

**GUÍA PARA LA APROPIACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE LOS ENFOQUES  
POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO CON ENFOQUE EN PARTICIPACIÓN  
SOCIAL EN SALUD. V. 2.0.**

DOCUMENTO DE ACTUALIZACIÓN.

SEPTIEMBRE DE 2025.

EQUIPO DE GESTIÓN POBLACIONAL.

DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN TERRITORIAL Y  
TRANSECTORIALIDAD.

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD.

**Elaboró:**

Alina María Silva Buendía  
Ana María Barranco Fornaris  
Ana Beatriz Acevedo Moreno  
Caroline Mitchell Quintana  
Cindy Lorena Palacios Sánchez  
Dayana Ochoa Montes  
Denia Laia Maturana Martínez  
Diana Paola Carreño Rico  
Erika Valeria Cristo  
Ferne Mateus Téllez  
Jeimy Alexandra Salinas Sierra  
José Libardo Ramírez Villalobos  
Juan Fernando Fernández Granados  
Julie Pauline Bustos Velandia  
Laura Vanesa Lemos Mesa  
Leidy Johana Vargas Acevedo  
Luz Helena Benavidez Pachón  
María Fernanda Salazar Espinosa  
Martha Yaned Restrepo Villanueva  
Mirna Casseres Cassiani  
MiYu Hari Alarcón  
Nelson Orlando Pulido Ferreira  
Nohemí Ramírez Blanco  
Pablo Andrés Guevara Monroy  
Paula Julieth Cifuentes Martínez  
Sonia Patricia Cujaban Artunduaga  
Yenny Viviana Ruíz Vargas  
Yolanda Ramírez Galeano

**Equipó técnico**

Alina María Silva Buendía  
Ana María Barranco Fornaris  
Dayana Ochoa Montes  
Denia Laia Maturana Martínez  
Ferne Mateus Téllez  
José Libardo Ramírez Villalobos  
Juan Fernando Fernández Granados  
Julie Pauline Bustos Velandia  
Leidy Johana Vargas Acevedo  
María Fernanda Salazar Espinosa  
Martha Yaned Restrepo Villanueva  
Nelson Orlando Pulido Ferreira  
Paula Julieth Cifuentes Martínez  
Sonia Patricia Cujaban Artunduaga  
Yenny Viviana Ruíz Vargas  
Yolanda Ramírez Galeano

**Equipo editor:**

Dayana Ochoa Montes  
Julie Pauline Bustos Velandia

**Revisó y aprobó:**

Clara María Domínguez

## TABLA DE CONTENIDO

<b>GLOSARIO .....</b>	<b>6</b>
<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>11</b>
<b>ANTECEDENTES .....</b>	<b>13</b>
<b>CAPÍTULO 1. TRANSVERSALIDADES DE LOS ENFOQUES POBLACIONALES, DIFERENCIALES Y DE GÉNERO .....</b>	<b>17</b>
<b>Salud Mental .....</b>	<b>19</b>
Instancias de participación comunitaria en Salud Mental .....	20
Orientaciones para la facilitación de procesos participativos en Salud Mental: .....	20
<b>Soberanía y Seguridad alimentaria y nutricional .....</b>	<b>21</b>
Orientaciones para la facilitación de procesos participativos en Soberanía y seguridad alimentaria y nutricional .....	23
Instancias de participación comunitaria en Soberanía y seguridad alimentaria y nutricional .....	23
<b>Instancias de participación social en salud .....</b>	<b>24</b>
<b>CAPÍTULO 2. CURSOS DE VIDA .....</b>	<b>26</b>
<b>Niños, niñas y adolescentes – NNA .....</b>	<b>26</b>
Concepto de salud desde la perspectiva de la población .....	26
Instancias de participación .....	27
Orientaciones para la facilitación de procesos participativos en salud .....	27
Orientaciones para el abordaje y relacionamiento con la comunidad .....	27
<b>Jóvenes .....</b>	<b>28</b>
Concepto de salud desde la perspectiva de la población .....	28
Instancias de participación .....	28
Orientaciones para la facilitación de procesos participativos en salud .....	29
Orientaciones para el abordaje y relacionamiento con la comunidad .....	29
<b>Persona Mayor .....</b>	<b>29</b>
Concepto de salud desde la perspectiva de la población .....	30
Instancias de participación .....	30
Orientaciones para la facilitación de procesos participativos en salud .....	30
<b>CAPÍTULO 3. MUJERES, DIVERSIDADES SEXUALES Y DE GÉNERO. ....</b>	<b>31</b>
<b>Mujeres en todas sus diversidades e interseccionalidades .....</b>	<b>31</b>
Concepto de salud desde la perspectiva de la población .....	31
Instancias de participación .....	32
Orientaciones para la facilitación de procesos participativos en salud .....	32
<b>Sectores LGTBI .....</b>	<b>34</b>
Concepto de salud desde la perspectiva de la población .....	34
Instancias de participación .....	35
Orientaciones para la facilitación de procesos participativos en salud .....	35

<b>CAPITULO 4. PUEBLOS Y COMUNIDADES ÉTNICAS.....</b>	<b>37</b>
<b>Quienes Somos .....</b>	<b>38</b>
<b>Saberes Ancestrales: Cosmogonías, cosmovisiones y Concepciones de Salud y Enfermedad .....</b>	<b>40</b>
<b>Buen Vivir y Desarmonías: Salud y Enfermedad para los pueblos y comunidades étnicas en Bogotá .....</b>	<b>41</b>
Los Pueblos Indígenas.....	41
Comunidades negras, afrocolombianas.....	42
Comunidad Palenquera.....	43
Comunidad Raizal .....	44
El pueblo Rrom.....	45
<b>Interculturalidad en Salud: El marco del dialogo y la adecuación sociocultural... ..</b>	<b>46</b>
<b>Participación social en salud de las comunidades y pueblos étnicos .....</b>	<b>47</b>
La Participación para los Pueblos Indígenas.....	48
La Participación para las Comunidades Negras, Afrocolombianas .....	49
La Participación para la Comunidad Palenquera.....	49
La Participación para la Comunidad Raizal .....	50
La Participación para el Pueblo Rrom.....	50
<b>Orientaciones para la garantía de la Participación de cada pueblo y comunidad étnica.....</b>	<b>51</b>
Comunidades y Pueblos Indígenas.....	51
Comunidades Negras, Afrocolombianas.....	52
Comunidad Palenquera.....	53
Comunidad Raizal .....	53
Pueblo Rrom.....	54
<b>CAPÍTULO 5. LA SITUACIÓN Y LA CONDICIÓN EN LOS ENFOQUES .....</b>	<b>56</b>
<b>Población con discapacidad.....</b>	<b>56</b>
Concepto de salud desde la perspectiva de la población.....	56
Instancias de participación .....	56
Orientaciones para la facilitación de procesos participativos en salud.....	57
Orientaciones para el abordaje y relacionamiento con la comunidad .....	57
<b>Población víctima del conflicto armado .....</b>	<b>58</b>
Concepto de salud desde la perspectiva de la población.....	59
Instancias de participación .....	60
Orientaciones para la facilitación de procesos participativos en salud.....	60
Orientaciones para el abordaje y relacionamiento con la comunidad .....	61
<b>Población en proceso de reincorporación .....</b>	<b>62</b>
<b>Concepto de salud desde la perspectiva de la población .....</b>	<b>63</b>
Instancias de participación .....	63
Orientaciones para la facilitación de procesos participativos en salud.....	64
Orientaciones para el abordaje y relacionamiento con la comunidad .....	64
<b>Población usuaria de sustancias psicoactivas (SPA) .....</b>	<b>65</b>
Concepto de salud desde la perspectiva de la población.....	65

Instancias de participación .....	66
Orientaciones para la facilitación de procesos participativos en salud: .....	66
<b>Campesinos, campesinas y habitantes de la ruralidad.....</b>	<b>67</b>
Concepto de salud desde la perspectiva de la población.....	68
Instancias de participación .....	68
Orientaciones para la facilitación de procesos participativos en salud.....	68
Orientaciones para el abordaje y relacionamiento con la comunidad .....	69
<b>Población Migrante .....</b>	<b>69</b>
Concepto de salud desde la perspectiva de la población.....	70
Instancias de participación .....	70
Orientaciones para la facilitación de procesos participativos en salud:.....	70
Orientaciones para el abordaje y relacionamiento con la comunidad: .....	71
<b>RECOMENDACIONES DIRIGIDAS A LAS COMUNIDADES PARA EL</b>	
<b>ABORDAJE DE BARRERAS EN SALUD Y PARTICIPACIÓN SOCIAL .....</b>	<b>73</b>
Defender el derecho fundamental a la salud .....	73
Ejercer el derecho a participar en salud.....	73
Rutas y acompañamiento institucional.....	73
Redes y acción colectiva.....	74
Marco normativo y control social.....	74

## GLOSARIO

1. **Adultocentrismo:** forma de organización social y cultural que privilegia la visión, intereses y decisiones de las personas adultas, subordinando o invisibilizando las voces, derechos y experiencias de niñas, niños, adolescentes y jóvenes.
2. **Ajustes razonables:** son cambios necesarios que garantizan a las personas con discapacidad el ejercicio de sus derechos en igualdad de condiciones.
3. **Alimentación adecuada:** Acceso regular a una dieta suficiente en cantidad, calidad, inocuidad y diversidad, adaptada a las preferencias culturales y necesidades alimentarias de las personas (FAO,2003).
4. **Autonomía alimentaria:** “derecho que le asiste a cada comunidad, pueblo o colectivo humano, integrante de una nación, a controlar autónomamente su propio proceso alimentario según sus tradiciones, usos, costumbres, necesidades y perspectivas estratégicas, y en armonía con los demás grupos humanos, el ambiente y las generaciones venideras”. (Corte Constitucional, 2021)
5. **Autonomía cultural:** Derecho del pueblo palenquero a definir sus propias formas de vida, sistemas de salud, educación, justicia y organización social, de acuerdo con sus prácticas y cosmovisión ancestral (Hernández, 2014).
6. **Autonomía:** Capacidad que tiene una persona de controlar, afrontar y tomar, por su propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con sus normas y preferencias propias, así como de desarrollar las actividades básicas de su vida diaria.
6. **Barreras de Acceso en Salud:** Condiciones, actitudes o prácticas que dificultan o impiden el acceso oportuno, adecuado y de calidad a los servicios de salud, tales como discriminación, falta de pertinencia cultural, trámites excesivos o desconocimiento de derechos. (OPS, 2019).
8. **Bienestar psicosocial:** Se refiere al equilibrio en la vida de una persona, donde se experimenta satisfacción emocional, psicológica, social y espiritual. Implica ser consciente de las propias capacidades, afrontar tensiones cotidianas, trabajar productivamente y contribuir a la comunidad (OMS, 2004 en MSPS, 2024).
9. **Braille:** Sistema de lectura y escritura táctil diseñado para personas ciegas o con baja visión. Fue creado en 1824 por Louis Braille, un joven francés que perdió la vista en su infancia.
10. **Ciudadanía alimentaria:** “La ciudadanía alimentaria se constituye en el escenario de complementariedad entre seguridad alimentaria y nutricional y soberanía alimentaria” (CONPES 09 de 2019).
7. **Comunicación horizontal:** proceso de intercambio de información, saberes y experiencias basado en la igualdad, el respeto y la corresponsabilidad entre las partes, que favorece el diálogo abierto y la construcción colectiva sin jerarquías.
12. **Conducta suicida:** Incluye la ideación suicida (riesgo leve, moderado o severo), la amenaza suicida (riesgo severo), y el intento de suicidio (tentativa o consumado). No se considera un trastorno mental, sino una respuesta a situaciones como pobreza, desempleo, pérdidas, conflictos familiares o laborales, y otras condiciones que afectan a personas emocionalmente vulnerables (Cardona, 2011 en CONPES 34, 2023).
8. **Creole:** Surge cuando personas de diferentes orígenes lingüísticos se ven obligadas a comunicarse y crean un nuevo idioma con elementos de sus lenguas maternas.

En este sentido, de ancestralidad africana y de base inglesa con vocabulario de lenguas africanas y caribeñas. (Livingston, 2022)

14. **Cultura campesina:** La cultura campesina tiene una riqueza profunda y variada que refleja las tradiciones, costumbres y modos de vida de las comunidades rurales. (El campesino, 2016)
9. **Cultura:** La cultura es el conjunto de elementos y características propias de una determinada comunidad humana. Incluye aspectos como las costumbres, las tradiciones, las normas y el modo de un grupo de pensarse a sí mismo, de comunicarse y de construir una sociedad. (Díaz, 2023)
16. **Derecho humano a la alimentación:** Derecho universal y vinculante que garantiza el acceso permanente a alimentos suficientes, salubres, nutritivos y culturalmente aceptables, como integridad del derecho a una vida digna (FAO, 2023).
17. **Despenalización:** cuando se elimina el proceso y castigo penal relacionado con las drogas, en Colombia por ejemplo está despenalizado el porte y consumo de la dosis mínima de drogas.
18. **Desplazamiento Forzado:** Acción de forzar a una persona o grupo a abandonar su lugar de residencia debido a la violencia del conflicto armado, afectando gravemente su bienestar y derechos fundamentales.
10. **Discriminación:** acción u omisión que niega, limita o vulnera derechos a una persona o grupo, basada en prejuicios relacionados con características como género, orientación sexual, identidad de género, edad, etnia, discapacidad, condición socioeconómica, entre otras.
11. **Discriminación Étnico-Racial:** Práctica que niega o limita derechos, acceso a recursos o trato digno a personas o comunidades por motivo de su origen étnico o racial (*Alcaldía Mayor de Bogotá, D. C., 2022*).
12. **Enfoque Étnico:** Reconocimiento de la diversidad cultural y étnica de las poblaciones, que busca garantizar el acceso a derechos desde una perspectiva diferencial, valorando saberes, prácticas y formas propias de organización social y territorial. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023)
13. **Espiritualidad:** Dimensión esencial de la vida palenquera, vinculada al respeto por los ancestros, los rituales, los ciclos naturales y la relación con lo sagrado. Está profundamente entrelazada con su comprensión de la salud y el bienestar (*Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D. C., 2023*).
14. **Expresión de género:** forma en que una persona manifiesta su género a través de apariencia, lenguaje, comportamiento, entre otros.
24. **Funcionalidad:** Capacidad de realizar de manera independiente las actividades de la vida diaria, tanto físicas como mentales, que son necesarias para desenvolverse en su entorno.
15. **Género:** Construcción social y cultural que asigna roles, expectativas y oportunidades diferenciadas a mujeres, hombres y personas con identidades diversas, influyendo en el acceso a derechos y servicios de salud.
26. **Habitante de ruralidad:** Se refiere a las personas que viven en áreas rurales o en zonas no urbanizadas, no se reconocen como campesinos (Sposob, 2024).
16. **Identidad de género:** vivencia interna del género, que puede o no coincidir con el sexo asignado al nacer. Incluye la manera en que se expresa y se nombra una persona.
28. **Inclusión:** Proceso que busca responder a la diversidad de las necesidades de todos los estudiantes mediante una mayor participación en el aprendizaje, las

culturas y las comunidades, y reduciendo la exclusión dentro y desde la educación.” (UNESCO, 2005, p. 13)

17. **La infantilización:** consiste en tratar a adultos como si fueran niños, restringiendo su autonomía, generando dependencia innecesaria y deslegitimando su capacidad de tomar decisiones independientes.
30. **Intergeneracional:** Enfoque que promueve el diálogo, la cooperación y el reconocimiento mutuo entre personas de diferentes edades, valorando sus aportes y experiencias para la construcción colectiva de saberes y prácticas sociales.
18. **Interseccionalidad:** Enfoque analítico que explica cómo se superponen y combinan diferentes formas de desigualdad (género, etnia, clase, edad, orientación sexual, discapacidad, condición migratoria, entre otras) generando experiencias específicas de discriminación o privilegio.
19. **Kriss Romaní:** es el mecanismo de autogobierno a través del cual el pueblo Rrom gestiona sus asuntos internos y preserva su identidad cultural única, a menudo en paralelo con los sistemas legales de las sociedades no-Rrom (Cristo, E.; Salinas, J. Comunicación personal, julio de 2025).
20. **Kumpania:** Es la unidad social y familiar básica del pueblo Rrom. No es solo un grupo de personas, sino una estructura de parentesco, ayuda mutua y toma de decisiones que incluye varias familias extensas. Representa el núcleo de la vida colectiva (Cristo, E.; Salinas, J. Comunicación personal, julio de 2025).
35. **Legalización:** permitir la producción, comercialización y consumo de sustancias psicoactivas sin ninguna restricción diferente a la que impone el juego de la oferta y la demanda.
21. **Medicina Ancestral:** La medicina tradicional afrocolombiana es el resultado de un proceso histórico de resistencia y adaptación, donde el conocimiento de las plantas, los rituales de sanación y las prácticas espirituales se entrelazan como formas de cuidado integral del cuerpo, la mente y el espíritu. (Ministerio de Cultura de Colombia, 2010, p. 45)
37. **Memoria Histórica:** Proceso de reconstrucción de los hechos del conflicto armado, promoviendo el reconocimiento de las víctimas, la verdad y la prevención de la repetición de la violencia, a través de iniciativas como la Comisión de la Verdad.
38. **Migrante Irregular:** Persona que cruza o permanece en un país sin autorización conforme a la ley y acuerdos internacionales (OIM, 2020).
39. **Migrante Regular:** Individuo con permiso legal para entrar y residir en un país, ya sea a corto o largo plazo (OIM, 2020).
40. **Movimientos Mixtos:** Grupo diverso que viaja junto, usualmente de forma irregular, con distintas necesidades, incluyendo refugiados y víctimas de tráfico (ACNUR, 2016).
22. **Nombre identitario:** nombre con el que una persona se autoafirma, aunque no coincida con el legal. Es un derecho que debe ser respetado.
23. **Orientación sexual:** atracción sexual, afectiva o erótica hacia personas de determinado sexo, género o sin relación a estos.
24. **Persona No binaria:** no se identifica exclusivamente con los géneros masculino o femenino. Esta identidad de género se encuentra fuera del binarismo de género, que es la creencia de que solo existen dos géneros, hombre y mujer. Las personas no binarias pueden identificarse con una mezcla de ambos géneros, con ninguno, o con una identidad de género fluida que cambia con el tiempo. Y es muy importante el reconocimiento de personas No binarias, AFAN y AMAN por la experiencia de vida



- y se refieren a "Asignado Mujer Al Nacer" y "Asignado Hombre Al Nacer", respectivamente. Estos términos describen el género que fue asignado a una persona al nacer, según las características biológicas, y no necesariamente coincide con su identidad de género actual, que puede ser no binaria.
25. **Persona trans:** persona cuya identidad de género difiere del sexo asignado al nacer. Puede o no realizar procesos de transición física o legal.
  45. **Problema mental:** Hace referencia a síntomas que causan malestar emocional o dificultan la relación con otros, sin constituir un trastorno. Suelen ser leves o moderados y asociados a eventos vitales negativos, estrés interpersonal, falta de apoyo o adaptación (MSPS, 2025, p. 15).
  46. **Prohibición:** negar, perseguir y castigar la producción, comercialización y consumo de sustancias psicoactivas ilegales
  47. **Reconciliación:** Proceso social y político de restablecer la convivencia y la armonía en las comunidades que han sido afectadas por la violencia, basado en el respeto mutuo, la justicia, la reparación y la verdad.
  48. **Refugiado:** Individuo que huye de su país por persecución basada en raza, religión, nacionalidad, opinión política o grupo social (Convención de Ginebra, 1951).
  49. **Regulación:** Consumo regulado de sustancias psicoactivas bajo normas que reducen riesgos y daños (impuestos, educación, prohibición a menores, sin publicidad y con lugares de consumo específicos).
  50. **Reincorporados:** Los reincorporados son las personas que, tras dejar las armas en el marco del Acuerdo de Paz con las FARC-EP, acceden a un proceso integral, sostenible y transitorio de retorno a la vida civil. A diferencia de anteriores desmovilizaciones, este proceso reconoce plenamente sus derechos —incluida la participación política— y busca fortalecer el tejido social, la convivencia y la reconciliación en los territorios, así como impulsar proyectos productivos y democráticos desde una perspectiva de libertad individual y dignidad.
  51. **Reinserción:** se entiende como una fase de corta duración, inmediatamente posterior a la desmovilización, en la que los excombatientes reciben apoyos básicos de salud, refugio, alimentación y educación. Según Naciones Unidas, esta etapa suele extenderse alrededor de un año y prepara la transición hacia procesos de mayor alcance como la reintegración o la reincorporación. Su carácter es temporal y busca asegurar condiciones mínimas de subsistencia y estabilidad en el paso inicial a la vida civil.
  52. **Reintegración:** Es el proceso por el cual los excombatientes adquieren la condición civil y obtienen empleo e ingresos sostenibles. La reintegración es esencialmente un proceso social y económico con un marco de tiempo abierto.
  53. **Reparación Integral:** Proceso mediante el cual el Estado, a través de medidas de justicia, restitución, indemnización y rehabilitación, busca restaurar los derechos vulnerados a las víctimas del conflicto armado.
  54. **Retornado:** Persona que emigró y posteriormente retorna a su país de origen (OIM, 2020).
  55. **Revictimización:** Es una acción que genera nuevas formas de daño hacia una víctima del conflicto armado, ya sea directa o indirecta, como la estigmatización o la falta de acceso a justicia y reparación.
  26. **Saberes Ancestrales:** Conocimientos, prácticas y formas de cuidado de la salud que han sido transmitidos de generación en generación dentro de la comunidad

- afrocolombiana, y que hacen parte de su identidad cultural y espiritual. (Restrepo, E. 2008)
57. **Salud mental comunitaria:** Enfoca la salud mental desde las condiciones emocionales y sociales de las personas, promoviendo intervenciones orientadas a recuperar vínculos comunitarios y fomentar la participación colectiva en la construcción del bienestar (Proyecto AMARES, 2006 en MSPS, 2025, p. 14-15).
  58. **Seguridad alimentaria y nutricional (SAN):** Situación en la que *todas las personas, en todo momento*, tienen acceso físico, económico y cultural a alimentos suficientes, seguros, nutritivos, inocuos y adecuados para una vida saludable y activa (FAO, 1996 & 2002; Maxwell et al, 1992 & 1996).
  27. **Sere Rromengue:** Literalmente "cabeza Rrom". Es el líder o autoridad reconocida de una Kumpania o grupo de Kumpanias. Ejerce funciones de mediación, representación y guía para la comunidad (Cristo, E.; Salinas, J. Comunicación personal, julio de 2025).
  60. **Soberanía alimentaria:** "El derecho de los pueblos a alimentos sanos y culturalmente adecuados, producidos mediante métodos ecológicos responsables, y a definir sus propios sistemas alimentarios y agrícolas" (La vía campesina, 2023).
  61. **Sustancia Psicoactiva:** Es toda sustancia que, al ser introducida en el organismo, por cualquier vía de administración, produce una alteración en el funcionamiento natural del Sistema Nervioso Central del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas. (*Ministerio de Salud y Protección Social*, s.f).
  62. **Territorio rural:** Espacio geográfico donde se desarrollan las actividades agrícolas, ganaderas y otras relacionadas con la vida rural. Este territorio se caracteriza por su baja densidad poblacional y sus actividades productivas vinculadas al uso de la tierra.
  28. **Tradición:** Expresión de la permanencia en el tiempo de una comunidad; en este sentido es una de las formas que asume la memoria colectiva y una generadora de identidad. (Medraza, 2005)
  64. **Trastorno mental:** Según el DSM-V, es un síndrome con alteraciones significativas en lo cognitivo, emocional o conductual, reflejando una disfunción psicológica, biológica o del desarrollo. Se diferencia del problema mental por la severidad y el nivel de disfuncionalidad psicosocial. Puede ser temporal o crónico, y es equivalente a enfermedad mental (Consejo Distrital de Política Económica y Social del Distrito Capital, 2023, p. 115; MSPS, 2025, p. 15-16).

