotá.</p> <p>Mestre, Y. (2007). Ordenamiento territorial ancestral desde la visión de los cuatro pueblos indígenas (Arhuaco, Kággaba, Wiwa y Kankuamo) de la Sierra Nevada de Santa Marta, Colombia. <i>Mujeres Indígenas, Territorialidad y Biodiversidad en el Contexto Latinoamericano</i>, 101.</p> <p>Mestre, Y. (2007). Ordenamiento territorial ancestral desde la visión de los cuatro pueblos indígenas (Arhuaco, Kággaba, Wiwa y Kankuamo) de la Sierra Nevada de Santa Marta, Colombia. En L. Donato, E. Escobar, P. Escobar, A. Pasmíño, & A. Ulloa, <i>Mujeres indígenas, territorialidad y biodiversidad en el contexto latinoamericano</i> (pág. 101). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.</p> <p>Mignolo, W. (1995). Occidentalización, imperialismo, globalización: herencias coloniales y teorías postcoloniales. <i>Revista iberoamericana</i>, 27- 40.</p> <p>Mincultura. (2010). <i>Afrocolombianos, población con huellas de africanía</i>. Bogotá.</p> <p>Ministerio de salud de la Pcia de Buenos Aires. (s.f.). <i>Manual de Atención Primaria</i>. Buenos Aires.</p> <p>Ministerio de Salud y Protección Social. (22 de 11 de 2017). <i>ENSIN 2015</i>.</p> <p>Ministerio de Salud y Protección Social. (2021). <i>LINEAMIENTOS TÉCNICOS Y OPERATIVOS PARA LA VACUNACIÓN CONTRA EL COVID 19</i>. Bogotá.</p> <p>Minsalud. (2014). <i>Estudio Técnico de Servicios Diferenciales para los Pueblos Indígenas de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social</i>.</p> <p>Mosquera R, C., León D, R., & Rodríguez M, M. (2009). <i>Escenarios post-Durban para pueblos y personas negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras</i>. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Humanas.</p> <p>Motoa Cifuentes, L. A. (2017). <i>Mujer y cultura gitanas: Una mirada a las pautas de crianza y a los procesos de formación en la relación madre - hija/a y su influencia en la preservación cultural del pueblo Rrom</i>. Bogotá.</p> <p>Motta Gonzalez, N. (2011). Etnohistoria de la sexualidad Misak: continuidades en los cambios y transformaciones. <i>Historia y Espacio</i>.</p> <p>MPS; OPS. (2004). <i>Insumos para la conceptualización y discusión de una política de protección social en salud para grupos étnicos de Colombia</i>. Bogotá: Nuevas Ediciones Ltda.</p> <p>MSPS. (2013). <i>ASIS Diferencial Poblaciones Vulnerables</i>. Bogotá.</p> <p>MSPS. (2013). <i>Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021</i>. Bogotá.</p> <p>MSPS. (2013). <i>Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. La Salud en Colombia la Construyes Tú</i>. Bogotá: Imprenta Nacional.</p> <p>MSPS, CISAN, & FAO. (2015). <i>Plan Nacional De Seguridad Alimentaria y Nutricional</i>. Bogotá.</p> <p>MSPS, D. d. (2021). <i>Proyecciones de población a vacunar por etapas</i>. Bogotá.</p> <p>MSPS, UNFPA, & UEC. (2015). <i>Estrategia PASE a la Equidad en Salud: Lineamientos metodológicos, técnicos y operativos</i>.</p> <p>NGRD. (20016). <i>Plan Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres</i>.</p> <p>Noreña-Herrera, C., Leyva-Flores, R., Palacio-Mejía, L., & Duarte-Gómez, M. (2015). Inequidad en la utilización de servicios de salud reproductiva en Colombia en mujeres indígenas y afrodescendientes. <i>Cad</i>, 2635-2648.</p> <p>Ocampo Prado, M., Chenut Correa, P., Ferguson López, M., & Martínez Carpetá, M. (2017). Territorialidades en transición: pobladores desplazados por la violencia del conflicto armado colombiano y la resignificación de su territorio. <i>Psicología USP</i>, 165-178.</p> <p>OIT, O. (2009). <i>Los derechos de los pueblos indígenas y tribales en la práctica: Una guía sobre el Convenio Núm. 169 de la OIT</i>. Ginebra: OIT.</p> | <p>OMS. (1993). Resolución CD37.R5.</p> <p>OMS. (1997). Resolución CD40.R6.</p> <p>OMS. (1997). Resolución CD40.R6.</p> <p>ONU. (2013). <i>Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas. Estudio sobre la situación de las personas indígenas</i>.</p> <p>OPS. (2008). Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas.</p> <p>OPS. (2009). Prestación de servicios de salud con pueblos indígenas. Programa Regional de Salud de los Pueblos Indígenas.</p> <p>OPS. (31 de 10 de 2017). <i>Las enfermedades no transmisibles (ENT), nuestro reto</i>. Obtenido de http://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=1756:las-enfermedades-no-transmisibles-ent-nuestro-reto&Itemid=487</p> <p>OPS. (2017). <i>Política sobre etnicidad y salud. 