## INTRODUCCIÓN

Este documento ha sido elaborado por el equipo de gestión poblacional de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, como parte de su compromiso institucional con la garantía del derecho a la salud y con el fortalecimiento de procesos inclusivos, participativos y basados en los derechos humanos. Responde a la necesidad de contar con una herramienta que oriente la apropiación de los enfoques poblacional, diferencial y de género en la participación social en salud, integrando una mirada interseccional, territorial y culturalmente situada.

Su construcción se fundamenta en un marco normativo vigente, que incluye la Resolución 2063 de 2017, que establece los lineamientos de la Política de Participación Social en Salud (PPSSS), y la Resolución 2210 de 2021, que adopta la metodología para incorporar los enfoques poblacional, diferencial y de género en los instrumentos de planeación del Distrito Capital. Estos referentes exigen a las entidades públicas reconocer y actuar frente a las desigualdades estructurales que atraviesan a las poblaciones diversas que habitan Bogotá, transformando los modos de diseñar, ejecutar y evaluar las políticas públicas.

La guía es el resultado de una construcción colectiva. Recoge insumos de procesos participativos, sistematizaciones, ejercicios de planeación territorial y aprendizajes acumulados en diálogo con comunidades, organizaciones sociales y actores institucionales. Su escritura ha sido un ejercicio de escucha y co-creación, orientado a traducir la diversidad de experiencias en orientaciones prácticas que fortalezcan la participación social en salud bajo el principio de ser incidente, incluyente, vinculante y consciente (IVC), tal como lo establece el *Modelo de Atención en Salud MÁS Bienestar*.

Desde este lugar de enunciación, la Secretaría de Salud, a través del equipo de gestión poblacional, asume un rol político, ético y social que va más allá de la función técnica. La transversalización de enfoques se entiende como una práctica situada, que construye puentes entre el conocimiento institucional y los saberes comunitarios, entre las exigencias normativas y las experiencias territoriales (Equipo Poblacional, 2024a). Se reconoce que las desigualdades sociales en salud no son producto del azar ni de decisiones individuales, sino resultado de sistemas históricos de exclusión y dominación; por ello, la participación social transformadora se convierte en la vía para que la salud sea garantizada desde la acción y el protagonismo de las comunidades (Equipo Poblacional, 2024a).

El aprendizaje colectivo ha mostrado que las narrativas institucionales dominantes suelen producir exclusiones simbólicas, y que es necesario preguntarse “quién cuenta la historia” y desde dónde se enuncia la experiencia (Equipo Poblacional, 2024a). Este cuestionamiento impulsa a abrir espacios de co-construcción de sentidos, reconociendo memorias, subjetividades y prácticas organizativas que desbordan los marcos convencionales. Experiencias como las ciudadanías cannábicas, la soberanía alimentaria, el cuidado colectivo en salud mental o las prácticas propias de pueblos étnicos, resignifican

la participación social en salud como un campo de acción comunitaria y política (Equipo Poblacional, 2024a; 2024b).

El Modelo Distrital de Salud MÁS Bienestar materializa estos principios impulsando una participación social transformadora con IVC, fortalecida por la interculturalidad y orientada desde una perspectiva social de la salud. Esta visión ha fortalecido el rol del equipo como facilitador entre la política pública y las voces de los territorios, garantizando que las comunidades no solo sean consultadas, sino que tengan poder real de decisión en la construcción de políticas y rutas de atención.

Este lugar de enunciación no se limita a la adscripción institucional: es una postura ética y estratégica que reconoce las tensiones entre los mandatos técnicos y las realidades territoriales, y que asume la mediación como un acto político para introducir cambios significativos (Equipo Poblacional, 2024a). De allí surge el compromiso de revisar constantemente las propias prácticas, cuestionar los lenguajes y formatos que excluyen, y promover metodologías de participación que habiliten poder real de transformación.

En suma, esta guía es una declaración de compromiso institucional con la justicia social, la inclusión y la participación social transformadora con IVC. Es el resultado de un proceso colectivo que articula lo comunitario con lo institucional, lo normativo con lo cotidiano, y que invita a pensar la participación en salud como una práctica de corresponsabilidad y de construcción de ciudadanías diversas para una Bogotá más equitativa, cuidadora y democrática

## ANTECEDENTES

Colombia cuenta con un conjunto de marcos normativos, políticos y técnicos que orientan la incorporación de los enfoques poblacional, diferencial y de género en las políticas públicas. Estos se fundamentan principalmente en la Constitución Política de 1991, que consagra la igualdad como principio fundamental y establece una protección especial para los grupos históricamente discriminados o en situación de vulnerabilidad.

En esa línea, la Ley 1438 de 2011, que reforma el sistema general de seguridad social en salud, establece en su artículo 136 la obligación de definir una política nacional de participación social en salud. Esta política debe fortalecer la capacidad ciudadana para incidir en todo el ciclo de la política pública —desde el diseño, la ejecución, la evaluación hasta el ajuste—, así como fomentar el autocuidado, la veeduría sobre los recursos del sistema, la participación en la definición de políticas y la presupuestación participativa.

Este mandato nos recuerda que la participación no puede limitarse a la asistencia pasiva a espacios formales. Por el contrario, debe asumirse como un ejercicio activo de corresponsabilidad para mejorar las condiciones de salud colectiva y garantizar los derechos. Es justamente en este punto donde se hace imprescindible la transversalización de los enfoques poblacional, diferencial y de género: solo reconociendo las trayectorias de vida, las condiciones de exclusión y las necesidades particulares de las personas y comunidades, es posible diseñar procesos participativos que sean realmente efectivos, inclusivos y transformadores.

En ese sentido, la Ley 1438 se articula con otros marcos normativos nacionales —como la Constitución, los lineamientos del Departamento Nacional de Planeación (DNP), así como resoluciones territoriales como la 2210 de 2021— al reafirmar que la salud pública debe construirse desde un enfoque de derechos, y que la participación social debe ser diversa, representativa y adaptada a las realidades concretas de los territorios.

Precisamente, la Resolución 2210 de 2021, expedida por la Secretaría Distrital de Planeación de Bogotá, se inscribe en esta misma lógica al establecer de manera obligatoria la incorporación de los enfoques poblacional, diferencial y de género en los instrumentos de planeación del Distrito Capital. Esta resolución materializa a nivel local una intención más amplia del Estado colombiano: que las políticas públicas no se limiten a reconocer la diferencia, sino que actúen de manera concreta frente a las desigualdades estructurales para garantizar condiciones de vida digna y equitativa para todas las personas.

Este acto administrativo busca que las entidades distritales no se limiten a mencionar los enfoques en sus documentos, sino que los apliquen de manera real y sostenida en sus planes, programas y proyectos, desde la formulación hasta la evaluación. Parte del reconocimiento de la diversidad que caracteriza a Bogotá —étnica, cultural, territorial, etaria, sexual, funcional, entre otras— y de la necesidad de atender las brechas históricas que afectan a distintos grupos poblacionales. Para ello, plantea una metodología orientadora que permite tomar decisiones considerando las condiciones específicas de vida de las personas, bajo los principios de no discriminación y enfoque en derechos humanos.

En el contexto de la participación social en salud, la Resolución 2210 es especialmente relevante, ya que respalda la necesidad de promover procesos más inclusivos, ajustados a las realidades de los territorios y coherentes con las necesidades de quienes han sido históricamente marginados o excluidos de la toma de decisiones.

De forma complementaria, la Resolución 2063 de 2017 adoptó la Política Pública Poblacional para el Distrito Capital, que plantea una apuesta estratégica por la garantía de derechos, la inclusión y la equidad de los diversos grupos poblacionales que habitan la ciudad. Esta política reconoce la diversidad como un valor y propone que el desarrollo debe construirse desde el reconocimiento de las particularidades étnicas, etarias, de género, culturales y territoriales.

La Resolución 2063 de 2017 establece el marco nacional de principios y compromisos para la participación social en salud, reconociendo los enfoques poblacional, diferencial y de género como orientadores de la política pública. No obstante, su carácter es principalmente declarativo y programático. Por su parte, la Resolución 2210 de 2021, aplicable al Distrito Capital, ofrece una herramienta metodológica clara que define cómo integrar de manera operativa dichos enfoques en los procesos de planeación y gestión distrital. De esta forma, la 2210 no sustituye a la 2063, sino que la complementa en el ámbito territorial, al traducir los postulados de equidad y reconocimiento en lineamientos concretos para la acción institucional.

Esta articulación entre resoluciones es especialmente significativa en el ámbito de la participación social en salud, donde por años han prevalecido enfoques generalistas que no logran captar la complejidad de las desigualdades territoriales, ni las formas específicas en que las comunidades viven, comprenden y ejercen su derecho a la salud. La transversalización de los enfoques permite diseñar procesos participativos más justos y eficaces, que reconozcan y se ajusten a las condiciones reales de cada población, y que les otorguen una voz activa en la toma de decisiones.

Es decir, no se trata solo de abrir espacios de participación, sino de transformar las prácticas institucionales para que estos espacios sean realmente accesibles, relevantes y efectivos, sobre todo para quienes históricamente han tenido menos oportunidades de participación y decisión.

En esa misma línea, la Ley Estatutaria 1751 de 2015 refuerza el papel central de la participación al declarar que la salud es un derecho fundamental, autónomo e irrenunciable, tanto en lo individual como en lo colectivo. En su artículo 12, establece expresamente que las personas tienen derecho a participar en las decisiones que adopten los actores del sistema de salud y que puedan afectarles.

Esta afirmación, junto con lo dispuesto en la Ley 1438 y las resoluciones mencionadas, permite consolidar una visión compartida: la participación es un derecho, una herramienta de transformación social y una condición necesaria para construir políticas públicas justas y eficaces.

**Comentado [D01]:** @Julie Pauline, Bustos Velandia por fa revisa esta versión del párrafo que te suprimo. El ajuste es para precisar el alcance de cada resolución: la 2063 como marco nacional con carácter programático y la 2210 como instrumento metodológico aplicable al Distrito Capital. La redacción ahora enfatiza la complementariedad entre ambas normas sin que parezca que una sustituye a la otra

Este marco normativo articulado —que incluye también políticas nacionales, lineamientos técnicos y experiencias locales— reconoce que la participación debe adaptarse a las dinámicas de los territorios, a las trayectorias de vida, a los saberes locales, a los lenguajes y formas de organización propias de cada comunidad. Por eso, la transversalización de los enfoques no puede entenderse como un requisito adicional o accesorio, sino como una vía fundamental para lograr una participación social verdaderamente equitativa, significativa y transformadora.

A pesar de los avances, en muchos casos las políticas siguen operando en niveles básicos de participación, centrados en la información o la consulta superficial. Aunque se han promovido espacios con mayor capacidad de incidencia —sobre todo en políticas dirigidas a grupos históricamente excluidos— persisten múltiples barreras: falta de mecanismos efectivos, recursos limitados, resistencia institucional y desconfianza ciudadana. La participación decisoria, aquella en la que las comunidades realmente influyen en las decisiones, sigue siendo la gran deuda pendiente.

Por eso, avanzar hacia una participación transformadora implica valorar la diversidad de actores, garantizar mecanismos accesibles, fortalecer las capacidades comunitarias y diseñar estrategias acordes con cada contexto. También exige voluntad política, articulación intersectorial y herramientas de evaluación que permitan medir el impacto real de la participación en la salud y viceversa.

En conclusión, la articulación entre la Ley 1751, la Ley 1438, la Resolución 2063 y la Resolución 2210 configura una hoja de ruta clara. Para que la participación en salud sea efectiva y transformadora, debe estar atravesada por el reconocimiento de la diversidad, la garantía de derechos y el enfoque diferencial. Solo así será posible construir una política pública más justa, más cercana y verdaderamente participativa.

A pesar de los avances normativos en Colombia —como la Ley 1438 de 2011, la Ley Estatutaria 1751 de 2015, la Ley 1448 de 2011 y las resoluciones 2063 y 2210 del Distrito Capital—, la implementación real de la participación social en salud con enfoque poblacional, diferencial y de género aún presenta múltiples desafíos. Las normas señalan el deber de garantizar la participación y transversalizar los enfoques, pero no siempre indican cómo hacerlo de manera práctica, contextualizada y efectiva, especialmente en territorios diversos y con poblaciones históricamente excluidas.

En la práctica, la participación continúa desarrollándose en niveles básicos de consulta o información, sin lograr una incidencia real en las decisiones públicas. Las barreras de acceso, representación, comprensión técnica y articulación intersectorial siguen limitando el ejercicio pleno de este derecho. Aunque existen políticas que promueven mayores niveles de participación, estas aún no logran consolidarse como práctica generalizada ni transformadora dentro del sistema de salud.

Por eso, esta guía se vuelve una herramienta necesaria. No reemplaza los marcos normativos existentes, sino que los complementa con orientaciones metodológicas concretas, accesibles y adaptadas a los contextos reales. Su propósito es fortalecer la

capacidad institucional y comunitaria para construir procesos de participación social en salud que sean Incidentes, incluyentes, vinculantes y conscientes, contribuyendo a cerrar la brecha entre el deber ser normativo y la realidad territorial, desde un enfoque basado en derechos, diversidad y justicia social.



## **CAPÍTULO 1. TRANSVERSALIDADES DE LOS ENFOQUES POBLACIONALES, DIFERENCIALES Y DE GÉNERO**

El Estado colombiano tiene la responsabilidad principal de garantizar el derecho a la salud mediante políticas públicas adecuadas, una asignación suficiente de recursos y la regulación efectiva de los servicios. A su vez, la sociedad civil desempeña un rol fundamental en la vigilancia, promoción y defensa de este derecho, participando en la formulación de políticas y, en algunos casos, en la prestación de servicios complementarios.

Para garantizar los Derechos Humanos en salud, es indispensable aplicar enfoques que reconozcan que no todas las personas viven las mismas condiciones ni enfrentan los mismos riesgos. Bajo esta lógica, la Dirección de Participación Social de la Secretaría Distrital de Salud asume el Enfoque Basado en Derechos Humanos (EBDH) como el marco que orienta sus acciones, desde el cual se desprenden los enfoques poblacional, diferencial y de género. Este enfoque sitúa a las personas en el centro de la política pública, entendiendo que el desarrollo se mide por el respeto y garantía de los derechos fundamentales.

El EBDH reconoce que el derecho a la salud no se limita al acceso a servicios médicos, sino que también incluye condiciones esenciales como el agua potable, saneamiento, alimentación adecuada, vivienda digna y participación. La salud, entendida como derecho, debe ser universal, equitativa, participativa y sujeta a rendición de cuentas.

Desde este enfoque, la participación social es un pilar esencial. No solo se trata de incluir a la ciudadanía en procesos institucionales, sino de reconocerla como protagonista activa de su propio bienestar. Cuando las políticas de salud adoptan este enfoque, se fortalecen el empoderamiento de las comunidades, la transparencia institucional y la co-creación de políticas más efectivas y justas.

*Derechos humanos y salud: principios clave.* Los derechos humanos están en la base del derecho a la salud, especialmente para las poblaciones en mayor situación de vulnerabilidad. Este vínculo se sustenta en principios como la dignidad, la no discriminación, la igualdad de trato, la participación, la interculturalidad y la progresividad del derecho. Su aplicación permite visibilizar las necesidades específicas de cada grupo poblacional, atender particularidades e incidir en las condiciones estructurales que afectan el bienestar.

En Colombia, la salud es reconocida como derecho fundamental en el artículo 49 de la Constitución y la Ley Estatutaria 1751 de 2015. Esto implica que el acceso debe ser garantizado por el Estado de manera oportuna, eficaz, continua y con calidad. Desde la Dirección de Participación Social, Gestión Territorial y Transectorialidad, este mandato se traduce en acciones concretas para territorializar los enfoques, asegurar condiciones de equidad y fomentar la participación real de las comunidades.

*Aplicación del enfoque de derechos humanos a los enfoques diferenciales.* Incorporar un enfoque de derechos humanos en el sistema de salud permite avanzar de manera concreta en la transversalización de los enfoques poblacional, diferencial y de género. Este enfoque contribuye a reconocer la diversidad de grupos y contextos, adaptando las políticas a sus

realidades particulares, y promueve la equidad en el acceso a los servicios, combatiendo activamente las prácticas discriminatorias que limitan la garantía del derecho a la salud.

Además, fortalece la participación efectiva de las comunidades, permitiéndoles incidir en las decisiones que afectan su bienestar y fomentando su capacidad de organización y acción colectiva. Al mismo tiempo, exige el diseño de políticas públicas inclusivas, que respondan a las condiciones concretas de los territorios y a las características de las poblaciones que los habitan. Este enfoque también permite abordar y transformar las causas estructurales que perpetúan la desigualdad y la exclusión en salud.

Para que el derecho a la salud se garantice de forma integral, este debe basarse en principios fundamentales que orienten tanto su formulación como su implementación. Entre ellos se destacan:

- **Universalidad**, que reconoce el derecho de todas las personas, sin distinción, a alcanzar el más alto nivel posible de salud.
- **Integralidad**, que entiende la salud como un estado físico, mental y social completo, y no solo como la ausencia de enfermedad; incluye servicios de prevención, promoción, atención y rehabilitación.
- **Equidad**, que busca cerrar las brechas de acceso, brindando condiciones justas a todas las personas, en especial a quienes enfrentan mayores barreras.
- **Participación**, que garantiza el derecho de la ciudadanía a incidir en las decisiones públicas que impactan su salud, promoviendo la corresponsabilidad y el empoderamiento colectivo.
- **Progresividad**, que implica una mejora constante en las condiciones de acceso a servicios y tecnologías de salud, eliminando obstáculos de tipo económico, cultural, geográfico o administrativo.
- **Interculturalidad**, que reconoce, respeta e integra los saberes, prácticas y cosmovisiones propias de los pueblos y comunidades étnicas en la atención integral en salud.
- **Protección diferenciada**, que asegura medidas concertadas con los pueblos indígenas, ROM, comunidades afrodescendientes, raizales y palenqueras, reconociendo sus derechos colectivos y sus formas propias de cuidado.

En conjunto, estos principios consolidan un marco para que la política pública en salud sea más inclusiva, justa y transformadora, en sintonía con las realidades y derechos de la población diversa que habita el territorio.