29.a Conferencia Sanitaria Panamericana, 69.a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas</i>. Washington: OPS.</p> <p>OPS, & Minsalud. (2010). <i>Contexto para la adecuación técnica y cultural de programas de interés en Salud Pública para tres comunidades del pacífico colombiano</i>. Bogotá.</p> <p>OPS/OMS. (2013). <i>Detección oportuna de tuberculosis permitirá reducir la mortalidad en niños y niñas</i>. Recuperado el 26 de 11 de 2017, de http://www.paho.org/col/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-ops-oms-colombia&alias=1403-lb-24-marzo-2013&Itemid=688</p> <p>OPS/OMS. (2015). <i>PAHO Presents an Interactive Geographic Distribution Map of Priority Neglected Infectious Diseases in the Americas</i>. Recuperado el 26 de 11 de 2017, de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10615&Itemid=40264&lang=en</p> <p>Ordóñez, V. F. (2000). <i>Enfermedades Infecciosas- Geografía Humana de Colombia Variación Biológica y Cultural en Colombia Tomo I</i>. Instituto Colombiano de Cultura Hispánica. Universidad Javeriana. Instituto Colombiano de Cultura Hispánica.</p> <p>Organización Mundial de la Salud. (25 de Septiembre de 2015). <i>Objetivos de Desarrollo Sostenible</i>. Washington D.C., Estados Unidos.</p> <p>Ortiz, M., Monsalve, L., & Osorio, M. (2015). <i>Representaciones sociales de la discapacidad en la comunidad indígena Nasa de Caloto Cauca</i>. Cali.</p> <p>Paternina Espinosa, H. (2001). <i>El proceso organizativo del pueblo Rom (Gitano) de Colombia (ProRom): de la auto-invisibilidad como estrategia de resistencia étnica y cultural, a la visibilización como mecanismo del reconocimiento de derechos económicos, sociales, políticos y culturales</i>. Madrid.</p> <p>Paternina Espinosa, H. (2013). <i>El proceso organizativo del pueblo Rom (Gitano) de Colombia (ProRom): de la auto-invisibilidad como estrategia de resistencia étnica y cultural, a la visibilización como mecanismo del reconocimiento de derechos económicos, sociales, políticos y culturales</i>. Madrid.</p> <p>Paternina, H. A., & Gamboa, J. C. (1999). <i>Los gitanos: Tras la huella de un pueblo nomade</i>. Bogotá.</p> <p>Patino Roselli, C. (1999). <i>Campo y tareas de la etnolingüística en Colombia</i>. En J. Archa, & N. Friedeman, <i>Un siglo de investigación social</i> (págs. 9-38). Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.</p> <p>Patino-Londoño, S., Mignone, J., Castro-Arroyave, D., Valencia, N., & Arbeláez, C. (2016). Guías bilingües: una estrategia para disminuir las barreras culturales en el acceso y la atención en salud de las comunidades wayuu de Maicao, Colombia. <i>Salud Colectiva</i>, 415-428.</p> <p>Pearce, Foliaki, Sporle, & Cunningham. (2004). <i>Genetics, race, ethnicity, and health</i>. <i>BMJ</i>.</p> <p>Pedrero, M., & Oyarce, A. (2011). <i>Salud de la población joven indígena en América Latina: un panorama general</i>.</p> <p>Pedrero, M., & Oyarce, A. (2011). <i>La Salud de la población joven indígena en América Latina: un panorama general</i>. OPS.</p> <p>PNUD & Bocanegra. (s.f.). <i>El pueblo Rom - Gitano que habita en la ciudad de Bogotá</i>. 2008.</p> <p>PNUD. (2012). <i>Afrocolombianos: sus territorios y condiciones de vida. Cuaderno del Informe de Desarrollo Humano en Colombia 2011</i>. Bogotá: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo - PNUD.</p> <p>PNUD. (2012). <i>Los afrocolombianos frente a los Objetivos de Desarrollo del Milenio</i>. Bogotá. <i>Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo -PNUD</i>. Bogotá.</p> <p>PNUD. (2012). <i>Pueblos indígenas: Diálogo entre culturas. Cuaderno del Informe de Desarrollo Humano en Colombia 2011</i>. Bogotá.</p> <p>PNUD. (2013). <i>Pueblos indígenas y los ODM</i>. Bogotá: Letras e Impresos S.A.</p> <p>PNUD. (2013). <i>Pueblos indígenas y los ODM</i>. Bogotá: Letras e Impresos S.A.</p> <p>PNUD. (2014). <i>Cauca: Análisis de las conflictividades y construcción de paz</i>. Problema ético. (27 de 06 de 2017). <i>Discriminación racial</i>. Obtenido de http://problemaseticos.blogspot.com/col</p> <p>Programa Presidencial Indígena. (2013). <i>ODM e Indígenas. Una aproximación a los cuatro primeros Objetivos</i>. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia.</p> |