*Participación como expresión del derecho a la salud.* La participación ciudadana en salud es un mecanismo para ejercer y garantizar el derecho a la salud. Permite a las personas incidir en la formulación, seguimiento y evaluación de políticas, fortaleciendo la democracia sectorial y promoviendo corresponsabilidad entre Estado, ciudadanía y prestadores. No basta con informar o consultar: se requiere crear condiciones para una participación real, representativa y con poder de decisión.

Esta visión cobra especial sentido cuando se abordan problemáticas complejas como la salud mental y la seguridad alimentaria. En Bogotá, ambos temas son considerados procesos transversales que inciden directamente en el bienestar colectivo. Por su naturaleza interseccional, deben abordarse desde un enfoque integral que reconozca los determinantes sociales, económicos, culturales y territoriales que los configuran.

En particular, el enfoque de derechos humanos permite visibilizar cómo la salud mental, por ejemplo, debe ser reconocida como un derecho esencial para todas las poblaciones, donde las personas no solo sean receptoras de atención, sino también agentes activos con capacidad de decisión y autonomía. Lo mismo aplica para la seguridad alimentaria, entendida como un derecho que exige condiciones dignas, participación comunitaria y garantía institucional.

### Salud Mental

En el marco del Modelo de Atención en Salud MAS Bienestar, la Dirección de Participación Social, Gestión Territorial y Transectorialidad ha fortalecido el acompañamiento a procesos comunitarios en salud mental, promoviendo el cuidado integral y el bienestar colectivo, la eliminación del estigma, y el impulso a liderazgos comunitarios que fortalezcan la confianza institucional. Este trabajo incorpora los enfoques poblacionales, diferencial, de género e interseccional, reconociendo la autonomía y los saberes de las comunidades, así como sus prácticas restaurativas.

La Ley 1616 de 2013 define la salud mental como un estado dinámico que permite a las personas desenvolverse y contribuir a su comunidad. En consonancia, la Política Nacional de Salud Mental 2024–2033 la reconoce como un derecho fundamental y una responsabilidad compartida, que abarca dimensiones físicas, emocionales, sociales y culturales, desde un enfoque integral, diferencial y territorial (MSPS, 2025).

Hallazgos recientes, como los derivados de los talleres de participación social transformadora en 2024, muestran que la visión dominante sobre salud mental en las comunidades aún se asocia a la presencia o ausencia de patologías, bajo un enfoque clínico. Sin embargo, esta visión no representa la diversidad de pueblos y comunidades de Bogotá, cuyas concepciones incluyen elementos simbólicos, espirituales, culturales y relacionales.

La salud mental está atravesada por fenómenos como la identidad, los imaginarios sociales y la cosmovisión comunitaria. Desde una perspectiva diferencial, se entiende como una construcción amplia que despatologiza las diversidades, incluyendo identidades trans, cosmovisiones afro o prácticas indígenas ancestrales, y promueve estrategias de atención que eviten la medicalización, la invisibilización y la reproducción de violencias (Barahona Néjer y Añazco Aguilar, 2020). En concordancia con Muñoz et al. (2016), la salud mental no debe entenderse únicamente como la ausencia de trastorno mental, sino como una construcción amplia que reconoce y despatologiza las diversidades, incluyendo identidades trans, cosmovisiones afro con cargas históricas-emocionales y prácticas ancestrales indígenas. Esta perspectiva orienta estrategias y espacios que buscan resignificar la salud mental desde los enfoques poblacionales y diferenciales, dado que su ausencia contribuye

**Comentado [D02]:** Enlace: salud mental, soberanía y seguridad alimentaria

a procesos de medicalización, invisibilización y a la reproducción de violencias en la atención, como advierte Ballester-Arnal (2020).

En este sentido, políticas públicas como la Política Distrital de Salud Mental 2023–2032 (Consejo Distrital de Política Económica y Social del Distrito Capital, 2023) responden al llamado de los marcos internacionales y a las realidades socioculturales del país (Delgado & Rist, 2016; Rojas et al., 2018). Esta política enfatiza la necesidad de una articulación sostenida entre niveles de gobierno y sectores, que promueva la participación social y comunitaria como herramienta de incidencia, control social y transformación institucional.

Finalmente, se promueve una participación social transformadora, incluyente y consciente, que reconozca a las personas con problemas de salud mental, sus redes de apoyo y sus comunidades como actores clave en la construcción de políticas públicas que afectan directamente su bienestar.

#### ***Instancias de participación comunitaria en Salud Mental***

- **Consejo Consultivo Distrital de Salud Mental:** instancia permanente de asesoría y seguimiento a la política de salud mental, coordinada por la Secretaría Distrital de Salud.
- **Consejos Locales de Salud Mental Comunitaria:** instancias locales en proceso de reglamentación, orientadas a fortalecer la participación y el abordaje integral de la salud mental desde los territorios.

#### ***Orientaciones para la facilitación de procesos participativos en Salud Mental:***

##### ***a. Recomendaciones para el diseño, implementación y difusión de espacios:***

- Los espacios de participación social en salud mental deben entenderse como construcciones colectivas que integran dimensiones emocionales, relacionales y culturales. Es clave garantizar entornos seguros y de confianza, evitar enfoques directivos y promover prácticas que fortalezcan la autonomía, la escucha activa y la agencia personal desde un enfoque humanizado.
- Deben construirse desde la co-creación con las comunidades, reconociéndolas como sujetos de derechos. Es fundamental articular con instancias ya existentes, asegurar representatividad real, más allá de vocerías institucionales y prever condiciones técnicas y logísticas que garanticen su sostenibilidad en el tiempo.
- La vinculación debe adaptarse a las realidades locales, utilizando medios diversos y accesibles como la radio, redes sociales y liderazgos comunitarios. Se requiere garantizar accesibilidad cultural, sensorial y tecnológica, y promover la presencia institucional directa en el territorio para comprender mejor los contextos y necesidades.
- Las metodologías deben ajustarse a las características socioculturales de cada población, incorporando herramientas como el arte, la oralidad o la corporalidad. Es clave evitar enfoques verticales y promover el diálogo horizontal, reconociendo los saberes comunitarios en igualdad con el conocimiento técnico.

*b. Principios de buen relacionamiento, abordaje y buenas prácticas para interactuar con la población:*

- Todo espacio debe promover la escucha activa, el respeto mutuo y la validación de experiencias, reconociendo las características individuales, colectivas y contextuales de las personas desde un enfoque humanizado, de derechos, diversidad, género y diferencial.
- Es fundamental garantizar entornos libres de estigmas, prejuicios y violencias, cuidando tanto el lenguaje verbal como corporal. Esto fortalece relaciones horizontales entre instituciones y comunidades, favoreciendo la participación equitativa y el diálogo de saberes en salud mental.
- Los equipos deben contar con herramientas de contención emocional, primeros auxilios psicológicos y rutas de atención claras, para responder adecuadamente ante situaciones críticas y brindar una atención segura, empática y oportuna.

### **Soberanía y Seguridad alimentaria y nutricional**

Así como en salud mental, el enfoque de derechos humanos reconoce la soberanía y la seguridad alimentaria y nutricional (SySAN) como derechos fundamentales que garantizan el acceso equitativo, suficiente y culturalmente adecuado a los alimentos (OMS, 2004). Esta perspectiva se articula con la participación social, entendida como el derecho de las comunidades a decidir sobre sus sistemas alimentarios, promoviendo su autonomía y el respeto a sus prácticas culturales.

Desde el Modelo de Atención en Salud MAS Bienestar, la alimentación y nutrición son determinantes sociales claves del bienestar colectivo. Este modelo destaca la intersectorialidad, el enfoque territorial y la participación social transformadora como principios esenciales para abordar la SySAN con acciones sostenibles y contextualizadas.

La participación social y comunitaria ha sido reconocida como base para sociedades equitativas y sostenibles, particularmente en áreas como soberanía alimentaria, seguridad alimentaria y nutricional, agricultura urbana y agroecología. Investigaciones de Vargas (2019) y Gómez y Rodríguez (2019) destacan la importancia de fortalecer espacios donde las comunidades gestionen sus recursos alimentarios y prácticas culturales, contribuyendo al bienestar colectivo.

Tanto a nivel nacional como distrital, las políticas públicas respaldan esta visión. A nivel nacional, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) promueve el derecho a la alimentación mediante la participación comunitaria, mientras, en Bogotá, la Política Pública de Seguridad Alimentaria y Nutricional establece la participación ciudadana como eje transversal para garantizar este derecho, articulando actores institucionales y comunitarios.

Desde un enfoque de equidad y derechos, es esencial reconocer las prácticas autónomas de los grupos poblacionales, considerando dimensiones diferenciales y de género. La Política de Participación Social en Salud, junto con la de Seguridad Alimentaria y Nutricional y la Política de Ruralidad, ofrece un marco estratégico para estas acciones. Argueta (2021)

subraya que la inclusión de mujeres y poblaciones vulneradas en la gestión social fortalece la resiliencia comunitaria frente al cambio climático y la inseguridad alimentaria.

En Bogotá, las experiencias locales han impulsado redes comunitarias que promueven la producción sostenible de alimentos. Según Delgado y Rist (2016), estas redes no solo fortalecen la seguridad alimentaria, sino también el diálogo de saberes entre conocimientos ancestrales y modernos, empoderando a las comunidades desde la soberanía alimentaria.

El enfoque diferencial y de género es esencial para garantizar que las políticas respondan a las necesidades específicas de cada grupo. Beltrán (2016) destaca el rol de las mujeres en huertas comunitarias y educación alimentaria, subrayando su aporte a la formulación de políticas inclusivas y culturalmente pertinentes.

La institucionalidad, por su parte, debe facilitar procesos participativos mediante espacios como consejos consultivos y mesas de trabajo. Estas instancias permiten que las comunidades expresen sus inquietudes y propongan soluciones acordes con sus realidades (Gamboa, Vargas y Salcedo, 2021).

En este contexto, es necesario articular esfuerzos entre comunidades y entidades gubernamentales, integrando enfoques diferenciales y de género, y valorando los saberes locales como herramientas clave para construir sociedades más justas y sostenibles.

Las entidades del distrito, a través de la Política Pública de Seguridad Alimentaria y Nutricional, promueven la participación de ciudadanía, entidades del distrito y organizaciones sociales en la planificación de estrategias que garanticen el derecho a la alimentación. El ICBF ha establecido lineamientos técnicos que impulsan la participación comunitaria en la formulación y seguimiento de políticas públicas en SySAN, promoviendo comités y consejos como espacios claves para la toma de decisiones.

Desde la academia, la Universidad Nacional ha liderado las "Escuelas de Líderes Gestores en Soberanía y Seguridad Alimentaria y Nutricional", que buscan formar líderes comunitarios en prácticas sostenibles y saludables (Aguirre, 2020; Bernal, 2021; OBSAN, 2009; 2012; Murcia & Rodríguez, 2014; Lemus & Villamil, 2017).

La sociedad civil también ha sido crucial. La Red de Huertas Urbanas de Bogotá, integrada por colectivos ciudadanos, impulsa la agricultura urbana como herramienta de soberanía alimentaria, fortaleciendo la autosuficiencia, el aprendizaje y los vínculos comunitarios.

Otras estrategias comunitarias incluyen la transformación de residuos orgánicos mediante composteras en espacios públicos y la preservación e intercambio de semillas nativas en zonas urbanas y periurbanas, fundamentales para conservar la diversidad genética adaptada a contextos locales.

Estas acciones demuestran que la participación social es pilar fundamental para construir sistemas alimentarios justos, sostenibles e inclusivos, garantizando el derecho a la alimentación para toda la población

### **Orientaciones para la facilitación de procesos participativos en Soberanía y seguridad alimentaria y nutricional**

1. Partir del enfoque de derechos: Reconoce que la alimentación es un derecho humano, no una ayuda, y así debe abordarse en todos los espacios comunitarios.
2. Valorar los saberes comunitarios: Integra los conocimientos tradicionales con los técnicos, promoviendo el diálogo horizontal entre comunidad e institucionalidad.
3. Aplicar enfoques diferencial, poblacional y de género: Asegura la participación diversa y ajusta las actividades a las realidades culturales, sociales y territoriales de cada grupo.
4. Fortalecer liderazgos locales: Apoya y visibiliza los liderazgos comunitarios, especialmente de mujeres, como actores clave en la defensa del derecho a la alimentación.
5. Cocrear desde el inicio: Diseña las acciones junto con la comunidad, desde la identificación del problema hasta las soluciones, usando metodologías participativas.
6. Articular actores del territorio: Involucra entidades, organizaciones sociales y redes locales para construir procesos conjuntos y sostenibles.
7. Adaptarse al contexto comunitario: Respeta los ritmos, formas de comunicación y prácticas propias de cada territorio y grupo poblacional.
8. Garantizar continuidad y seguimiento: Promueve acuerdos claros y mecanismos que fortalezcan la sostenibilidad comunitaria de las acciones.
9. Sistematizar colectivamente: Documenta experiencias con las comunidades y produce materiales útiles que circulen en los propios territorios.

### **Instancias de participación comunitaria en Soberanía y seguridad alimentaria y nutricional**

- **La CISAN (Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional)** es una instancia de coordinación y articulación intersectorial creada mediante el Decreto 2055 de 2009 en el ámbito nacional. Su propósito principal es orientar, armonizar y hacer seguimiento a las políticas, planes, programas y acciones del Estado relacionadas con la garantía progresiva del derecho humano a la alimentación adecuada, frente a los múltiples determinantes de la seguridad alimentaria y nutricional.
- **Comités de Seguridad Alimentaria y Nutricional**, liderados por las subredes de salud, conformados por ciudadanía, organizaciones sociales e instituciones distritales, actúan como espacios de diálogo y propuestas para mejorar el acceso a alimentos (PPSAN, 2019).
- **La Mesa de Agricultura Urbana en Bogotá**, es una instancia institucional y comunitaria intersectorial que coordina esfuerzos, fomenta la participación ciudadana y planifica acciones para fortalecer la agricultura urbana y periurbana con enfoque agroecológico. Se crea como respuesta a los lineamientos del Acuerdo 605 de 2015, que formaliza el programa de agricultura urbana y periurbana en la ciudad; además, su diseño se rige por normas como la Resolución 361 de 2020 y el Decreto

552 de 2018, que definen los protocolos para habilitar espacios públicos y evaluar su viabilidad técnica, ambiental y social.

- **Redes de Huertas Urbanas de Bogotá**, conformada por colectivos ciudadanos, impulsa la agricultura urbana como estrategia para la soberanía alimentaria, el fortalecimiento comunitario y el empoderamiento local.

### Instancias de participación social en salud

A lo largo de este capítulo hemos visto cómo el enfoque de derechos humanos se convierte en el punto de partida para transformar la salud en Bogotá, reconociendo su vínculo con determinantes sociales como la salud mental y la seguridad y soberanía alimentaria. En ese mismo horizonte, la participación social en salud se constituye no solo en un derecho, sino en el mecanismo práctico que permite a la ciudadanía incidir en las decisiones que afectan directamente su bienestar y su territorio. No se trata únicamente de consultar o invitar, sino de garantizar espacios e instancias concretas donde las comunidades ejerzan su voz y su poder de decisión.

En este marco, las formas e instancias de participación ciudadana, como las Asociaciones de Usuarios, los Comités de Participación Comunitaria en Salud (COPACOS), las Juntas Asesoras Comunitarias y las Veedurías Ciudadanas, son expresiones tangibles de corresponsabilidad y democracia sectorial. Cada una ofrece canales para que las personas y organizaciones sociales defiendan sus derechos, evalúen la calidad de los servicios, dialoguen con las instituciones y ejerzan control social sobre la gestión pública. Estas instancias son el puente que convierte los principios en prácticas reales de incidencia y se describen con detalle a continuación,

- **Asociación de Usuarios.** Son agrupaciones conformadas por personas afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud, ya sea en régimen contributivo o subsidiado. Su misión es velar por la calidad de los servicios, la defensa del usuario y la protección de sus derechos. Además, constituyen una voz organizada para elevar inquietudes frente a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS). Participar en ellas es un derecho de cualquier usuario, y su carácter voluntario las convierte en un espacio de empoderamiento ciudadano y vigilancia social.
- **Comités de Participación Comunitaria en Salud (COPACOS).** Estos comités son escenarios de concertación entre organizaciones sociales, comunitarias y el Estado, encabezados por las alcaldías locales. Se configuran como espacios colectivos donde la comunidad puede debatir, proponer y hacer seguimiento a la gestión en salud desde una perspectiva territorial. Su legitimidad radica en la representación amplia de organizaciones de base y en la posibilidad de articular agendas comunitarias con las políticas distritales, lo que los convierte en escenarios claves de gobernanza participativa.



- **Juntas Asesoras Comunitarias en Salud.** Son instancias creadas en las Unidades de Servicios de Salud para fortalecer la participación comunitaria directa en la gestión de los servicios. Su papel es asesorar, canalizar inconformidades de la comunidad, proponer mejoras en la calidad de la atención y acompañar procesos de planeación y evaluación. Representan un puente cercano entre los usuarios y la gestión de cada unidad de salud, promoviendo relaciones más horizontales y humanizadas con las instituciones.
- **Veedurías Ciudadanas en Salud.** Constituyen mecanismos democráticos de vigilancia y control social sobre la gestión pública. Permiten a ciudadanos y organizaciones ejercer un rol de fiscalización frente a proyectos, programas y servicios de salud, tanto en instituciones públicas como privadas. Su importancia radica en que fortalecen la transparencia, previenen la corrupción y promueven la rendición de cuentas, al mismo tiempo que elevan la voz de las comunidades en la toma de decisiones.

Estas instancias de participación no son accesorios institucionales ni simples formalidades: son los cimientos democráticos que garantizan que los enfoques poblacional, diferencial y de género tengan un lugar real en la política pública. Están aquí porque sin ellas la voz de las comunidades quedaría subsumida en la lógica técnica e institucional. Son transversales porque atraviesan cada dimensión de la salud, desde la garantía del derecho a la alimentación hasta el cuidado de la salud mental, pasando por la organización comunitaria de pueblos étnicos, mujeres, jóvenes, migrantes o personas mayores, y porque aseguran que todas las poblaciones puedan incidir en la transformación de sus condiciones de vida.

En conclusión, estas formas de participación son las herramientas prácticas que permiten que los principios descritos en este capítulo se concreten en acción colectiva, incidencia política y corresponsabilidad ciudadana. Su reconocimiento en la guía no es un requisito técnico, sino un acto político que reafirma que la salud en Bogotá solo puede construirse con la voz activa de sus comunidades

## **CAPÍTULO 2. CURSOS DE VIDA**

El Modelo de Atención en Salud MAS Bienestar reconoce que cada etapa del curso de vida implica necesidades particulares y que su atención debe darse desde un enfoque poblacional diferencial. Para niños, niñas y jóvenes, se priorizan estrategias extramurales e interdisciplinarias que acercan los servicios de salud a sus contextos, garantizando accesibilidad y detección temprana de riesgos, incluso en escenarios de mayor vulnerabilidad como el sistema de responsabilidad penal adolescente.

En cuanto a las personas mayores, el modelo plantea un cambio de paradigma hacia el envejecimiento saludable y activo, evitando visiones exclusivamente patologizantes. Esto implica la continuidad en la atención integral, con servicios de cuidado domiciliario, rehabilitación comunitaria y apoyos para cuidadores, reconociendo su papel en la sostenibilidad del cuidado. De esta manera, los distintos cursos de vida son abordados de forma integral y con equidad, contribuyendo al bienestar colectivo desde la niñez hasta la vejez.

### **Niños, niñas y adolescentes – NNA**

La población de niñas, niños y adolescentes (NNA) comprende a personas desde el nacimiento hasta los 17 años, dividida en dos etapas: niñez (de 0 a 12 años) y adolescencia (de 12 a 17 años, 11 meses y 29 días), conforme a lo establecido en la Convención sobre los Derechos del Niño (1989) y el Código de Infancia y Adolescencia (Ley 1098 de 2006). Estas normativas reconocen a NNA como sujetos plenos de derechos y establecen la corresponsabilidad del Estado, la familia y la sociedad en su protección integral y desarrollo en condiciones de dignidad, bienestar y participación.

Aplicar el enfoque diferencial y de género en los procesos de participación social en salud dirigidos a esta población implica reconocer que sus condiciones de vida están atravesadas por factores como el género, la etnia, la discapacidad, el territorio y las dinámicas familiares. La niñez y la adolescencia no son homogéneas, por lo que su participación debe garantizarse de forma segura, progresiva y adaptada a su edad, reconociendo sus voces, su capacidad de agencia y su derecho a incidir en las decisiones que afectan su salud y bienestar.

### ***Concepto de salud desde la perspectiva de la población***

Para niñas, niños y adolescentes, la salud se comprende como un estado de bienestar integral que abarca dimensiones físicas, mentales, emocionales y sociales. Desde sus vivencias cotidianas, se relaciona con el juego, la exploración, el acceso a espacios seguros y protectores, la alimentación adecuada, el bienestar emocional y la posibilidad de aprender y crecer en condiciones que favorezcan su desarrollo pleno y productivo. La salud mental también se construye en el entorno familiar y comunitario, los cuales cumplen un rol fundamental en la promoción del cuidado, el buen trato y la prevención de violencias. A esto se suman acciones de promoción y prevención como la vacunación, la atención en salud sexual y reproductiva, y la adopción de estilos de vida saludables.

Estas comprensiones están en consonancia con la Política Nacional para la garantía del desarrollo integral de niñas, niños y adolescentes (CONPES 08 de 2021), que reconoce a esta población como sujetos de derechos en todas las etapas del curso de vida, y con la Política Nacional de Participación Social en Salud (PNPSS), que promueve la inclusión progresiva y significativa de niñas y niños en los asuntos que afectan su bienestar. Ambas políticas abogan por entornos protectores, afectivos e incluyentes que reconozcan la agencia de la niñez y su derecho a participar en la construcción de comunidades saludables.

#### ***Instancias de participación***

- Consejos de Niñez y Adolescencia: Espacios donde niñas, niños y adolescentes pueden expresar sus ideas y participar en decisiones locales.
- Comités Escolares de Convivencia: Instancias dentro de instituciones educativas para promover el respeto y la solución pacífica de conflictos.
- Mesas de Participación Infantil y Adolescente: Espacios organizados por las administraciones locales para garantizar su incidencia en políticas públicas.

#### ***Orientaciones para la facilitación de procesos participativos en salud***

- Adaptar los procesos a su lenguaje y edad: Diseñar actividades lúdicas y pedagógicas que faciliten su comprensión e interés.
- Promover la corresponsabilidad: Involucrar a familias, instituciones educativas y comunidades en los procesos participativos.
- Garantizar espacios seguros: Crear ambientes libres de violencia, discriminación y estigmatización.
- Fomentar el liderazgo: Reconocer sus habilidades y capacidades, con el fin de permitirles asumir roles activos en la toma de decisiones y el fortalecimiento de la autonomía.
- Utilizar herramientas creativas: Incorporar las actividades rectoras o pilares de la educación inicial como el juego, el arte, la literatura y la exploración del medio haciendo uso de las tecnologías de la información y la comunicación.

#### ***Orientaciones para el abordaje y relacionamiento con la comunidad***

- Priorizar la escucha activa: Validar sus opiniones y emociones, respetando sus perspectivas y experiencias basadas en su curso y ciclo de vida.
- Proteger sus derechos: Garantizar que todas las interacciones estén orientadas a su bienestar biopsicosocial y cultural.
- Establecer confianza: Generar vínculos de respeto y empatía con las niñas, niños y adolescentes.
- Evitar el “adultocentrismo<sup>1</sup>”: Reconocerlos como sujetos de derechos y no subestimar sus habilidades y capacidades.
- Prevenir riesgos: Identificar y gestionar posibles situaciones de violencia, abuso o discriminación.

## Jóvenes

En el marco normativo colombiano, la juventud comprende a las personas entre los 18 y los 28 años, según lo establece la Ley Estatutaria 1622 de 2013. Esta etapa del curso de vida se caracteriza por procesos de desarrollo físico, emocional, psicológico y social, determinantes para la consolidación de la autonomía, el ejercicio pleno de la ciudadanía y la definición de proyectos de vida. Las juventudes son reconocidas como sujetos de derechos y actores fundamentales en la construcción de una sociedad democrática, justa y participativa.

Incorporar el enfoque diferencial y de género en los procesos de participación social en salud con jóvenes implica reconocer que sus trayectorias están atravesadas por desigualdades estructurales asociadas al género, la orientación sexual, la identidad étnica, el territorio o las condiciones socioeconómicas. Garantizar su participación incidente permite visibilizar sus demandas, promover su agencia y transformar las brechas que afectan su bienestar y su derecho a la salud integral.

### ***Concepto de salud desde la perspectiva de la población***

La salud, entendida desde un enfoque integral, es un derecho fundamental que implica el bienestar físico, mental, emocional, social y cultural de las personas. Para las juventudes, este bienestar se construye no solo desde la atención en servicios de salud, sino también desde la garantía de condiciones dignas de vida: acceso a la educación, empleo digno, vivienda, alimentación, movilidad segura y entornos libres de discriminación y violencias

Estas comprensiones se articulan con la Política Pública Distrital de Juventud (Acuerdo 761 de 2019), que reconoce a las juventudes como sujetas de derechos, diversas y transformadoras, así como con la Política Nacional de Participación Social en Salud (PNPSS), que promueve su participación activa en la toma de decisiones sobre su bienestar. Estas políticas resaltan la importancia de escuchar sus voces, incorporar sus experiencias y garantizar su incidencia real en los procesos que afectan su salud individual y colectiva.

### ***Instancias de participación***

- Consejos de Juventud: Espacios de representación y participación juvenil en la toma de decisiones.
- Plataformas Juveniles Locales y Distritales: Redes organizadas para la incidencia política y social.
- Mesas de Salud Juvenil: Instancias que permiten a los jóvenes dialogar sobre sus necesidades en salud y proponer soluciones.
- Presupuestos Participativos: Mecanismos donde los jóvenes pueden priorizar proyectos para su comunidad.
- Organizaciones Estudiantiles y Culturales: Espacios para el liderazgo juvenil en salud, educación y recreación.

### ***Orientaciones para la facilitación de procesos participativos en salud***

- Diseñar actividades inclusivas: Garantizar la participación de jóvenes con diversidad de género, etnia, discapacidad y contexto socioeconómico.
- Fomentar el uso de plataformas digitales: Aprovechar redes sociales, ludificación y herramientas virtuales para la comunicación y la deliberación.
- Crear espacios seguros: Promover ambientes libres de discriminación y promoción del buen trato y prevención de violencias.
- Capacitar en liderazgo y derechos: Fortalecer competencias para que los jóvenes incidan en políticas públicas de salud.
- Promover la articulación interinstitucional: Involucrar instituciones educativas, culturales y de salud en los procesos participativos.

### ***Orientaciones para el abordaje y relacionamiento con la comunidad***

- Escucha activa: Validar las opiniones de los jóvenes, reconociendo sus saberes y experiencias.
- Comunicación clara y horizontal: Utilizar un lenguaje sencillo, inclusivo y adaptado a la población juvenil.
- Respeto por la diversidad: Reconocer y valorar las diferencias culturales, de género y de pensamiento.
- Prevención de riesgos: Identificar y gestionar posibles conflictos o situaciones de violencia.
- Construcción de confianza: Establecer relaciones basadas en la empatía, el compromiso mutuo, el buen trato y la comunicación.

### ***Persona Mayor***

La persona mayor es reconocida como un ser humano portador de sabiduría, fruto de las experiencias acumuladas a lo largo de su vida. Presenta adaptaciones propias en su funcionalidad física y biológica, las cuales le permiten establecer interacciones orientadas al fortalecimiento de su bienestar físico y mental. Se considera persona mayor a quien tiene sesenta (60) años o más. En el marco de los derechos humanos, el término adecuado es "persona mayor". Pues el envejecimiento es entendido como un proceso continuo, multifacético e irreversible, caracterizado por transformaciones de orden biológico, psicológico y social a lo largo del curso de vida. Estos cambios están influenciados por condiciones sociales, económicas, ambientales y políticas del entorno en el que la persona habita.

La participación social en salud cobra especial relevancia en esta etapa, ya que promueve un envejecimiento activo y saludable. Esta participación impulsa el desarrollo de habilidades, capacidades y competencias, favoreciendo la autonomía y ampliando las oportunidades de involucrarse en actividades sociales, tales como la práctica de actividad física, expresiones artísticas, diálogos de saberes, tejido, gimnasia cognitiva, entre otras. De esta manera, las personas mayores mantienen un rol activo y significativo dentro de sus comunidades.

### Concepto de salud desde la perspectiva de la población

El modelo de atención en salud MAS Bienestar promueve un envejecimiento activo, saludable y digno mediante una atención humana, preventiva y participativa que articula familia, cuidadores, comunidad y organizaciones sociales. A su vez, fortalece la autonomía de las personas mayores y su participación en espacios sociales, respondiendo a la Política Pública de Envejecimiento y Vejez con un enfoque de autocuidado, cuidado colectivo y mejora continua de la calidad de vida.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015), el envejecimiento saludable es un proceso que busca mantener la capacidad funcional y la calidad de vida de las personas mayores, ya que el envejecimiento saludable se deriva de condiciones físicas, psicológicas, sociales y culturales, que suponen minimizar el riesgo de enfermedad y discapacidad, manteniendo la funcionalidad, la independencia y la calidad de vida.

### Instancias de participación

- El Consejo Distrital y los Consejos Locales de Sabios y sabias: Estas instancias son espacios de participación, control social y asesoría en políticas territoriales, sectoriales y poblacionales que afectan a las personas mayores.
- Redes de apoyo comunitario: Espacios liderados por personas de la comunidad creando grupos de fortalecimiento de habilidades y capacidades como tejido, música, canto, baile, gimnasia cognitiva, actividad física entre otras, donde las personas mayores pueden interactuar, compartir experiencias y transmitir conocimientos, mejorando su bienestar y calidad de vida.
- Centros día: Son espacios institucionalizados donde las personas mayores pueden pasar el día realizando diversas actividades y relacionándose con otras personas, manteniendo una vida social activa.
- Centros noche: Son servicios transitorios que ofrecen alojamiento seguro y digno a personas mayores que no tienen un lugar permanente para pasar la noche.

### Orientaciones para la facilitación de procesos participativos en salud

- Evitar situaciones de aislamiento social, físico o emocional y pérdida de funcionalidad física y/o cognitiva para la persona mayor.
- Hacer uso de lenguaje inclusivo, que promueva el respeto y el buen trato.
- Evitar estereotipos, ya que todas las personas mayores tienen diferentes intereses, habilidades o necesidades
- Hacer uso de herramientas pedagógicas idóneas, teniendo en cuenta tamaños, formas, colores entre otros que permitan la participación efectiva de la persona mayor.
- Interactuar reforzando la diversidad, entendiendo que todos podrían participar de maneras diferentes y acorde a su funcionalidad e interés.
- Permitir espacios de intercambio de experiencias y saberes ya que esto permite mayor cohesión social y bienestar individual.
- Evitar tecnicismos para potencializar el aprendizaje intergeneracional, que permita una adaptación de nuevas herramientas basadas en la innovación y la creatividad.

**Comentado [JV3]:** Apreciada @Sonia Patricia, Cujaban Artunduaga podrías por favor indicarme, como respuesta a este correo, la referencia de esta cita.

Adicionalmente, comentarme si no usaste o mejor, qué referencias bibliográficas usaste para avanzar en la construcción de este apartado. Gracias

**Comentado [SA4R3]:** · Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. OMS.  
· Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Política pública social de envejecimiento y vejez 2014-2024*. Gobierno de Colombia. <https://www.minsalud.gov.co>

### **CAPÍTULO 3. MUJERES, DIVERSIDADES SEXUALES Y DE GÉNERO.**

El Modelo de Atención en Salud MÁS Bienestar reconoce a las mujeres y a las personas con orientaciones sexuales e identidades de género diversas como protagonistas en la construcción de un sistema de salud más justo y equitativo. Desde el enfoque de género y los enfoques diferenciales, se busca visibilizar las desigualdades y violencias que persisten, cuestionar los patrones culturales que las reproducen y potenciar sus capacidades organizativas, liderazgos y formas de acción colectiva que transforman las políticas públicas en salud (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2024).

Más allá del reconocimiento simbólico, este capítulo plantea la necesidad de generar condiciones reales para una participación social transformadora incidente, vinculante, incluyente y consciente (IVC). Esto implica avanzar hacia procesos de atención y relacionamiento culturalmente pertinentes, libres de discriminación y respetuosos de la diversidad, en los que las mujeres y las diversidades sexuales sean protagonistas en la garantía plena del derecho a la salud (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2024).

#### **Mujeres en todas sus diversidades e interseccionalidades**

En esta guía, el término “mujeres” reconoce la diversidad de trayectorias y condiciones que configuran a quienes se identifican como tales: mujeres cis y trans, lesbianas, bisexuales, personas no binarias asignadas como mujeres al nacer, indígenas, afrodescendientes, raizales, palenqueras, rom, con discapacidad, migrantes, rurales, niñas, jóvenes, adultas, mayores, gestantes, lactantes, cuidadoras, empobrecidas, en situación de calle y defensoras de derechos humanos.

*“Somos mujeres líderes en nuestro territorio. Nos gusta ayudar a las personas y compartir lo que sabemos para responder a sus necesidades. Participamos en grupos culturales y programas de la alcaldía, donde intercambiamos saberes con otras mujeres, promovemos el reciclaje como forma de sostenibilidad en nuestros hogares y generamos conciencia ambiental.”* (Equipo Poblacional, 2024c).

Sus múltiples experiencias se entrecruzan con desigualdades estructurales que inciden directamente en el acceso, la calidad y la oportunidad de los servicios de salud. Reconocerlas como sujetas políticas con capacidad de agencia es clave para garantizar respuestas institucionales adecuadas. Por eso, su participación activa en salud no solo mejora la pertinencia de las acciones, sino que fortalece el derecho colectivo a transformar las condiciones que afectan su bienestar.

#### **Concepto de salud desde la perspectiva de la población**

Para las mujeres, la salud es un estado de bienestar integral que abarca dimensiones físicas, emocionales, mentales, espirituales y sociales, en conexión con el entorno, el cuerpo y los vínculos comunitarios. Esta visión reconoce los saberes populares, ancestrales y territoriales como parte fundamental del cuidado, y exige condiciones materiales y simbólicas para el ejercicio de una vida digna y libre de violencias.

*“El cuerpo y la salud se entienden desde prácticas cotidianas de autocuidado, apoyo mutuo y organización colectiva, especialmente en contextos donde persisten brechas estructurales. Por ello, las mujeres demandan un sistema de salud que respete sus decisiones, valore sus saberes y garantice el acceso sin discriminación.”* (Equipo Poblacional, 2024c).

La Política Pública de Mujeres y Género 2020–2030 (PPMYEG) del distrito de Bogotá, establece que la salud plena debe garantizarse desde una perspectiva interseccional, territorial y de género, reconociendo a las mujeres como sujetas de derechos con capacidad de agencia y decisión. Esta mirada exige respuestas institucionales integrales que transformen las condiciones que afectan su bienestar.

#### **Instancias de participación**

- **Consejo Consultivo de Mujeres:** Instancia de concertación entre organizaciones de mujeres y la Administración Distrital para el seguimiento de la Política Pública de Mujeres y Equidad de Género. Permite posicionar la salud como un derecho atravesado por desigualdades de género y diversidad.
- **Comisión Intersectorial de Cuidado:** Coordina la implementación del Sistema Distrital de Cuidado. Su importancia radica en visibilizar el impacto del trabajo de cuidado en la salud de las mujeres e impulsar respuestas institucionales corresponsables.
- **Consejos Locales de Mujeres:** Asesoran a las alcaldías locales en la implementación del Plan de Igualdad de Oportunidades. Conectan las necesidades de las mujeres con las acciones institucionales.
- **Consejos Locales de Seguridad para las Mujeres (CLSM):** Impulsan la agenda de seguridad local con enfoque de género para disminuir las violencias que afectan la salud de las mujeres.
- **Comités Operativos Locales de Mujer y Género (COLMYG):** Son espacios promovidos por mujeres organizadas para impulsar territorialmente la Política Pública de Mujeres.
- **Espacios y organizaciones autónomos y/o no formales:** Además de los espacios formales de participación, las mujeres en sus diversidades también impulsan procesos de organización autónoma y no formal como: mesas de mujeres, colectivos territoriales, redes de cuidadoras, huertas comunitarias y expresiones barriales: donde promueven el cuidado colectivo, la exigibilidad de derechos y la transformación de las condiciones que afectan su salud. Estos escenarios, aunque no siempre reconocidos institucionalmente, son espacios legítimos de ejercicio de la participación social en salud, construcción de agendas colectivas y defensa del derecho a una vida digna.

#### **Orientaciones para la facilitación de procesos participativos en salud**

- La participación social de las mujeres en salud constituye un acto político que desafía estructuras patriarcales, jerarquías institucionales y barreras culturales. No



basta con abrir espacios; es necesario garantizar poder real de decisión (CONPES Distrital 14 – PPMYEG 2020-2030).

- Persisten obstáculos que limitan la participación efectiva: barreras económicas (transporte, alimentación), sobrecargas de cuidado, normas culturales que restringen la autonomía, relaciones de dependencia económica y el espejismo de igualdad que produce la presencia numérica sin representación real (Argueta, 2021; García Prince, 2006).
- Diseñar espacios sensibles al género, con horarios flexibles, servicios de cuidado, entornos seguros y, cuando sea posible, mecanismos de sostenimiento económico.
- Implementar metodologías participativas accesibles y transformadoras: mapas sociales, narrativas, cartografías del cuerpo o diagnósticos desde el cuidado.
- Garantizar representación con incidencia efectiva, mediante alternancia, paridad y liderazgo de mujeres diversas (Martínez Méndez, 2001).
- Reconocer y fortalecer liderazgos existentes: de mujeres organizadas, lideresas territoriales, cuidadoras, jóvenes, mayores, con discapacidad y de pueblos étnicos.
- Promover una cultura participativa libre de estereotipos de género, evitando roles pasivos o logísticos asignados a las mujeres.
- Incluir mecanismos de devolución y seguimiento que aseguren que las propuestas de las mujeres sean escuchadas, respondidas y tenidas en cuenta por la institucionalidad.
- Respetar la diversidad de trayectorias y condiciones: edad, pertenencia étnica, ciclo de vida, identidad de género, orientación sexual, condición migratoria o discapacidad (Secretaría Distrital de la Mujer, 2020).
- Escuchar con empatía y sin juicios, reconociendo que muchas mujeres han vivido discriminaciones o violencias.
- Validar los saberes propios de las mujeres en salud, autocuidado, cuidado comunitario y bienestar.
- Asegurar consentimiento informado y privacidad en todos los procesos, garantizando autonomía y confidencialidad.
- Adaptar el lenguaje y los materiales a los contextos socioculturales de cada territorio.
- Validar y apoyar iniciativas locales de mujeres y sus formas organizativas propias (Argueta, 2021).
- Establecer alianzas duraderas y respetuosas con liderazgos comunitarios.
- Brindar acompañamiento emocional y activar rutas de atención en casos de violencia.

- Reconocer la participación de las mujeres no solo como presencia, sino como agencia transformadora: la capacidad de decidir, incidir y construir bienestar colectivo.

### Sectores LGTBI

Las personas LGBTI son aquellas que se identifican como lesbianas, gais, bisexuales, transgénero e intersexuales. Se trata de una población diversa que ha construido procesos comunitarios, organizativos y de incidencia política para garantizar el reconocimiento de sus derechos. Lejos de ser una categoría homogénea, está conformada por múltiples experiencias de vida que se entrecruzan con factores como la clase social, el ciclo vital, la discapacidad, el origen étnico-racial y los territorios que habitan.

*“Soy una lideresa social que trabaja en pro, tanto de la comunidad Trans, como de la comunidad vulnerable en diferentes entornos. Nuestro trabajo es principalmente en temas de salud, jurídico y de acompañamiento en diferentes áreas. Trabajo en pro de cerrar las brechas y etiquetas entre la comunidad y los sectores sociales Trans.” (Lideresa trans, Suba, 2023).*

### Concepto de salud desde la perspectiva de la población

Para las personas LGBTI, la salud también implica ser reconocidas en su identidad, no ser discriminadas en los servicios, acceder a procesos de transición de género sin barreras, y tener espacios seguros donde su bienestar no sea vulnerado. Las violencias estructurales, simbólicas y cotidianas que enfrentan en el sistema de salud afectan de manera directa su calidad de vida y su posibilidad de habitar sus cuerpos con dignidad.

*“La salud no es solo el cuerpo; es cómo nos tratan, si respetan quiénes somos, si podemos caminar tranquilas, si accedemos sin miedo. Eso también es salud para nosotras.” (Mujer trans, Suba, 2023)*

La Política Pública LGBTI de Bogotá (CONPES 16 de 2023) reconoce a las personas LGBTI como sujetas de especial protección frente a las múltiples formas de discriminación estructural que enfrentan, promoviendo acciones para garantizar la igualdad material de derechos, el reconocimiento de las identidades y la transformación cultural e institucional hacia entornos libres de prejuicio y violencia. En este marco, incorporar el enfoque diferencial y de género en los procesos de participación social en salud resulta fundamental para visibilizar las desigualdades que afectan a esta población y asegurar una atención que reconozca sus trayectorias, necesidades y derechos, garantizando el respeto por la identidad, el nombre y los pronombres, así como la eliminación de violencias institucionales como condiciones básicas para el ejercicio efectivo del derecho a la salud.