PROROM. (2007). *Análisis situacional del derecho interno Rom a través del tiempo "Aportes al sistema de justicia Kriss Romani para la pervivencia del pueblo Rrom"*. Bogotá.
Prorom de Colombia. (2001). Los Rom de Colombia: Tras las Huellas de un Pueblo Nómada. En *Goliardos*, 51-66.
PRORROM. (s/f). *Autodiagnóstico educativo de la Kumpania Rom de Bogotá*. Bogotá.
Puello, E., Amador, C., & Luna, J. (2016). Determinantes sociales de salud en los agricultores del resguardo indígena Zenú. *Revista Salud UIS*.
Puerta Silva, C., & Dover, R. (2007). Desarrollo de un Modelo de Interlocución para el Sistema de Salud basado en el Caso de la Guajira Colombiana. *Revista de Salud Pública*.
Reales Jiménez, L. (s.f.). *Racismo y políticas públicas en Colombia. El caso afrocolombiano (1991-2005)*.
Reales, L. (2005). *Racismo y políticas públicas en Colombia. El caso afrocolombiano (1991-2005)*.
Restrepo, B., Beltrán, J., Rodríguez, M., & Ramírez, R. (2006). Estado nutricional de niños y niñas indígenas de hasta seis años de edad en el resguardo Embera-Katio, Tierralta, Córdoba, Colombia. *Biomédica*.
Restrepo, B., Restrepo, M., Beltrán, J., Rodríguez, M., & Ramírez, R. (2006). Estado nutricional de niños y niñas indígenas de hasta seis años de edad en el resguardo Embera-Katio, Tierralta, Córdoba, Colombia. *Red Biomédica*.
Rochel Ortega, D., & Vinasco Palacio, J. (2015). Estado nutricional de los niños indígenas menores de 5 años de la comunidad Arara, Leticia, Colombia en el año 2014. *Suplemento*.
Rodríguez, L. (2008). Factores sociales y culturales determinantes en salud: la cultura como una fuerza para incidir en cambios en políticas de salud sexual y reproductiva. *Fondo de Población de las Naciones Unidas*.
Romero, P. (2009). Una aproximación a la paz imperfecta: La Kriss Rromani y la práctica intercultural del pueblo Rrom - Gitano - de Colombia. Experiencias en la manera de hacer las paces. *Derecho Y Cambio Social*.
Rosique, J., Restrepo, M., Manjarrés, L., Gálvez, A., & Santa M, J. (2010). Estado nutricional y hábitos alimentarios en indígenas emberas de Colombia. *Revista chilena de nutrición*, 270-280.
Sanchez J., O. (2014). *ODM y pueblos indígenas: Un compromiso pendiente*. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia.
Sánchez Jiménez, O. (2014). *ODM y pueblos indígenas: Un compromiso pendiente. Presidencia de la República – Programa Presidencial Indígena. Serie hacia el desarrollo integral indígena de Colombia*. Bogotá: Imprenta Nacional.
Sanchez, E. (2003). *Los pueblos indígenas en Colombia: Derechos, políticas y desafíos*. Bogotá: Unicef.
Sanchez, E., & García, P. (2006). *Más allá de los promedios: Afrodescendientes en América Latina - Los Afrocolombianos*. Washington: Banco Mundial.
Sánchez, P. (2009). Una aproximación a la paz imperfecta: La kriss rromani y la practica intercultural del pueblo rrom-gitano-de colombia experiencias en la manera de hacer las paces. *Derecho Y Cambio Social*.
Secretaría de Gobierno. (2008). *El pueblo Rrom Gitano que habita en la ciudad de Bogotá*. Bogotá.
SINCHI. (2016). Orientaciones para reducción de la deforestación y degradación de los bosques. *Instituto SINCHI, Cooperación Alemana GIZ*, 41.
Social, M. d., & PROROM. (2014). *Documento técnico. Vinculación colectiva del Pueblo Rom de Colombia al régimen subsidiado de seguridad social en salud*. Bogotá.
Soto Moreno, J., & Ballester Diez, F. (2013). Contaminación del aire de interiores en hogares en situación de pobreza extrema en Colombia. *Revista de Salud Pública*, 80-89.
Suaza, A., & Vasquez, M. (2014). Diálogo y respeto: bases para la construcción de un sistema de salud intercultural para las comunidades indígenas de Puerto Nariño, Amazonas, Colombia. *Salud Colectiva*, 379-396.
Tiempo, E. (24 de 05 de 2015). *Tres de cada diez colombianos están expuestos a desastres*. Obtenido de <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-15812223>
U. de Antioquia. (2011). Estrategias de atención en salud a población indígena y su relación con la respuesta social en la Ciudad de Medellín 2011.
UAEDT, & DNP. (1999). *Documentos para el desarrollo territorial No 19. Notas etnográficas e historias preliminares sobre los gitanos en Colombia*. Bogotá.
UARIV. (S/f). *Enfoque diferencial para víctimas Rrom o gitanos. Participapz ... La ruta de los derechos*. Bogotá.
UNICEF. (2012). *Suicidio adolescente en pueblos indígenas: tres estudios de caso*. Panamá: Tarea Asociación Gráfica Educativa.
UNICEF. (01 de 02 de 2018). *El Estado Mundial de la Infancia de 2013. Niñas y niños con discapacidad*. Obtenido de https://www.unicef.org/spanish/sowc2013/perspective_contreras.html