### *Instancias de participación*

- **Consejo Consultivo Distrital LGBTI:** órgano asesor y consultivo que vela por la implementación de la política pública y el cumplimiento de los derechos de las personas LGBTI en el Distrito Capital.
- **Consejos Consultivos Locales LGBTI:** instancias ciudadanas presentes en varias localidades de Bogotá, orientadas a garantizar la participación y la incidencia de las personas LGBTI en el desarrollo local.
- **Mesas LGBTI locales y Mesa Distrital:** espacios autónomos de articulación ciudadana que promueven acciones contra la discriminación y fomentan la participación comunitaria.
- **Casas LGBTI:** equipamientos distritales que ofrecen atención psicosocial, jurídica, actividades pedagógicas y espacios seguros para el fortalecimiento de capacidades comunitarias y ciudadanas.
- Espacios y organizaciones autónomos y/o no formales: Además de los espacios formales e intersectoriales de participación, las personas LGBTI también fortalecen procesos de organización autónoma y no formal como: colectivos barriales, redes de apoyo, casas de cultura, grupos artísticos, iniciativas de salud comunitaria y espacios autogestionados, donde se promueve el cuidado mutuo, la exigibilidad de derechos y la transformación de las condiciones que afectan su salud y bienestar. Estos escenarios, contruidos desde la experiencia vivida y la resistencia cotidiana, son espacios legítimos de participación social en salud, generación de agendas colectivas y defensa del derecho a una vida libre de violencias.

### *Orientaciones para la facilitación de procesos participativos en salud*

- Nombrar a las personas LGBTI respetando su nombre identitario y pronombres, sin asumir su identidad por su expresión de género.
- Generar espacios libres de estigmas, discriminación y violencia, asegurando el respeto por las identidades y trayectorias de vida diversas.
- Fortalecer la articulación intersectorial e interinstitucional para garantizar procesos de participación que respondan a las realidades de esta población.
- Ofrecer formación continua a personal de salud y de participación sobre derechos, enfoque diferencial, identidades de género y orientaciones sexuales.
- Promover metodologías participativas que reconozcan la experiencia vivida, el saber comunitario y la agencia política de las personas LGBTI.
- Priorizar estrategias de co-creación, diálogo y reconocimiento de necesidades territoriales específicas.
- Impulsar espacios de diálogo para reconstruir la confianza entre la población LGBTI y las instituciones, desde un enfoque ético y humanizado.
- Reconocer que la participación social en salud es un derecho en sí mismo y una herramienta de transformación de las condiciones de vida.

- Capacitación constante a personal de la salud en atención con enfoque diferencial, rutas y protocolo de atención a personas Trans y Mujeres en todas sus diversidades.

## CAPITULO 4. PUEBLOS Y COMUNIDADES ÉTNICAS

El enfoque étnico diferencial e intercultural reconoce y valora la identidad cultural de los pueblos indígenas, negros, afrocolombianos, raizales, palenqueros y Rrom, fundamentado en derechos colectivos diferenciados consagrados en instrumentos internacionales y constitucionales. Este enfoque exige que sus formas de vida, lenguas, cosmovisiones, sistemas normativos y estructuras organizativas no solo sean respetadas, sino activamente incorporadas en políticas públicas, servicios estatales y procesos sociales (Ruiz et al., 2016). No se trata únicamente de inclusión simbólica, sino de garantizar una participación real y efectiva que transforme las estructuras institucionales en favor de la equidad.

Articulado con la interculturalidad, este enfoque propone que la diversidad cultural sea un eje vertebrador en el diseño, implementación y evaluación de políticas públicas, especialmente en salud. La herramienta de la interseccionalidad visibiliza cómo la etnicidad, el género, la clase social o la edad se entrecruzan para generar desigualdades específicas. Incorporar los saberes, prácticas y visiones del mundo étnicas en los espacios sociales y educativos es fundamental para construir una sociedad equitativa, plural e incluyente. Esta perspectiva ha sido respaldada por estudios como los de Urrego (2020), sobre salud propia e intercultural, y Guzmán (2016), quien plantea la interculturalidad como convergencia entre sistemas de conocimiento.

La salud pública requiere modelos híbridos que integren las ontologías propias de los pueblos étnicos con la medicina occidental. Penagos y Arrivillaga (2021) proponen formas de atención que respeten las epistemologías comunitarias, mientras que Ruiz et al. (2016) insisten en reconocer distintas lógicas culturales. Esta apuesta por el diálogo de saberes se refleja en el Modelo de Atención en Salud MAS Bienestar, que incorpora la interculturalidad como eje transversal para garantizar el acceso equitativo y culturalmente pertinente a los servicios, mediante estrategias como la participación transformadora, la intersectorialidad y el enfoque territorial (SDS, 2024a).

La participación social, en este contexto, debe entenderse como práctica política de ejercicio del derecho a decidir colectivamente sobre el propio bienestar. No se limita a instancias formales, sino que implica co-construcción y agencia comunitaria. Blandón y Jaramillo (2018) señalan que la participación en salud es un proceso dinámico atravesado por redes y disputas de sentido, y Fals Borda (1985) destaca que el conocimiento construido con las comunidades es transformador y fortalece sus formas organizativas.

Desde esta mirada, el capítulo reconoce a los pueblos étnicos como sujetos activos de derecho. Comienza identificando “quiénes somos”, profundiza en sus cosmogonías, concepciones de salud y el papel de la interculturalidad, y finaliza con las formas de participación social en salud y orientaciones específicas para su garantía, alineadas con el Modelo MAS Bienestar. Esta propuesta invita a reconocer la diversidad como riqueza colectiva y a construir una salud pública plural, justa y culturalmente legítima.

## Quiénes Somos

Los **pueblos y comunidades étnicos** comparten origen ancestral, historia, lengua, prácticas culturales y, a veces, rasgos físicos, lo que les permite mantener una identidad colectiva diferenciada. Esta identidad se transmite y fortalece con la organización social y política, la espiritualidad, la cultura y el arraigo al territorio físico y espiritual. En Bogotá, se reconocen oficialmente cinco grandes grupos étnicos: los pueblos indígenas, los afrocolombianos (que incluyen a afrodescendientes, negros y mulatos), los palenqueros de San Basilio, los raizales del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, y el pueblo Rrom o gitano.

**Los Pueblos Indígenas.** Según el Censo Nacional de Población y Vivienda del DANE (2018), en Colombia existen 115 pueblos indígenas distribuidos a lo largo del territorio nacional, de los cuales el 64,4 % habla la lengua nativa de su pueblo, lo que refleja la persistencia de sus saberes y tradiciones. Además, se reportan tres pueblos en aislamiento voluntario que mantienen contacto mínimo o nulo con la sociedad externa (Comisión Interamericana de Derechos Humanos [CIDH], 2013).

En Bogotá, las comunidades y pueblos indígenas residen y se organizan de forma autónoma. Dentro de estas poblaciones se encuentra la comunidad muisca de Suba y Bosa, originaria del territorio Bakata (hoy Bogotá), así como los pueblos Ambika Pijao, Inga, Eperara Siapidaara, Kamëntsa, Kichwa, Misak, Nasa, Pastos, Tubú, Uitoto, Wounaan Nonam y Yanacona. La capital también recibe pueblos migrantes de distintas zonas del país, quienes a menudo llegan por el desplazamiento forzado debido al conflicto armado, la falta de tierras u otras condiciones socioeconómicas (Defensoría del Pueblo, 2021). Estas comunidades se encuentran en las 19 localidades de la ciudad, con mayor concentración en Bosa, Suba, Ciudad Bolívar, Usme y Engativá.

A través de la organización política, administrativa y autónoma de los pueblos indígenas en Bogotá, se entregan las bases censales de cada uno, contando hoy con una población total de 23.398 comuneros, cumpliendo con los requisitos de afiliación del 100 % para un total de 19.725 indígenas.

**Las comunidades negras–afrocolombianas.** Son las “familias de ascendencia afrocolombiana que poseen una cultura propia, comparten una historia y tienen sus propias tradiciones y costumbres dentro de la relación campo-poblado, las cuales revelan y conservan la conciencia e identidad que las distinguen de otros grupos étnicos” (Ministerio de Justicia y del Derecho, 2025)

La comunidad negra afrocolombiana se reconoce como un pueblo étnico en Colombia, basado en su herencia africana, con una memoria histórica y una construcción colectiva desde lo cultural, espiritual, social y territorial. Ser negro o afrocolombiano es reconocerse como parte de un proceso histórico de lucha por la dignidad, el territorio y la preservación de saberes y costumbres ancestrales.

En Bogotá, la Encuesta Multipropósito de 2021 estimó un total de 52.232 personas con autorreconocimiento étnico negro–afrocolombiano en la ciudad capital (DANE, 2021).

**El pueblo palenquero**, originario de San Basilio de Palenque en Bolívar, tiene sus raíces en comunidades de personas africanas esclavizadas que, desde el siglo XV, se refugiaron en palenques como expresión de resistencia y libertad frente al régimen colonial. Reconocido como símbolo de autonomía cultural, este pueblo conserva una lengua, tradiciones y estructuras sociales propias. La Constitución Política de Colombia de 1991 reconoce sus derechos étnicos y culturales (arts. 7 y 70), mientras que la Ley 70 de 1993 establece el marco para garantizar sus derechos colectivos y territoriales. A nivel internacional, la UNESCO declaró a San Basilio de Palenque Patrimonio Cultural Inmaterial de la Humanidad en 2005. El Departamento Nacional de Planeación (DNP, 2022) reafirma la importancia de implementar políticas públicas con enfoque diferencial que garanticen la autonomía y el reconocimiento de los pueblos afrodescendientes en Colombia.

En Bogotá, la comunidad palenquera ha participado activamente en procesos sociales y políticos desde la década de 1990, fortaleciendo su presencia mediante el impulso de políticas públicas con enfoque étnico. Actualmente, las y los palenqueros se encuentran representados por el *Kuagro Mona Ri Palenque Andi Bakata*, instancia de interlocución y participación ante las entidades distritales. Sus miembros residen principalmente en Kennedy, Santa Fe, Suba, San Cristóbal, Fontibón, Puente Aranda, Barrios Unidos y Engativá. Esta comunidad conserva una lengua criolla con base léxica española —única en su tipo en América Latina—, una organización social estructurada en *Ma-Kuagro* (grupos etarios), rituales fúnebres como el *lumbalú*, prácticas de medicina tradicional y manifestaciones musicales propias que preservan su identidad cultural (Secretaría Distrital de Planeación de Bogotá, 2022).

**La comunidad raizal** es una etnia anglo-afrocaribea del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, con identidad cultural y lingüística propia. La presencia de personas raizales en Bogotá data de comienzos del siglo XX y su número ha ido en aumento con el tiempo, generando procesos de reconstrucción colectiva de su identidad cultural en la ciudad y su posicionamiento en escenarios institucionales de participación (Consejo Nacional de Política Económica y Social [CONPES], 2024).

De acuerdo con los resultados del Censo Nacional de Población y Vivienda (DANE, 2019), se proyectó una población de 7.412.566 habitantes en Bogotá, de los cuales se registraron como raizales 1.060 personas (0,014 % de la población). Sin embargo, un censo propio de la comunidad raizal identificó 1.911 raizales residentes en Bogotá (Secretaría Distrital de Salud [SDS], 2024b, p. 21). Esto revela un aumento del 80,28 % respecto a las cifras publicadas por el DANE. En Bogotá, la población raizal se concentra en Engativá, Suba, Usaquén y Teusaquillo.

**El pueblo Rrom**, también conocido como gitano, es una comunidad étnica originaria del subcontinente indio, con presencia en Colombia desde hace más de 300 años, en época colonial. Su etnicidad se manifiesta en dos dimensiones: una subjetiva —la conciencia de

pertenecer a un grupo con identidad histórica y voluntad de preservarla— y otra objetiva, expresada en elementos culturales como la lengua romaní, valores, instituciones propias, tradiciones y formas de organización social. Esta identidad implica una forma de existencia colectiva que requiere del reconocimiento estatal y la garantía efectiva de sus derechos (Ministerio del Interior, 2010).

Tradicionalmente nómadas, los Rrom se han visto forzados a modificar sus patrones de movilidad por causas como el conflicto armado y la inseguridad. No obstante, siguen reivindicando su identidad como “seres libres y eternos viajeros” (Escobar, 2020). Como lo expresa Dalila Gómez, ser Rrom no es un estilo de vida, sino una identidad profunda arraigada a la tradición nómada, una forma de itinerancia que, como pájaros, “volamos y volvemos al nido” (Gómez, 2022). Esta experiencia vital está marcada por un presente continuo, flexible y extendido, que prioriza el “aquí y ahora”.

La organización social del pueblo Rrom gira en torno a las Kumpanias, que son grandes grupos familiares extensos, con un sistema de justicia oral propio y una estructura patrilineal. Además del romaní, hablan español y mantienen prácticas culturales y espirituales que les permiten conservar su identidad pese a los desafíos del entorno urbano.

En Bogotá, según el censo étnico del Ministerio del Interior (2023), residen aproximadamente 673 personas Rrom agrupadas en 189 familias. Estas se organizan en las Kumpanias representadas por organizaciones como Pro-Rom y la Unión Romaní. Su presencia se concentra en Puente Aranda (barrios Galán y Pradera) y Kennedy (barrios Marsella y La Igualdad), aunque también se encuentran en Bosa, Usme, Barrios Unidos, Antonio Nariño y Engativá (Secretaría Distrital de Gobierno de Bogotá, 2024).

### **Saberes Ancestrales: Cosmogonías, cosmovisiones y Concepciones de Salud y Enfermedad**

Es fundamental reconocer que cada pueblo étnico posee sus propias cosmogonías y cosmovisiones, aun cuando puedan compartir ciertos elementos. Esta particularidad se conoce como “la diferencia dentro de lo diferencial” y destaca la riqueza, diversidad y especificidad de cada comunidad. Comprender estas visiones del mundo, especialmente entre los pueblos indígenas presentes en Bogotá, es esencial para valorar su profunda relación con el territorio y su forma única de concebir la vida y la existencia.

La cosmogonía se refiere al conjunto de mitos, relatos y creencias que explican el origen del universo, del mundo, de la humanidad, de los seres vivos y de los fenómenos naturales para cada uno de los pueblos étnicos con presencia en Bogotá. Explica la creación, cómo surgieron los elementos primordiales (agua, tierra, fuego, aire), los astros (sol, luna, estrellas) y cómo se formó el territorio. Así mismo, fundamenta la identidad cultural en torno a las deidades o seres ancestrales que establecen las leyes, costumbres y organización social de la comunidad. También otorga sentido al territorio, donde una montaña, un río, una laguna o un árbol pueden tener un significado sagrado y un rol en el relato de la creación, lo que influye directamente en la forma en que el pueblo y la comunidad étnica se relacionan y cuidan ese espacio. La cosmogonía está mediada por la oralidad, donde se



aborda la vida y la muerte desde una perspectiva ancestral. Sustenta rituales, prácticas y ceremonias relacionadas con la recreación simbólica de los momentos de la creación o con las entidades creadoras (García, 2020).

En el contexto de Bogotá, aunque muchos de estos pueblos sean migrantes y estén lejos de sus territorios de origen, mantienen vivas sus cosmogonías a través de la oralidad, las prácticas culturales y la enseñanza a las nuevas generaciones, adaptándolas en ocasiones al entorno urbano sin perder su esencia.

La cosmovisión es una concepción más amplia que la cosmogonía. Se refiere a la forma integral en que cada pueblo y comunidad étnica se percibe, interpreta y se relaciona con la totalidad del universo, la vida, la muerte, el tiempo, el espacio y la sociedad. Implica una relación sagrada con la naturaleza como un ser vivo, con espíritu, con el que se mantiene reciprocidad, respeto y cuidado: una interconexión de todo (humanos, animales, plantas, fenómenos naturales, espíritus), donde cada acción afecta al conjunto. La concepción del tiempo no es lineal; puede ser cíclica, conectada a los ciclos de la naturaleza y a la memoria ancestral. Predomina el bienestar colectivo sobre el individualismo. La toma de decisiones se basa en el consenso y el respeto por los saberes ancestrales. La espiritualidad no está separada de lo cotidiano, sino que atraviesa todas las actividades: la siembra, la cosecha, la construcción, la sanación, entre otras. Los espíritus de los ancestros o de la naturaleza son guías y protectores.

Las cosmovisiones se fundamentan en un cúmulo de conocimiento transmitido por generaciones, que incluye prácticas medicinales, agrícolas, sociales y de gobernanza propias. Aunque vivan en un contexto urbano como Bogotá, los pueblos étnicos buscan mantener y adaptar su cosmovisión para preservar su identidad, sus prácticas culturales y sus sistemas de conocimiento. Esto se manifiesta en la organización de sus cabildos —espacios autónomos, entre otras instancias—, en la celebración de sus fiestas tradicionales, en la transmisión de sus lenguas y en la lucha por el reconocimiento y respeto de sus derechos colectivos y su forma de vida (Fernández, 2008).

### **Buen Vivir y Desarmonías: Salud y Enfermedad para los pueblos y comunidades étnicas en Bogotá**

En Colombia, los pueblos y comunidades étnicas, incluidas las indígenas, negras, afrocolombianas, afrodescendientes, raizales, palenqueras y el pueblo Rrom (Gitano), poseen concepciones propias y holísticas de la salud y la enfermedad. Estas nociones están estrechamente vinculadas con sus cosmovisiones, prácticas culturales, tradiciones espirituales y su relación con el entorno natural y social (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013). A continuación, se expone una caracterización del concepto de salud y enfermedad desde la perspectiva de cada uno de estos pueblos.

#### **Los Pueblos Indígenas**

**Buen vivir – salud:** No se limita a la ausencia de enfermedad, sino que se define como un estado de armonía integral que involucra la dimensión física, psicológica, social, cultural y espiritual, en relación con la naturaleza y el territorio (Consejo Regional Indígena del Cauca

[CRIC], s. f.). También hace referencia a estar bien y en armonía con cada una de las partes del cuerpo: la salud es el equilibrio que se tiene en lo físico, espiritual y mental; es sentirse en placer con lo que se hace y con todo lo que existe (Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, E.S.E., 2023).

**Desarmonía – enfermedad:** Es el proceso dado por la ruptura del equilibrio en el relacionamiento del ser humano con su entorno, los procesos de vida y las leyes ancestrales. Esta condición de desarmonía afecta no solo al ser humano, sino también a su entorno familiar y comunitario y a las dinámicas del gobierno propio (Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural [SISPI], 2015).

**Desarmonías espirituales:** Es una condición que afecta el estado de bienestar espiritual de una persona o comunidad, resultando en una sensación de desconexión, conflicto interno y pérdida de equilibrio espiritual. Es un concepto que se aborda de manera integral en muchas tradiciones espirituales y culturales, buscando restaurar la conexión con lo sagrado y con uno mismo para promover el bienestar integral (Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, E.S.E., 2023).

**Desarmonías corporales:** Muchas culturas indígenas tienen una conexión profunda con la naturaleza y una visión holística del cuerpo humano. La desarmonía corporal podría interpretarse no solo en términos estéticos, sino también en relación con la relación espiritual y simbólica que se tiene con el entorno natural (Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, E.S.E., 2023).

**Desarmonía de pensamiento:** Puede referirse a varios aspectos relacionados con el equilibrio y la coherencia en el pensamiento individual y colectivo. Para muchas comunidades indígenas, la desarmonía de pensamiento puede surgir de tensiones entre las tradiciones ancestrales y los valores contemporáneos introducidos por la modernidad. Esto puede incluir dilemas sobre la adopción de tecnologías modernas, cambios en los roles de género y la preservación de las lenguas y prácticas culturales (Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, E.S.E., 2023).

### **Comunidades negras, afrocolombianas**

Para las comunidades negras y afrocolombianas, la salud es entendida como un proceso integral de equilibrio espiritual, físico, mental, social y ambiental, fuertemente vinculado a la medicina tradicional y a las prácticas culturales colectivas (Ministerio de Salud y Protección Social [MinSalud], 2020). No se limita a la ausencia de enfermedad, sino que se entiende como un estado de armonía y equilibrio entre el cuerpo, el espíritu, la mente, el entorno y la naturaleza. La enfermedad, por su parte, se concibe como una alteración de ese equilibrio integral, y no únicamente como un malestar físico. Esta comprensión está íntimamente ligada a la medicina ancestral, sustentada en saberes transmitidos de generación en generación, en el uso de plantas medicinales, rituales y prácticas culturales orientadas al bienestar colectivo.

Este enfoque integral parte de una cosmovisión en la que lo físico y lo espiritual conforman una misma dimensión de existencia, estrechamente vinculada con el territorio: los mares, ríos, montañas y selvas no son solo espacios geográficos, sino escenarios sagrados donde habitan fuerzas espirituales y ancestrales. Como lo plantea Restrepo (2008):

“La cosmovisión afrocolombiana integra el mundo físico y el espiritual en una misma dimensión de existencia, donde el cuidado de la salud y el bienestar colectivo se sostienen sobre la memoria ancestral y el vínculo con la naturaleza” (p. 102).

Esta cosmogonía reconoce la presencia de fuerzas vitales en el agua, los bosques y los ancestros, y entiende la vida y la muerte como fases complementarias de un ciclo natural que debe ser respetado y protegido por la comunidad (Restrepo & Rojas, 2004, p. 68).

En este sentido, cualquier acción en salud dirigida a estas comunidades debe construirse desde el reconocimiento de sus cosmogonías, no como saberes complementarios, sino como fundamentos legítimos y centrales en la comprensión del bienestar, la sanación y la vida misma. Es fundamental propiciar un diálogo abierto y respetuoso entre el sistema de salud occidental y el sistema propio de salud de las comunidades negras y afrocolombianas. Aunque ambos modelos parten de visiones distintas, pueden complementarse si existe disposición institucional al reconocimiento mutuo y a la integración de saberes.

Este verdadero diálogo de saberes exige generar espacios donde la voz de las comunidades y de sus sabedores tradicionales sea escuchada y valorada, y donde sus prácticas de sanación comunitaria sean parte activa de las políticas y acciones en salud pública. Finalmente, la participación social en este contexto debe garantizar escenarios reales de deliberación y toma de decisiones conjuntas, donde se reconozcan y respeten las prácticas culturales, las visiones del mundo y las necesidades específicas de estas comunidades, fortaleciendo así su autonomía, su identidad y su derecho a una salud digna y culturalmente pertinente.

### **Comunidad Palenquera**

Para el pueblo palenquero, la salud no se limita al bienestar físico, sino que se comprende como un estado integral de equilibrio entre el cuerpo, el espíritu y el entorno natural. Esta visión holística, profundamente enraizada en sus tradiciones y cosmovisión, vincula el ser con el territorio, entendido no solo como un espacio geográfico, sino como la extensión misma del cuerpo y de la vida colectiva. En este marco, la enfermedad —conocida como *el achaque*— representa una ruptura de esta armonía y se manifiesta en los tres planos de la existencia: físico, espiritual y social (Secretaría Distrital de Planeación [SDP], 2022; Secretaría Distrital de Salud [SDS], 2020).

El proceso de sanación en la comunidad palenquera se basa en la medicina ancestral, donde el uso de hierbas, los rituales guiados por médicos tradicionales, la música del tambor y la espiritualidad cumplen un papel esencial. La oralidad, la lengua materna (*lengua palenquera*) y la transmisión intergeneracional del conocimiento no solo sostienen el tejido cultural, sino que también constituyen principios fundamentales para la salud y el equilibrio

social. La enfermedad, en este contexto, es concebida como el desequilibrio entre estos principios, por lo que su tratamiento debe restablecer esa armonía integral.

En contextos urbanos como Bogotá, el sistema de salud propia del pueblo palenquero no solo conserva su vigencia, sino que se convierte en una forma de resistencia cultural y reafirmación identitaria. El reconocimiento institucional de estas prácticas es indispensable para garantizar una atención en salud que sea culturalmente pertinente, digna y respetuosa de los derechos colectivos del pueblo palenquero.

La cosmogonía y cosmovisión del pueblo palenquero están profundamente conectadas con la ancestralidad africana, y se mantienen vivas aún en territorios urbanos a través de sus formas organizativas, redes de apoyo y prácticas culturales. En Bogotá, esta continuidad se expresa en el Kuagro Mona Ri Palenge Andí Bakata, una instancia autónoma de representación, participación e interlocución con entidades públicas y privadas. Esta estructura recoge la tradición del *Ma-kuagro*, redes organizativas basadas en grupos de edad que actúan como espacios de cuidado mutuo, transmisión de saberes, acompañamiento espiritual y resolución de conflictos. Estas redes sostienen la identidad palenquera y garantizan la pervivencia cultural incluso en contextos de alta urbanización, reafirmando la importancia del territorio simbólico y comunitario en la vida y la salud del pueblo palenquero.

### **Comunidad Raizal**

Para el pueblo raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, la salud es concebida como un estado de equilibrio integral entre lo espiritual, físico, emocional, ambiental y social. Esta comprensión está profundamente enraizada en su cosmovisión afrocaribeña y su histórica relación con el territorio insular. Más allá de la mera ausencia de enfermedad, la salud se construye en armonía con la comunidad, el mar, la tierra, la espiritualidad y la ancestralidad. La enfermedad, por su parte, es entendida como una manifestación de desequilibrios en estos ámbitos, generados por conflictos espirituales, sociales o ambientales, como la pérdida del vínculo con los ancestros, el territorio o el rompimiento de normas tradicionales (González, 2017). El sistema de sanación raizal se basa en prácticas transmitidas generacionalmente, que incluyen el uso de plantas medicinales, recursos marinos, oraciones, rituales y baños espirituales guiados por sanadores tradicionales.

La cosmogonía del pueblo raizal está profundamente anclada en su relación espiritual, simbólica y práctica con el mar Caribe, la naturaleza y la herencia africana. Su visión del mundo articula elementos del cristianismo protestante con saberes ancestrales, tradición oral y una vida comunitaria sustentada en la reciprocidad, el respeto y la cooperación solidaria. Como lo plantea Forbes (2008), esta forma de vida se construye desde el amor al prójimo y la convivencia con los vecinos, sin jerarquías impuestas, favoreciendo estructuras comunitarias horizontales como los consejos comunitarios y el liderazgo espiritual. En esta lógica, la identidad colectiva se teje a través de prácticas como la música, la danza, la lengua creole y la transmisión cultural, donde salud y espiritualidad se entrelazan en un

mismo horizonte. El uso de plantas medicinales, las oraciones y la palabra oral son elementos centrales en la búsqueda del bienestar.

Para el pueblo raizal, el territorio es mucho más que un espacio físico: es un espacio sagrado, lleno de significados espirituales y simbólicos. El mar, por ejemplo, no solo provee alimento y sustento, sino que es también fuente de sanación, sabiduría y conexión espiritual. En él se realizan rituales, rezos y ofrendas destinadas a mantener el equilibrio entre los seres humanos y el entorno natural. Desde esta perspectiva, no se separa el cuerpo del espíritu ni al individuo de su comunidad y de la naturaleza. Por ello, cualquier acción institucional en salud que aspire a ser legítima, eficaz y sostenible debe partir del reconocimiento profundo de estos sistemas simbólicos y culturales. No se trata únicamente de llevar atención médica, sino de validar e integrar sus prácticas propias de cuidado como fundamentales en la construcción del bienestar colectivo.

### **El pueblo Rrom**

Desde la perspectiva Rrom, como de otros pueblos étnicos, la salud está íntimamente ligada al equilibrio entre cuerpo, espíritu, familia, comunidad y entorno natural. La sanación implica el acompañamiento colectivo, el respeto a los mayores y el cuidado comunitario como factores protectores. Por ello, reconocer e integrar estos conocimientos en los sistemas de salud es esencial para garantizar una atención pertinente, intercultural y respetuosa de la diversidad cultural. La interculturalidad no debe ser un discurso vacío, sino un compromiso real con la dignidad y los saberes ancestrales de los pueblos originarios y afrodescendientes de Colombia.

La cosmogonía y cosmovisión del pueblo Rrom, base de su comprensión del bienestar, se tejen a partir de su narrativa de origen en el norte de la India y su historia de migración, adaptación y resistencia (Gómez, 2010). Su espiritualidad gira en torno a *O Del*, un Dios supremo cuya providencia guía su destino. A partir de allí surgen valores como la libertad, la vida comunitaria y el respeto por la naturaleza. La Kumpania (grupo familiar extenso) estructura su vida cotidiana, y la identidad individual se entiende solo en función de la comunidad. Su relación con el tiempo es circular y flexible, lo que Gómez (2022) denomina “tiempo presente extendido”. Esta cosmovisión busca mantener la armonía entre lo material y lo espiritual, entre el individuo y el colectivo, y entre lo puro y lo impuro (*Marimé*). Cualquier desequilibrio en estas dimensiones afecta directamente su salud y bienestar general.

Por ello, para el pueblo Rrom, la salud es un estado integral de equilibrio físico, emocional, espiritual, social y ambiental. Su comprensión trasciende la ausencia de enfermedad e integra tres dimensiones interconectadas: espiritual y colectiva (relacionada con el bienestar del pueblo), física (individual con impacto comunitario) y social (ligada al respeto mutuo, donde los conflictos afectan la salud y se resuelven a través de la *Kriss Romani*) (Secretaría Distrital de Salud [SDS], 2023). Este equilibrio dinámico se expresa en la cohesión familiar y comunitaria dentro de la Kumpania, el respeto por las costumbres, la lengua, los rituales y los vínculos con los ancestros, así como en el énfasis en el “aquí y ahora” como forma de

vida (Gómez, 2022). Elementos como el concepto de *Marimé* (pureza) son fundamentales para prevenir males y preservar el bienestar.

La enfermedad, desde esta perspectiva, no es solo un malestar físico, sino una señal de desequilibrio espiritual o social, originado por rupturas con las normas culturales o conflictos internos del clan. El tratamiento incluye remedios naturales, baños, infusiones y rituales dirigidos por videntes, personas con la capacidad de interpretar los síntomas desde una dimensión simbólica y espiritual (Petrova, 2003; Ivanova, 2014). Además, se recurre a la mediación colectiva (*Kriss Romani*) para restaurar la armonía comunitaria. La prevención se centra en mantener la cohesión moral y ambiental mediante prácticas culturales cotidianas. Aunque coexisten con el sistema médico occidental, los Rrom adaptan sus recursos de salud sin perder su autonomía cultural.

### **Interculturalidad en Salud: El marco del dialogo y la adecuación sociocultural**

La interculturalidad supone una relación isométrica entre dos o más culturas; es decir, se relacionan y conviven en igualdad de condiciones, con respeto mutuo de sus formas de vivir y pensar. Sin embargo, en la historia de las culturas estas características, en la práctica, suelen ser efímeras o su realización simplemente una utopía, porque rara vez dos culturas conviven en equidad, con el mismo grado de poder, bajo las mismas condiciones y con relaciones armoniosas y pacíficas. La historia demuestra que la interacción entre culturas configura la interculturalidad, que va más allá de un simple contacto, expresando variados intercambios establecidos en términos equitativos, en condiciones de igualdad. La interculturalidad toma vigencia al posibilitar la interacción social entre las culturas mediante relaciones de respeto y valoración, en condiciones de equidad e igualdad, fundamentadas en el intercambio de saberes, conocimientos y prácticas, y en el reconocimiento del otro como diferente, mas no inferior (Ministerio de Salud y Protección Social [MinSalud], 2018).

En este sentido, la interculturalidad adquiere un valor fundamental cuando se traslada al ámbito de la salud, donde su aplicación permite construir relaciones más equitativas y respetuosas entre los saberes médicos hegemónicos y los sistemas de cuidado propios de los pueblos y comunidades étnicas.

La interculturalidad en salud, entendida como la construcción de puentes entre distintas formas de concebir y cuidar la vida, es uno de los pilares del Modelo de Atención en Salud MAS Bienestar de Bogotá. Este modelo reconoce que el bienestar no puede lograrse sin una comprensión profunda de la diversidad cultural y, por ello, promueve la atención culturalmente pertinente, territorializada y con enfoque diferencial. Desde esta perspectiva, la salud no se limita a indicadores biomédicos ni a prácticas clínicas estandarizadas, sino que se comprende como una experiencia situada, íntimamente ligada a las cosmovisiones, prácticas ancestrales y formas de vida de cada pueblo y comunidad étnica (Secretaría Distrital de Salud [SDS], 2024).

Este enfoque reconoce que las comunidades étnicas, indígenas, negras, afrocolombianas, raizales, palenqueras y Rrom poseen sistemas propios de salud que integran lo físico, lo

espiritual, lo colectivo y lo ambiental. Para el pueblo afrocolombiano, por ejemplo, el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad no se reducen a síntomas o medicamentos, sino que involucran prácticas como baños de purificación, limpias, rezos, la participación activa de sabedores tradicionales y redes de apoyo comunitario (Restrepo, 2008; González, 2017). El mismo principio se encuentra en el pueblo raizal, donde el bienestar se construye en armonía con el mar, la familia, la espiritualidad y las plantas medicinales. Estos pueblos han resistido siglos de invisibilización institucional, sin que eso haya debilitado la vigencia de sus formas propias de sanación (Ramírez, 2020; Forbes, 2018).

El pueblo Rrom, por su parte, cuenta con un sistema de salud propio basado en la *Kriss Romani* (justicia propia), el respeto por la *marimé* (pureza), el rol central de la Kumpania y el saber ancestral transmitido oralmente, especialmente por las mujeres mayores. Su sistema de cuidado prioriza la armonía colectiva, el acompañamiento comunitario y el bienestar espiritual y moral del grupo (Gómez, 2022; SDS, comunicación personal, 8 de mayo de 2025). Cuando alguien enferma, la familia y comunidad se movilizan para restaurar el equilibrio, y las causas del malestar son comprendidas como rupturas sociales, espirituales o éticas. Esta concepción difiere profundamente del enfoque biomédico, centrado en lo individual, lo biológico y lo normativo, por lo que cualquier articulación intercultural exige sensibilidad, diálogo respetuoso y reconocimiento real de estos sistemas.

A lo largo del país, han surgido experiencias que demuestran que la interculturalidad en salud no es solo posible, sino necesaria. Por ejemplo, se han desarrollado programas de salud pública con la participación directa de sabedores tradicionales en procesos de diagnóstico y prevención, articulando rituales, conocimientos botánicos y prácticas médicas convencionales. En estos espacios de diálogo de saberes se concreta el principio de que no existe una única forma válida de entender o tratar la enfermedad. Tal como lo proponen Penagos y Arrivillaga (2021), avanzar hacia modelos híbridos que permitan la convergencia entre la medicina occidental y los sistemas propios de cuidado es una vía para garantizar la equidad en salud.

Reconocer los sistemas de cuidado propios de los pueblos étnicos no solo es un acto de justicia cultural, sino una condición para la garantía real del derecho fundamental a la salud. Tal como plantea Urrego (2020), una política pública intercultural en salud debe dejar de tratar a las comunidades étnicas como sujetos pasivos y empezar a reconocerlos como sujetos activos de derecho, portadores de saberes y experiencias legítimas. Solo así es posible diseñar servicios de salud más humanos, pertinentes y eficaces. La interculturalidad, más que una estrategia técnica, es un compromiso ético y político con la vida, la dignidad y el Buen Vivir de los pueblos y comunidades que han sido históricamente excluidos.

### **Participación social en salud de las comunidades y pueblos étnicos**

La participación social en salud de los pueblos y comunidades étnicas en Bogotá es un componente esencial para garantizar su autonomía, la protección de sus derechos culturales y la pertinencia de las acciones institucionales. El Modelo de Atención en Salud

MAS Bienestar reconoce la participación como un eje transversal que permite integrar saberes propios, fortalecer la gobernanza comunitaria y construir respuestas colectivas, legítimas y culturalmente adecuadas en salud (Secretaría Distrital de Salud [SDS], 2024). A su vez, la Política Pública Distrital de Participación Social en Salud (PPSSS) establece que la participación de pueblos étnicos debe darse en condiciones de equidad, mediante el reconocimiento y fortalecimiento de sus formas propias de organización, consulta y decisión (Ministerio de Salud y Protección Social [MinSalud], 2017).

En este marco, espacios como los Consejos Consultivos Distritales, las Mesas Étnicas Locales y otros escenarios institucionales son mecanismos donde las comunidades pueden expresar sus necesidades y propuestas desde sus propias cosmovisiones. A la par, los cabildos indígenas, los Kuagro del pueblo palenquero, las Kumpanias del pueblo Rrom y las formas organizativas raizales son instancias propias de decisión y cuidado, que deben ser articuladas y respetadas por el sistema distrital de salud.

Fortalecer estos espacios de participación, tanto institucionales como propios, es clave para que las comunidades étnicas incidan de manera efectiva en el diseño, implementación y evaluación de políticas públicas. Su existencia contribuye a garantizar una atención en salud más incluyente, equitativa y respetuosa de la diversidad cultural, tal como lo proponen los enfoques intercultural, diferencial y territorial que guían la política pública en salud en la ciudad (SDS, 2024). A continuación, se hará un recorrido por los escenarios e instancias donde inciden los pueblos y comunidades étnicas para la toma de decisiones en salud.

### ***La Participación para los Pueblos Indígenas***

Los pueblos indígenas en Bogotá participan a través del Consejo Consultivo y de Concertación de Pueblos Indígenas, una instancia conformada mediante el *Decreto 612 de 2015* (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2015). Adicionalmente, se cuenta con un espacio autónomo, donde las autoridades tradicionales de los 12 pueblos y cabildos indígenas de la ciudad se reúnen para tratar asuntos propios de sus comunidades, tomando decisiones basadas en sus usos y costumbres, regidas por el derecho propio, la Ley Natural y la Ley de Origen.

Dentro de los espacios autónomos se encuentran:

- Espacio autónomo para el pueblo Muisca de Suba, amparado por su autonomía territorial y plan de vida.
- Espacio autónomo para el pueblo Muisca de Bosa, amparado por su autonomía territorial y plan de vida.
- Espacio autónomo de doce (12) pueblos y cabildos indígenas en Bogotá.
- Mesas Indígenas Locales en Bogotá, definidas por la *Resolución 546 de 2019* de la Secretaría Distrital de Gobierno (Secretaría Distrital de Gobierno, 2019).
- Cabildos indígenas.
- Estructuras organizativas en salud propia.



Estas instancias constituyen un espacio de diálogo y concertación entre el Gobierno y los pueblos indígenas, con el propósito fundamental de asegurar la implementación efectiva de los productos definidos en la política pública del *CONPES 37 de 2023* (Departamento Nacional de Planeación [DNP], 2023).

### ***La Participación para las Comunidades Negras, Afrocolombianas***

Las comunidades negras y afrocolombianas cuentan con una instancia formal de participación gracias al *Decreto 474 de 2019*, la cual se encuentra activa y está conformada por personas con pertenencia étnica negra y afrocolombiana que articulan y promueven la participación activa de las comunidades dentro de la esfera política, social y organizacional de la ciudad y sus localidades (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2019).

Específicamente para el tema de salud, dentro de la comisión se delega una subcomisión de salud, integrada por personas que se convierten en veedoras con el fin de que la participación social en salud para las comunidades negras sea efectiva, verídica e inclusiva, constituyéndose como garantes del diálogo y la concertación entre las instituciones y la comunidad negra y afrocolombiana. El fin último de esta delegación es facilitar el desarrollo de los productos de política pública, regulados mediante el *CONPES 39 de 2023* (Departamento Nacional de Planeación [DNP], 2023).

No obstante, la participación en salud de las comunidades negras y afrocolombianas se construye a partir de las dinámicas comunitarias, culturales y organizativas, buscando que respondan a sus realidades territoriales y a sus cosmogonías. Estos mecanismos no se limitan a espacios formales o institucionales, sino que surgen de procesos autónomos, donde el diálogo comunitario y el consenso colectivo son fundamentales para la toma de decisiones en temas relacionados con la salud y el bienestar.

### ***La Participación para la Comunidad Palenquera***

En Bogotá, la comunidad palenquera mantiene y adapta sus formas organizativas tradicionales, destacándose las estructuras de tipo *ma kuagro*, que son sistemas colectivos de solidaridad y ayuda mutua profundamente enraizados en los vínculos familiares, espirituales y territoriales heredados de San Basilio de Palenque. Estas formas de organización, aunque surgidas en contextos rurales, han sido reconfiguradas en la ciudad para sostener el cuidado colectivo, la transmisión intergeneracional de saberes, la organización de celebraciones, el acompañamiento en momentos de duelo y la resolución de conflictos internos. El *ma kuagro* continúa siendo un pilar del tejido comunitario palenquero en Bogotá, funcionando como núcleo organizativo cotidiano y como base de articulación política y cultural ante instituciones públicas.

Estas estructuras conviven y se complementan con otras formas de organización contemporáneas, como consejos comunitarios urbanos, colectivos culturales, asociaciones de mujeres y procesos juveniles. En el ámbito institucional, la comunidad palenquera participa en espacios como la Comisión Consultiva de las Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras, creada mediante el *Decreto 474 de 2019*

(Alcaldía Mayor de Bogotá, 2019), y en el desarrollo de políticas públicas con enfoque diferencial como el *CONPES 39 de 2023* (Departamento Nacional de Planeación [DNP], 2023) y el *Decreto Distrital 295 de 2022* (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2022).

A través de estas formas organizativas que articulan lo ancestral y lo político, los palenqueros en Bogotá sostienen su identidad, gestionan iniciativas propias de salud, educación, cultura y territorio, y demandan el reconocimiento efectivo de sus derechos como pueblo étnico con una historia de libertad, resistencia y autonomía.

### ***La Participación para la Comunidad Raizal***

La participación social en salud del pueblo Raizal en Bogotá se desarrolla como parte de un proceso de reconocimiento y fortalecimiento de sus derechos étnicos y culturales en el marco de la política pública distrital. Estos espacios son:

- Organización de la Comunidad Raizal con Residencia Fuera del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina (ORFA): con el fin de promover la salud integral del pueblo Raizal y su participación en la gestión pública por medio de diálogo con entidades, campañas y talleres sobre salud tradicional.
- Mesas de Participación en Salud organizadas por la Secretaría Distrital de Salud (SDS).

De esta manera, se consolida un proceso de participación social en salud que busca no solo garantizar el acceso a servicios, sino también la incidencia activa del pueblo Raizal en las decisiones que afectan su salud individual y colectiva, promoviendo un modelo de atención centrado en la equidad y el reconocimiento de su identidad étnica.