UNICEF. (2018). *Perspectiva: Desde la invisibilidad hasta la inclusión para los niños indígenas con discapacidad*. Obtenido de UNICEF: https://www.unicef.org/spanish/sowc2013/perspective_contreras.html
Universidad de Antioquia. (2012). *Iniciativas por la Salud Pública. Cartilla N°3. IV CONVERSATORIO SOBRE SALUD INDÍGENA Avances y retos en los Sistemas de Salud Interculturales*. Medellín.
Universidad Nacional de Colombia. (10 de Diciembre de 2016). Tuberculosis, infección oculta en el Amazonas. *Unperiódico*.
Uribe, D. (2014). Estudio Técnico de Servicios Diferenciales para los Pueblos Indígenas de Colombia. *Ministerio de Salud y Protección Social*.
Uribe, D. (2014). *Estudio Técnico de Servicios Diferenciales para los Pueblos Indígenas de Colombia Ministerio de Salud y Protección Social*. Bogotá.
Urrea Giraldo, F., & Viáfara López, C. (2007). *Pobreza y grupos étnicos en Colombia: Análisis de sus factores determinantes y lineamientos de política para su reducción. Bogotá D.C. Diseño de una estrategia para la reducción de la pobreza y la desigualdad (MERPD)*. Bogotá.
Urrea Giraldo, F., & Viáfara López, C. (2016). *Igualdad para un buen y mejor vivir: Información y visibilidad estadística de los grupos étnicos - raciales en Bogotá*. Cali: Programa editorial Universidad del Valle.
Urrea, F., & Posso, J. (2015). *Feminidades, sexualidades y colores de piel. Mujeres negras, indígenas, blancas-mestizas y transgeneristas negras en el suroccidente colombiano*.
Vallejo Rodríguez, E., & Santana, P. (2015). *Salud materna indígena en mujeres Nasa y Misak del Cauca. Ministerio de salud y Protección Social. Observatorio Nacional de Salud*. Bogotá: Instituto Nacional de Salud.
Verschoor, G., & Torres, C. (2016). Mundos equivocados: cuando la "abundancia" y la "carencia" se encuentran en la Amazonía colombiana. *Iconos*, 71-86. doi: <http://dx.doi.org/10.17141/iconos.54.2016.1860>
Viasús, J., & Páez, L. (2015). El papel de la Comunicación en las disputas por el Derecho a la Medicina Propia: el caso del pueblo indígena Misak en el departamento de Cauca (Colombia). *In Derechos humanos emergentes y periodismo*, 353-385.
Wisner, B., Blaikie, P., & Davis, I. (2003). *At Risk: Natural hazards, people's vulnerability and disasters*.