Así mismo, estas instancias garantizan que el pueblo Raizal sea consultado y participe en la construcción de planes, programas y acciones de salud pública entre la institución y la comunidad, dentro del marco de la Política Pública Distrital para el Reconocimiento y la Garantía de los Derechos del Pueblo Raizal, basada en el *CONPES 38 de 2024* (Departamento Nacional de Planeación [DNP], 2024) y en el *Decreto 554 de 2011* (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2011).

### ***La Participación para el Pueblo Rrom***

La participación social en salud del pueblo Rrom en Bogotá se fundamenta en el reconocimiento de su autonomía y el consentimiento libre e informado, promoviendo un diálogo de igualdad entre el gobierno y la comunidad, bajo el principio de "gobierno a gobierno". Este proceso, más que un derecho, es crucial para el respeto mutuo y la autodeterminación de la comunidad en temas de salud.

Para lograrlo, Bogotá ha establecido espacios de diálogo y participación específicos para el pueblo Rrom, como el Consejo Consultivo Distrital para el Pueblo Rrom Gitano, creado mediante el *Decreto 612 de 2019* (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2019), y las mesas locales étnicas Rrom en Kennedy y Puente Aranda (Junta Administradora Local de Kennedy, 2020;

Alcaldía Local de Puente Aranda, 2021). Estos espacios son esenciales para que la comunidad exprese sus necesidades, participe en la planificación de programas y asegure la pertinencia cultural de las acciones en salud, respetando sus tradiciones y cosmovisiones.

En cuanto al sistema propio de participación, el pueblo Rrom cuenta con estructuras políticas y administrativas particulares, que incluyen sistemas de organización y participación propios. Estas se manifiestan a través de figuras como el *Sero Rrom*, un líder reconocido que ejerce autoridad y guía a la comunidad; la *Kumpania*, que representa la unidad básica familiar y social, articulando la vida colectiva y las decisiones internas; y las Sabedoras, quienes custodian y transmiten el conocimiento ancestral, las tradiciones y las prácticas de cuidado, desempeñando un rol fundamental en el bienestar y la cohesión del pueblo (Salinas, 2025a).

La Kumpania Rrom en Bogotá, con sus dos organizaciones formalmente constituidas y reconocidas por el Ministerio del Interior, Unión Romani y ProRrom, sirve como espacio fundamental para la implementación de acciones, programas y planes en salud dirigidos al pueblo Rrom. Estas estructuras facilitan la articulación y ejecución de iniciativas que buscan mejorar la salud y el bienestar de la comunidad (Salinas, 2025b).

### **Orientaciones para la garantía de la Participación de cada pueblo y comunidad étnica.**

La participación efectiva de los pueblos y comunidades étnicas en salud requiere reconocer sus formas propias de organización, sus sistemas de cuidado y su derecho a incidir en las decisiones públicas desde su visión del mundo. Estas orientaciones recogen criterios para fortalecer esa participación desde el respeto por la diversidad cultural, la autonomía y el diálogo de saberes.

El Modelo de Atención en Salud MAS Bienestar plantea que la participación social debe ser transformadora y culturalmente pertinente, articulando espacios institucionales con los sistemas de gobierno propio y las prácticas comunitarias. En esa línea, la Política Pública de Participación Social en Salud promueve el reconocimiento de estos pueblos como sujetos activos en la construcción de salud colectiva. Por ello, desde aquí se busca orientar a equipos técnicos e institucionales en el acompañamiento a los pueblos indígenas, negros, afrocolombianos, raizales, palenqueros y Rrom, para garantizar su participación efectiva y respetuosa, fortaleciendo una Bogotá más equitativa e intercultural.

### **Comunidades y Pueblos Indígenas**

- Es fundamental que todo proceso de participación que involucre a los pueblos indígenas respete su organización política, social y cultural propia. Por lo tanto, la representación de los pueblos en estos espacios debe contar siempre con el aval de la máxima autoridad tradicional, es decir, el Gobernador o la figura equivalente de cada pueblo indígena.
- Es fundamental que las personas designadas para participar en los espacios de participación cuenten con el aval expreso de sus autoridades tradicionales. Solo

estas autoridades tienen la legitimidad para delegar representantes ante instancias locales y distritales, garantizando así que las voces que allí se expresen reflejen verdaderamente el sentir, los saberes y las decisiones de la comunidad.

- Se recomienda a los actores de salud adopten un enfoque transformador basado en los principios de la teoría de sistemas, la holística y la interculturalidad genuina para el abordaje de la participación social en salud de los pueblos indígenas
- Las instituciones de salud deben asumir y aplicar el principio de diálogo "de gobierno a gobierno", reconociendo la autonomía y capacidad de gobernanza de las estructuras propias de los pueblos indígenas. Esto requiere superar enfoques paternalistas o asistencialistas y promover relaciones horizontales basadas en el respeto mutuo, el intercambio simétrico de saberes y la toma de decisiones compartida.
- La gestión de la calidad en salud dirigida a los pueblos indígenas debe incorporar el reconocimiento y respeto por sus concepciones de salud y enfermedad, sus recursos terapéuticos tradicionales, espacios de sanación y figuras de autoridad en salud, garantizando así una atención pertinente y culturalmente adecuada.
- Es esencial que el personal de las EPS, EAPB e IPS, desde el nivel directivo hasta el operativo, reciba formación en interculturalidad genuina. Esta capacitación debe ir más allá de la sensibilización básica y abordar el reconocimiento del "otro como diferente, mas no inferior", fomentando el intercambio de saberes y la comprensión de las diversas cosmovisiones sobre la salud y la enfermedad.

#### ***Comunidades Negras, Afrocolombianas***

- Reconocer y fortalecer el Consejo Consultivo Distrital de Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras como instancia legítima de interlocución. Debe ser vinculado efectivamente en todas las fases de las políticas públicas en salud, desde el diagnóstico hasta la toma de decisiones, con voz y voto, garantizando una participación representativa y oportuna.
- Diseñar espacios de participación en salud que reconozcan la diversidad cultural, territorial y organizativa del pueblo afrodescendiente. Esto implica valorar sus procesos históricos de resistencia, promover enfoques diferenciados y evitar homogenizar sus experiencias, visiones y estructuras comunitarias.
- Desarrollar programas de salud con enfoque intercultural, centrados en prevención y educación, como salud sexual y reproductiva o enfermedades crónicas, que integren saberes ancestrales, el uso de plantas medicinales y sean accesibles, comprensibles y culturalmente pertinentes para la comunidad.
- Garantizar condiciones adecuadas para la participación efectiva, incluyendo logística, metodologías y herramientas técnicas. Además, fortalecer el diálogo intercultural y los liderazgos comunitarios, integrando activamente los saberes propios en los procesos de toma de decisiones para avanzar hacia una equidad real en salud.

#### ***Personas con reconocimiento como negras y/o afrocolombianas***

- Reconozcan su derecho a una salud digna y a participar activamente en las decisiones que les afectan, aportando su voz para transformar los servicios de salud hacia enfoques más justos y culturalmente respetuosos.
- Fortalezcan y articulen sus formas propias de organización, como consejos consultivos, comunitarios, colectivos, redes juveniles y liderazgos barriales. Estas estructuras son esenciales para ejercer la participación, incidir en decisiones institucionales y defender el enfoque étnico desde su autonomía.
- Frente a situaciones de discriminación o trato inadecuado, acudan a sus líderes comunitarios y organizaciones, exijan atención oportuna y promuevan el diálogo intercultural para garantizar que sus saberes y realidades sean tenidos en cuenta en salud.

### **Comunidad Palenquera**

- Promover escenarios de participación culturalmente pertinentes e inclusivos, donde se respete y valore la cosmogonía, cosmovisión, espiritualidad, identidad y formas propias del pueblo palenquero. Estos espacios deben estar abiertos a la expresión libre y sin juicios, reconociendo su legado como símbolo de libertad y resistencia.
- Garantizar la participación del Kuagro Mona Ri Palenge Andi Bakata como instancia legítima de representación e interlocución ante las instituciones del Distrito, asegurando su vinculación efectiva en los procesos de toma de decisiones en salud, desde la planificación hasta la evaluación.
- Fomentar la investigación participativa y el diálogo horizontal, reconociendo a los sabedores y sabedoras ancestrales como fuentes legítimas de conocimiento. Los procesos deben ser colaborativos, evitando la imposición de enfoques externos y permitiendo que la comunidad palenquera sea protagonista en la construcción de saberes.
- Diseñar metodologías de participación con enfoque étnico palenquero, centradas en la oralidad, lo vivencial y los elementos identitarios del pueblo, como la música, la gastronomía, los rituales y las prácticas comunitarias. Estas metodologías deben facilitar la apropiación de los procesos y fortalecer el tejido cultural y organizativo de la comunidad.

### **Comunidad Raizal**

- Se recomienda garantizar la participación efectiva del pueblo raizal en los procesos de decisión en salud, a través de sus formas organizativas propias y reconocidas legalmente, como los Consejos Comunitarios de Base Raizales, los cuales funcionan como instancias legítimas de representación ante las entidades del Estado.
- Se recomienda a las institucionalidad y actores del sector salud adoptar un enfoque transformador e intercultural que reconozca el sistema propio de cuidado del pueblo raizal, basado en principios espirituales, comunitarios y territoriales. Este enfoque debe integrar una visión holística de la salud (cuerpo, mente, comunidad y entorno natural), y reconocer que la participación social no puede limitarse a espacios formales, sino que debe dialogar con las prácticas culturales y espirituales vivas de esta comunidad

- Mejoramiento de los servicios de salud accesibles para la población raizal no solo desde el punto de vista geográfico, sino también cultural, económico y lingüístico. Esto implica la disponibilidad de servicios adaptados, en el idioma creole, y con equipos de salud capacitados en la atención intercultural.
- Articular acciones interinstitucionales entre las entidades de salud, educación, cultura y planeación distrital, para abordar de manera integral las condiciones que afectan la participación social de esta población.
- Desarrollar y aplicar un enfoque diferencial étnico en los servicios de salud, adaptando los programas de salud pública a las características culturales, lingüísticas y sociales del pueblo raizal. Esto incluye la capacitación del personal de salud para que reconozca y respete sus prácticas culturales.

#### ***Personas con reconocimiento como Raizales***

- Asegurar la representación étnica y cultural del pueblo raizal en los espacios de participación en salud, reconociendo sus formas organizativas, espiritualidades y prácticas como legítimas y activas dentro del sistema.
- Fortalecer el empoderamiento comunitario, brindando herramientas claras para que las personas raizales puedan actuar ante barreras de acceso, ejercer su derecho a la participación activa y exigir atención pertinente y respetuosa.
- Implementar rutas ágiles de atención ante casos de discriminación o negación de servicios, garantizando una respuesta institucional oportuna y efectiva.
- Capacitar al personal en enfoque étnico e intercultural, promoviendo una atención libre de prejuicios, que respete la identidad y dignidad del pueblo raizal.

#### ***Pueblo Rrom***

- Autonomía y diálogo: Reconocer a las autoridades Rrom como interlocutores legítimos y promover relaciones simétricas “Gobierno a Gobierno”, respetando sus procesos propios.
- Consentimiento y pertinencia cultural: Garantizar el Consentimiento Libre, Previo e Informado (CLPI) con información clara y tiempos adecuados; adaptar los programas en diálogo con la comunidad y capacitar al personal para asegurar mediación intercultural.
- Articulación y fortalecimiento organizativo: Fortalecer la Kumpania y sus liderazgos (sabedores, mujeres y jóvenes), articulándose con organizaciones como Unión Romaní y ProRrom, consolidando dinámicas internas que permitan incidir colectivamente en salud.
- Agendas propias: Impulsar diagnósticos participativos y construcción de propuestas desde la cosmovisión Rrom, integrando prácticas de cuidado, alimentación, género y ritualidad.
- Participación institucional: Asegurar presencia efectiva en instancias como el Consejo Consultivo Distrital y Mesas Étnicas locales, reconociendo su voz en la planeación y concertación de la salud pública.

- Recursos y sostenibilidad: Asignar financiación, talento humano y mecanismos de evaluación conjunta que garanticen participación efectiva en el tiempo.
- Monitoreo comunitario: Promover veedurías internas que vigilen la calidad e impacto de los servicios, documentando aprendizajes y fortaleciendo la autonomía y defensa de derechos

## **CAPÍTULO 5. LA SITUACIÓN Y LA CONDICIÓN EN LOS ENFOQUES**

Este capítulo aborda realidades poblacionales específicas desde los enfoques poblacional, diferencial y de género. Reúne aquellas condiciones y situaciones no contempladas en los capítulos anteriores, entendidas como características externas que afectan a las personas tanto en lo individual como en lo colectivo, y que dependen de factores internos y externos del entorno. Según la manera en que se interpreten, estas características pueden convertirse en ventajas o desventajas al ubicarnos en categorías sociales determinadas. Por ello, es fundamental comprender que las personas somos un todo integrado, con múltiples rasgos interrelacionados, que deben analizarse en la diversidad de contextos socioculturales que atravesamos.

En esta guía, las condiciones se refieren a atributos intrínsecos o categorías que permiten la identificación de ciertos grupos, como es el caso de las personas en situación de discapacidad. Las situaciones, por su parte, corresponden a vivencias compartidas que suelen implicar vulneración de derechos, discriminación, exclusión y desigualdad, como ocurre con las víctimas del conflicto armado, las poblaciones rurales, las comunidades desplazadas y otros colectivos históricamente marginados. El propósito central de este capítulo es reconocer las particularidades de cada grupo y plantear respuestas adaptadas que fortalezcan su participación y bienestar, avanzando hacia el cierre de brechas y el respeto a la dignidad y autonomía que han reivindicado a lo largo de su historia.

### **Población con discapacidad**

La Población con Discapacidad (PCD) está conformada por personas que presentan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, en interacción con diversas barreras sociales, estructurales, actitudinales y políticas, pueden impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás personas (United Nations, 2006). En el contexto de Bogotá, esta población representa una diversidad de experiencias y realidades que requieren un abordaje diferencial y garante de derechos, reconociendo su papel activo en la transformación social.

### **Concepto de salud desde la perspectiva de la población**

La salud de las personas con discapacidad se concibe como un estado integral de bienestar físico, mental, emocional y social, y no solo como ausencia de enfermedad. En Colombia, este derecho está respaldado por el Artículo 49 de la Constitución Política y la Ley Estatutaria 1751 de 2015, que exigen servicios accesibles, de calidad y adaptados a cada tipo de discapacidad. Desde esta perspectiva, la equidad en salud implica una atención inclusiva e intersectorial que garantice entornos seguros y participativos, donde la participación social sea clave para promover la autonomía, el empoderamiento y la corresponsabilidad de las personas con discapacidad en los procesos que inciden en su calidad de vida e inclusión plena en la sociedad.

### **Instancias de participación**

- Consejo Nacional de Discapacidad (CND): instancia de concertación y seguimiento de la política pública nacional de discapacidad (Decreto 2011 de 2017).



- Sistema Nacional de Discapacidad (SND): conjunto de entidades y mecanismos que coordinan la implementación de la política de discapacidad en todo el país (Ley 1145 de 2007).
- Comités Departamentales y Distritales de Discapacidad (CDD): espacios territoriales de articulación y coordinación de la política de discapacidad (Ley 1145 de 2007).
- Consejería Presidencial para la Participación de las Personas con Discapacidad (CPPPD): asesora al Gobierno Nacional y promueve la participación de esta población en las decisiones públicas.
- Sistema Distrital de Discapacidad (SDD): instancia que articula entidades y actores para implementar la política de discapacidad en Bogotá (Decreto Distrital 470 de 2007).
- Comité Distrital Técnico de Discapacidad (CDTD): órgano de asesoría técnica que apoya el diseño y ejecución de la política en el Distrito.
- Secretaría Técnica Distrital de Discapacidad (STDD): entidad responsable de coordinar y hacer seguimiento a los procesos del Sistema Distrital de Discapacidad.
- Secretarías Técnicas Locales de Discapacidad (STLD): coordinan y apoyan la gestión de los Consejos Locales en cada localidad.
- Consejos Locales de Discapacidad (CLD): espacios de participación ciudadana donde personas con discapacidad y sus organizaciones inciden en la política pública local.
- Espacios organizativos comunitarios propios de personas con discapacidad (organizaciones de base, colectivos, redes locales, etc.), donde ejercen su participación de manera independiente.

#### ***Orientaciones para la facilitación de procesos participativos en salud***

- Garantizar accesos físicos adecuados (rampas, señalización táctil, baños accesibles).
- Contar con intérpretes de lengua de señas, guías intérpretes, materiales en braille, formatos de lectura fácil.
- Diseñar procesos administrativos simplificados y comprensibles.
- Incorporar personal capacitado en enfoques diferenciales y atención inclusiva.
- Crear espacios institucionales de consulta directa con organizaciones de personas con discapacidad.
- Identificar y atender las necesidades particulares de cada tipo de discapacidad (física, visual, auditiva, múltiple, psicosocial, intelectual, entre otras).
- Promover procesos de sensibilización y psicoeducación sobre discapacidad dirigidos a otros grupos poblacionales, teniendo en cuenta la interseccionalidad.
- Desarrollar estrategias de fortalecimiento de habilidades para la participación autónoma según las capacidades de cada persona.
- Realizar jornadas vivenciales e inclusivas con otros sectores poblacionales para fomentar el reconocimiento mutuo y la participación incidente en salud.

#### ***Orientaciones para el abordaje y relacionamiento con la comunidad***

- Promover un lenguaje respetuoso, claro, no estigmatizante ni infantilizante hacia las personas con discapacidad.

- Incorporar elementos de la comunicación alternativa y aumentativa, como pictogramas, subtítulo, intérprete de lengua de señas, entre otros.
- Tener en cuenta los antecedentes de vulneración de derechos y los contextos familiares, comunitarios y económicos para evitar revictimización.
- Diseñar e implementar planes de acción participativos y culturalmente pertinentes, que integren las voces de las personas con discapacidad desde la planeación hasta la evaluación.
- Diseñar campañas con formatos accesibles (braille, audioguías, lectura fácil, videos con lengua de señas).
- Utilizar medios comunitarios y redes sociales accesibles para divulgar información sobre salud y participación.
- Asegurar la accesibilidad de sitios web institucionales y canales de atención ciudadana

### **Población víctima del conflicto armado**

De acuerdo con la Ley 1448 de 2011, se considera víctima del conflicto armado a toda persona que, de manera individual o colectiva, haya sufrido un daño como consecuencia de infracciones al Derecho Internacional Humanitario o de violaciones graves y manifiestas a los derechos humanos, ocurridas en el marco del conflicto armado interno, a partir del 1° de enero de 1985. Esta definición también incluye a los familiares de las personas afectadas en primer grado de consanguinidad, primero de afinidad, así como al cónyuge o compañero(a) permanente (Congreso de la República de Colombia, 2011). La ley reconoce el impacto multidimensional que estos hechos generan en la vida de las víctimas, lo cual demanda una atención integral que garantice sus derechos y su reparación. Además de los efectos físicos y psicológicos, estas víctimas enfrentan rupturas sociales y culturales que incrementan su vulnerabilidad.

La Ley 2421 de 2024, que modifica y actualiza la Ley 1448, amplía esta definición al reconocer expresamente a víctimas en el exterior, a los miembros de la Fuerza Pública afectados en el marco del conflicto, a quienes intervinieron para socorrer o evitar hechos victimizantes, y a menores desvinculados de grupos armados ilegales (Congreso de la República de Colombia, 2024). A su vez, establece plazos específicos para la declaración y refuerza la articulación interinstitucional para la atención y reparación integral. De manera complementaria, la Ley 1592 de 2012, que reforma aspectos del marco de justicia transicional, precisa que las víctimas son aquellas personas que han sufrido daños físicos, emocionales o económicos como resultado de la acción de grupos armados ilegales (Congreso de la República de Colombia, 2012), consolidando así una visión integral y penalmente aplicable del daño sufrido en contextos de violencia sistemática.

En Colombia, se reconocen 15 hechos victimizantes para las víctimas del conflicto armado, los cuales están establecidos en la Ley 1448 de 2011 y el Decreto 4800 de 2011. Es importante destacar que estos hechos pueden tener diferentes grados de afectación y

pueden requerir diferentes tipos de atención y reparación. Entre estos hechos victimizantes reconocidos se incluyen:

- Homicidio: Asesinato de una persona debido al conflicto armado.
- Lesiones personales: Heridas o daños físicos causados por el conflicto armado.
- Desaparición forzada: La privación de la libertad de una persona por parte de actores armados, sin que se sepa su paradero.
- Secuestro: La privación de la libertad de una persona por parte de actores armados, con fines de extorsión o chantaje.
- Tortura: El uso de violencia física o psicológica contra una persona para obtener información o confesiones.
- Desplazamiento forzado: La obligación de una persona o grupo de personas a abandonar su lugar de residencia debido al conflicto armado.
- Pérdida de bienes: La pérdida o destrucción de bienes materiales debido al conflicto armado.
- Delitos contra la libertad e integridad sexual: La comisión de delitos sexuales contra una persona, como la violación o el abuso sexual.
- Reclutamiento de menores: El reclutamiento de menores de edad por parte de grupos armados.
- Minas Antipersona y Municiones sin explotar: afectación física y psicológica por minas antipersona.
- Ataques a la integridad Física o mental: El amedrentamiento, el hostigamiento, la intimidación.
- Confiscación o pérdida de Documentos de identidad: Confiscación de Cédula, pasaporte.
- Despojo de Tierras: Es despojo de tierras propias o la pérdida de la propiedad debido al conflicto armado.
- Afectaciones por cultivos ilícitos: Afectaciones por cultivos ilícitos como la fumigación o a erradicación forzada.
- Afectaciones por narcotráfico: Como la amenaza, el amedrentamiento o la intimidación hacia una persona o sus familias.