LISTA DE SIGLAS

| | |
|--------|--|
| ASIS | Análisis de Situación de Salud |
| BDAU | Base de Datos Única de Afiliados |
| CND | Comisión Nacional de Diálogo del Pueblo Rrom |
| DANE | Departamento Administrativo Nacional de Estadística |
| DNP | Departamento Nacional de Planeación |
| ECNT | Enfermedades Crónicas No Transmisibles |
| EEVV | Estadísticas Vitales |
| MAITE | Modelo de Acción Integral Territorial |
| NBI | Necesidades Básicas Insatisfechas |
| OIT | Organización Internacional del Trabajo |
| ONG | Organización No Gubernamental |
| OPS | Organización Panamericana de la Salud |
| PASE | Metodología PASE a la Equidad en Salud (P: Poblacional, A: Ambiental, S: Social, E: Económica) |
| PD | Plan de Desarrollo |
| PDSP | Plan Decenal de Salud Pública |
| PTS | Plan Territorial de Salud |
| REPS | Registro Especial de Prestadores de Servicios |
| RIPS | Registros Individuales de Prestación de Servicios |
| RLCPD | Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad |
| SGSSS | Sistema general de Seguridad Social en Salud |
| SISPRO | Sistema Integral de Información de la Protección Social |

(C. F.)

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

DECRETOS

DECRETO NÚMERO 440 DE 2022

(marzo 28)

por el cual se corrigen unos yerros en el Decreto 1845 de 2021 "Por medio del cual se adiciona la Sección 13 al Capítulo 4 del Título 4 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1074 de 2015, Decreto Único Reglamentario del sector Comercio, Industria y Turismo para determinar unos Prestadores de Servicios Turísticos.

El Presidente de la República de Colombia, en uso de sus atribuciones constitucionales y legales, en especial las conferidas en el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política, el artículo 45 de la Ley 1437 de 2011, y

CONSIDERANDO:

Que el artículo 45 de la Ley 1437 de 2011, Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, establece que "[e]n cualquier tiempo, de oficio o a petición de parte, se podrán corregir los errores simplemente formales contenidos en los actos administrativos, ya sean aritméticos, de digitación, de transcripción o de omisión de palabras. En ningún caso la corrección dará lugar a cambios en el sentido material de la decisión, ni revivirá los términos legales para demandar el acto...".

Que el 24 de diciembre de 2021 se expidió el Decreto 1836 de 2021, "por medio del cual se modifica y adiciona el Título 4 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1074 de 2015, Decreto Único Reglamentario del sector Comercio, Industria y Turismo, en relación con el Registro Nacional de Turismo y las obligaciones de los operadores de plataformas electrónicas o digitales de servicios turísticos prestados y/o disfrutados en Colombia", que en su artículo 3° adicionó la Sección 13 al Capítulo 4 del Título 4 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1074 de 2015.

Que el mismo día fue expedido el Decreto 1845 de 2021, "por medio del cual se adiciona la Sección 13 al Capítulo 4 del Título 4 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1074 de 2015, Decreto Único Reglamentario del sector Comercio, Industria y Turismo para determinar unos Prestadores de Servicios Turísticos", el cual, por un error de digitación, también adicionó la Sección 13 al Capítulo 4 del Título 4 de la Parte 2 del Libro 2 del

Decreto 1074 de 2015, siendo lo correcto adicionar la sección 14, para la continuidad de la numeración del articulado del citado Decreto Único Reglamentario.

Que con fundamento en el artículo 45 de la Ley 1437 de 2011, es necesario corregir el yerro del Decreto 1845 de 2021 y dejar claridad en la adición efectuada por este decreto y su respectiva numeración, lo anterior con el propósito de generar seguridad y certeza jurídica en las normas que rigen el sector administrativo de Comercio, Industria y Turismo.

Que la corrección del Decreto 1845 de 2021 cumple con las características señaladas en el artículo 45 de la Ley 1437 de 2011, y no genera modificaciones en el sentido material del citado Decreto.

Que este proyecto normativo fue publicado en la página web del Ministerio de Comercio, Industria y Turismo, atendiendo lo previsto en el numeral 8 del artículo 8 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y en el artículo 2.1.2.1.14. del Decreto 1081 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Presidencia de la República,

En mérito de lo expuesto,

DECRETA:

Artículo 1°. *Corrección del yerro contenido en el epígrafe del Decreto 1845 de 2021.* Corrijase el yerro contenido en el epígrafe del Decreto 1845 de 2021, el cual quedará así:

"por medio del cual se adiciona la Sección 14 al Capítulo 4 del Título 4 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1074 de 2015, Decreto Único Reglamentario del sector Comercio, Industria y Turismo para determinar unos Prestadores de Servicios Turísticos".

Artículo 2°. *Corrección del yerro contenido en el artículo 1 del Decreto 1845 de 2021.* Corrijase el yerro contenido en el artículo 1 del Decreto 1845 de 2021, el cual quedará así:

"Artículo 1°. *Adición de la Sección 14 al Capítulo 4 del Título 4 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1074 de 2015, Único Reglamentario del Sector Comercio, Industria y Turismo.* Adiciónese la Sección 14 al Capítulo 4 del Título 4 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1074 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Comercio, Industria y Turismo, en los siguientes términos:

Sección 14

Parques de ecoturismo y agroturismo

Artículo 2.2.4.4.14.1. *Objeto.* Determinar a los operadores de parques de ecoturismo y agroturismo como nuevos prestadores de servicios turísticos, para promover el desarrollo de estos tipos de turismo.