### **Concepto de salud desde la perspectiva de la población**

La salud, para las comunidades víctimas del conflicto armado, no puede limitarse a la ausencia de enfermedad; debe comprenderse como un estado integral de bienestar físico, mental, emocional, social y cultural, profundamente vinculado a su contexto histórico y territorial.

Para la población víctima del conflicto armado, la salud se concibe como *“...un bienestar integral que abarca lo físico, lo mental, lo espiritual y lo comunitario, enraizado en la memoria cultural y en la reconstrucción de la vida digna. No se limita a la ausencia de enfermedad, sino que integra la*

*sanación emocional y colectiva, el reconocimiento de sus prácticas ancestrales y la garantía de derechos en contextos de reparación y justicia social” (Equipo Poblacional, 2025).*

Estas comunidades asocian la salud no solo al acceso a servicios médicos, sino también a la recuperación de su dignidad, el fortalecimiento de sus lazos comunitarios y la posibilidad de habitar espacios libres de violencia (Ley 1448 de 2011). Desde esta perspectiva, la salud incluye:

La reparación emocional y psicológica, destacada como prioritaria en el informe “¡Basta ya!” del Centro Nacional de Memoria Histórica (CNMH, 2013), que subraya la necesidad de atender las heridas emocionales del conflicto. La conexión con su territorio y su entorno, vital para comunidades rurales e indígenas, donde el territorio es inseparable de la identidad cultural (Decreto Ley 4633 de 2011) y La reconstrucción del tejido social, pues el conflicto ha fragmentado redes de apoyo comunitarias, fundamentales para el bienestar colectivo.

### ***Instancias de participación***

- **Comité de Justicia Transicional Distrital:** coordina la política de atención, asistencia y reparación a víctimas en Bogotá.
- **Comité Local de Justicia Transicional:** articula la implementación de medidas de atención y reparación a víctimas en cada localidad.
- **Subcomité de Asistencia y Atención:** define y coordina acciones de atención inmediata y asistencia humanitaria para víctimas.
- **Subcomité de Reparación Integral:** orienta la planeación y ejecución de medidas de reparación individual y colectiva.
- **Subcomité de Prevención:** diseña e implementa acciones para prevenir violaciones a los derechos humanos y al DIH.
- **Subcomité de Memoria, Paz y Reconciliación:** promueve iniciativas de memoria histórica, construcción de paz y reconciliación social.
- **Subcomité de Sistemas de Información:** garantiza el registro, actualización y análisis de datos sobre víctimas y medidas implementadas.
- **Mesa Distrital de Participación Efectiva de Víctimas (MDPEV):** espacio de representación y diálogo de las víctimas con las autoridades distritales (Ley 1448 de 2011; Decreto 4800 de 2011).
- **Mesa Local de Participación Efectiva de Víctimas (MLPEV):** instancia local donde las víctimas inciden en la planeación y seguimiento de las políticas públicas.
- **Red de Organizaciones de Víctimas en Bogotá:** articula y fortalece las acciones colectivas de las organizaciones de víctimas en la ciudad.
- **Espacios de Participación en la Comisión de la Verdad:** escenarios creados para recoger testimonios, promover la verdad y garantizar la voz de las víctimas en el proceso.

### ***Orientaciones para la facilitación de procesos participativos en salud***

- Generación de mecanismos de participación social con un enfoque integral en salud, estos mecanismos deben permitir la incidencia activa de la población en la toma de

decisiones sobre los asuntos públicos y la construcción de políticas públicas en salud.

- Reconocer la interdependencia entre el derecho a la participación y el derecho a la salud, donde el Estado actúa como garante de estos derechos, y la ciudadanía desempeña un papel clave en el desarrollo de políticas de salud.
- La construcción de confianza entre las instituciones y la población, la transparencia en los procesos y el fortalecimiento de la veeduría ciudadana, son factores clave para asegurar un ejercicio participativo. Este enfoque contribuye a la superación de inequidades y desigualdades, promoviendo el goce efectivo del derecho a la salud.
- El enfoque diferencial y psicosocial es esencial en este proceso, ya que permite reconocer y atender la diversidad de las víctimas del conflicto armado, considerando sus características sociales y culturales, su situación de derechos y vulnerabilidad, y sus necesidades específicas.
- Para facilitar procesos participativos, es fundamental ofrecer garantías a la participación social en salud, capacitación accesible sobre derechos y servicios de salud, especialmente a los grupos en situación de vulnerabilidad.
- La comunicación clara y constante es clave para mantener a las comunidades informadas sobre los servicios y espacios de participación disponibles. Fomentar la colaboración intersectorial con sectores como educación y vivienda es esencial para abordar de manera integral los determinantes sociales de la salud, para el MAS Bienestar.

#### ***Orientaciones para el abordaje y relacionamiento con la comunidad***

- Es fundamental aplicar un enfoque diferencial y psicosocial adaptado a las diversas realidades de los grupos afectados, que considere las particularidades sociales, culturales y geográficas de cada grupo, con el fin de garantizar la equidad en el acceso a los servicios de salud.
- Desde una perspectiva psicosocial, es fundamental reconocer todas las formas de sufrimiento y los hechos victimizantes que las víctimas han experimentado. Es clave entender que el sufrimiento se puede manifestar de diversas maneras y no siempre se expresa a través del llanto, la enfermedad o la tristeza. Para ello, se identifican los siguientes elementos clave para la atención:
  - Ofrecer un trato digno y respetuoso.
  - Escuchar activamente y facilitar la expresión emocional.
  - Reconocer la identidad de género y respetar cómo cada persona desea ser llamada.
  - Fomentar el reconocimiento de los recursos propios, familiares y sociales.
  - Garantizar la seguridad física y emocional durante el proceso de atención.
  - Evitar interpretaciones o suposiciones sobre las situaciones vividas por las víctimas.
  - Mantener una postura neutral frente al conflicto armado, reconociendo el impacto del lenguaje y las narrativas.

- Considerar todas las formas de sufrimiento y hechos de violencia sufridos por las víctimas.
  - Reconocer elementos como supervivencia, resistencia y reorganización psicológica, familiar y social.
  - Involucrar diversas instituciones en la reparación, ya que el proceso no recae solo en los profesionales de la salud mental o el ámbito psicosocial.
  - Entender que el sufrimiento se expresa de diversas formas, y que no siempre se manifiesta a través de llanto o tristeza.
  - Brindar espacios de atención donde las víctimas puedan expresar sus afectaciones emocionales sin ser invalidadas o invisibilizadas.
  - Ofrecer un espacio seguro para la expresión emocional, contribuyendo así a la recuperación de las víctimas.
- La visibilización, acompañamiento y el control político de los escenarios de participación de las víctimas del conflicto armado para la toma de decisiones, donde sus necesidades sean escuchadas y atendidas en la formulación de políticas públicas.
  - Resignificar los relatos de las VCA brindándoles el reconocimiento adecuado, para que sus experiencias no solo sean recordadas, sino que sirvan como base para la reparación y el cambio social.
  - Prevención de la violencia y la reparación integral deben ser ejes centrales. La reconstrucción del tejido social, promoviendo redes comunitarias y fortaleciendo la cohesión social, es vital para mejorar el bienestar colectivo de las comunidades afectadas por el conflicto.
  - Evitar la revictimización, asegurando que el abordaje no las exponga a nuevas formas de sufrimiento, ni perpetúe el daño ya sufrido. La reparación integral debe incluir programas que no solo aborden la atención en salud, sino que también contemplen la restitución de derechos y la creación de condiciones para una vida digna.

### **Población en proceso de reincorporación**

La población en proceso de reintegración está compuesta por personas que han abandonado voluntariamente organizaciones armadas al margen de la ley y que, mediante un proceso institucional, buscan reinsertarse de manera integral en la vida civil. En Bogotá, esta población presenta características socioeconómicas y culturales diversas, con experiencias marcadas por el conflicto armado, el desplazamiento forzado, la exclusión social, y, en muchos casos, por afectaciones físicas y mentales derivadas de la guerra. Esta población enfrenta desafíos significativos, incluyendo estigmatización, exclusión social y dificultades para acceder a servicios básicos como la salud. Según el Departamento Nacional de Planeación (DNP), el proceso de reincorporación se articula a través de la Política Nacional para la Reincorporación Social y Económica (PNRSE), formalizada en el Documento CONPES 3931 de 2018.

Muchos de estos individuos enfrentan barreras para el acceso a derechos fundamentales, incluido el derecho a la salud, debido a estigmatización, desconocimiento institucional o ausencia de redes de apoyo. El proceso de reintegración no solo implica aspectos económicos y educativos, sino también la reconstrucción de la identidad, la sanación emocional y el restablecimiento de vínculos con la comunidad.

### Concepto de salud desde la perspectiva de la población

La salud de las personas en proceso de reincorporación es un derecho fundamental consagrado en la Ley Estatutaria 1751 de 2015, que garantiza el acceso oportuno, continuo y de calidad a servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación. En línea con el Conpes 3931 de 2018, esta garantía se materializa a través de la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), gestionada con apoyo de la Agencia para la Reincorporación y la Normalización (ARN) y basada en listados censales, lo que asegura la inclusión de excombatientes y sus familias en el sistema formal. El modelo prioriza además la atención de enfermedades de alto costo, personas mayores y personas con discapacidad, reconociendo las particularidades de esta población y respondiendo a compromisos del Acuerdo de Paz (*Gobierno de Colombia & FARC-EP*, 2016).

No obstante, el concepto de salud en la reincorporación va más allá del aseguramiento formal: implica acciones colectivas que fortalezcan la inclusión social, la reparación integral y el bienestar físico, mental y comunitario. Esto requiere programas diferenciales con enfoque de derechos, sensibilidad cultural y trabajo intersectorial que integren la salud mental, la prevención de enfermedades y el acceso equitativo a servicios en los territorios. De esta manera, se reconoce que el bienestar individual está ligado al bienestar familiar y comunitario, y que garantizar la salud de la población en reincorporación contribuye directamente a la consolidación de una paz estable y duradera (*República de Colombia, Departamento Nacional de Planeación*, 2018).

### Instancias de participación

Las principales instancias de participación en donde tienen participación, y en algunos casos incidencia, las personas en proceso de reintegración incluyen:

- **Mesa Intersectorial para la implementación del Acuerdo de Paz para Bogotá:** creada por el Decreto Distrital 489 de 2021. Es el espacio oficial donde se coordinan y articulan las entidades del Distrito para aterrizar en Bogotá los compromisos del Acuerdo de Paz.
- **Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial Bogotá-Región -PDET BR:** estrategia del Distrito a 10 años para transformar los territorios más vulnerables de Bogotá, con el propósito de convertir a la ciudad en el epicentro de paz y reconciliación

Estas instancias permiten a la población en proceso de reintegración ejercer su ciudadanía, aportar sus experiencias y necesidades, y contribuir a la transformación de los servicios de salud.

**Comentado [JV5]:** @Alina Maria, Silva Buendia te agradezco que puedas brindar información más precisa relacionada con las instancias de participación en salud que tengas las personas en proceso de reincorporación. Las que señalas acá con las que todos conocemos y no se precisa si es que ellos no tienen ninguna... incluso escenarios que vinculen lo institucional. El parrafo final no deja ver como se da la participación de este grupo

**Comentado [AB6R5]:** No he encontrado otra instancia de participación en salud, estoy validando con ellos pero no me han dado respuesta

**Comentado [JV7R5]:** Hola Alina, no tienen que ser de participación en salud... son instancias donde participan las personas en proceso de reintegración. Quitaré las de salud para pasarlas a la parte de arriba

**Comentado [JV8R5]:** Esta mesa podría incluirse: <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=119139>

### *Orientaciones para la facilitación de procesos participativos en salud*

- **Reconocer la diversidad:** Tener en cuenta la heterogeneidad de la población en reincorporación (género, edad, discapacidad, ruralidad) en todo proceso de salud.
- **Entornos seguros:** Garantizar espacios de participación libres de estigmas y discriminación, que promuevan confianza y reconciliación.
- **Agendas colectivas:** Construir, junto con las comunidades, prioridades y propuestas de salud que reflejen sus realidades y necesidades.
- **Articulación institucional:** Coordinar acciones entre ARN, EPS, entidades territoriales y comunidades para lograr respuestas integrales.
- **Metodologías interculturales:** Usar herramientas participativas y pedagógicas como círculos de la palabra, cartografías o prácticas ancestrales.
- **Incidencia real:** Asegurar que las propuestas comunitarias sean vinculadas en políticas, planes y programas territoriales de salud.
- **Salud mental y reconciliación:** Incorporar el cuidado emocional y la sanación colectiva como ejes de los procesos de participación.

### *Orientaciones para el abordaje y relacionamiento con la comunidad*

- **Escucha activa y reconocimiento del otro:** validar las experiencias de vida, sin juzgar, como base para establecer diálogos constructivos. Además, reconocer a la comunidad como sujeto activo de derechos y validar a sus liderazgos y autoridades propias como interlocutores legítimos.
- **Manejo de conflictos:** fomentar estrategias de mediación comunitaria y educación para la paz en caso de tensiones o resistencias sociales.
- **Fortalecimiento del tejido social:** promover espacios comunitarios donde se compartan saberes, se reconstruyan vínculos y se fortalezcan las redes de apoyo.
- **Visibilización de liderazgos comunitarios:** apoyar el surgimiento de liderazgos locales, especialmente de personas en reintegración que deseen participar activamente en procesos sociales y comunitarios.
- **Seguimiento y acompañamiento psicosocial:** garantizar que los procesos de participación estén acompañados por profesionales capacitados que apoyen emocionalmente a los participantes.
- **Diálogo intercultural y horizontal:** Propiciar relaciones de igualdad, evitando enfoques asistencialistas o paternalistas. Valorar los saberes comunitarios en igualdad con el conocimiento técnico.
- **Flexibilidad metodológica:** Adecuar las metodologías a las particularidades del grupo (edad, género, etnia, discapacidad, ruralidad, migración), privilegiando lo oral, lo visual, lo artístico o lo lúdico.
- **Corresponsabilidad:** Resaltar que la salud y el bienestar son construcciones colectivas, donde tanto instituciones como comunidades tienen responsabilidades compartidas.



### **Población usuaria de sustancias psicoactivas (SPA)**

La población usuaria de sustancias psicoactivas (SPA) comprende personas, familias y comunidades que consumen estas sustancias en diferentes contextos (recreativo, terapéutico o por dependencia), en los cuales están inmersas variables personales, sociales, familiares y estructurales. Este grupo no debe reducirse únicamente al consumo, sino entenderse desde sus trayectorias de vida, condiciones de vulnerabilidad y reconocimiento de sus derechos fundamentales.

De acuerdo con el Ministerio de Salud y Protección Social, en el marco de procesos participativos con comunidades, se reconoce que: “Las personas consumidoras no solo quieren dejar de ser estigmatizadas, también quieren ser escuchadas, valoradas y hacer parte de las decisiones sobre su salud” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022). Esta perspectiva resalta la importancia de incluir sus voces en la formulación de políticas públicas que les afectan directamente.

La Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas (Resolución 089 de 2019, Ministerio de Salud y Protección Social) entiende la participación como el reconocimiento de sujetos individuales y colectivos como protagonistas en el análisis de su situación, definiendo rutas integrales de atención, prevención y promoción de la autonomía, la salud y los derechos, bajo principios de inclusión, integralidad, no discriminación y reducción del estigma (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022). En este marco, las personas que consumen sustancias psicoactivas se reconocen como actores clave en la formulación, implementación y monitoreo de políticas públicas y programas, garantizando así su bienestar integral y el ejercicio pleno de sus derechos.

Comprender el fenómeno del consumo de sustancias psicoactivas desde un enfoque poblacional, diferencial y de género, permite comprender la problemática desde una perspectiva holística. Esto facilita la adaptación de estrategias a las realidades específicas de cada población, priorizando la equidad, la garantía de derechos y la construcción de entornos protectores que fortalezcan el bienestar comunitario, garantizando que las acciones de salud pública sean construidas colectivamente con la participación de quienes viven y enfrentan la problemática.

### **Concepto de salud desde la perspectiva de la población**

El concepto de salud para las Personas Usuarias de Sustancias Psicoactivas está enmarcado bajo el enfoque de reducción de riesgos y daños, el cual se entiende como un estado integral de bienestar físico, mental, emocional y social, más allá de la abstinencia como único fin pues esta no es realista para todas las personas. Este concepto reconoce la autonomía de las personas usuarias en la toma de decisiones sobre su consumo, y busca garantizar que dichas decisiones se realicen en contextos que minimicen riesgos y promuevan la calidad de vida.

Actualmente, Bogotá se encuentra en proceso de formulación de la nueva Política Pública de Sustancias Psicoactivas, en consecuencia, se hace necesario que para su definición se acoja el abordaje transectorial y comunitario, en aras de intervenir aspectos relacionados

con la prevención y tratamiento del consumo de sustancias psicoactivas, la reducción del daño asociado y en sí, los determinantes sociales relacionados con la seguridad y la convivencia que convergen en los territorios y que inciden sobre la criminalidad.

#### ***Instancias de participación***

- **Consejo Distrital Cannábico:** Instancia Mayor de participación de la comunidad Cannábica en el Distrito capital
- **Mesa Distrital Cannábica de Bogotá:** Espacio de participación ciudadana Distrital donde la comunidad de personas usuarias, emprendedoras y activistas de las diferentes localidades del Distrito, dialogan sobre la construcción, defensa y ejercicio de políticas, estrategias de regulación y derechos en el uso del cannabis, desde el entendimiento y la toma de posición.
- **Mesas Locales Cannábicas:** Espacio de participación ciudadana local donde la comunidad de personas usuarias, emprendedoras y activistas, dialogan sobre la construcción, defensa y ejercicio de políticas, estrategias de regulación y derechos en el uso del cannabis, desde el entendimiento y la toma de posición.
- **Consejo Local Cannábico de Bosa:** Instancia de participación ciudadana encargada de ser el ente asesor y consultivo de la administración local y las entidades distritales que desarrollan acciones en el marco del aprovechamiento y la inclusión de las y los usuarios y no usuarios en la localidad de Bosa, en temas como formulación de políticas, planes de desarrollo, proyectos, estudios e iniciativas, relacionadas con la comunidad en torno a los diferentes usos de cannabis y su desarrollo económico.

#### ***Orientaciones para la facilitación de procesos participativos en salud:***

- Realizar visitas a los territorios y entornos de las personas usuarias de sustancias psicoactivas para comprender su realidad y generar confianza.
- Utilizar una comunicación no estigmatizante y adaptada al contexto de la población.
- Contar con profesionales de salud y facilitadores capacitados en enfoques de reducción de riesgos y daños y derechos humanos.
- Garantizar espacios físicos y virtuales donde las personas se sientan seguras para expresarse.
- Utilizar técnicas como grupos focales, mesas de diálogo, talleres vivenciales y conversatorios que promuevan la participación activa.
- Desarrollar asistencias técnicas a las personas usuarias de sustancias psicoactivas en temas de salud, abordaje al consumo de sustancias psicoactivas desde la reducción de riesgos.
- Identificar y acompañar líderes o voceros de la comunidad para que faciliten los procesos participativos.
- Incentivar la creación de redes o grupos organizados para articular propuestas de iniciativa comunitaria de forma autónoma.
- Acceso a información clara y relevante, mediante el desarrollo de materiales pedagógicos sobre salud, reducción de riesgos y daños, y participación social adaptados a la población.

- Involucrar a las personas usuarias de sustancias psicoactivas en la identificación de sus necesidades, barreras y propuestas en salud.
- Integrar a las personas usuarias en la planeación, implementación y evaluación de intervenciones.
- Fortalecer redes de apoyo comunitarias que conecten a la población con servicios de salud y otros recursos.
- De manera transversal, es clave fortalecer la participación ciudadana en las medidas de regulación del consumo de sustancias psicoactivas (SPA), reconociendo su impacto comunitario. Ello implica generar espacios de diálogo entre sociedad civil e instituciones, sustentados en evidencia, para construir consensos y diseñar estrategias de salud pública que reduzcan daños, promuevan autonomía y potencien soluciones colectivas

### **Campesinos, campesinas y habitantes de la ruralidad**

El término *campesino* ha estado históricamente cargado de connotaciones negativas vinculadas a subordinación, atraso o rusticidad. Sin embargo, los enfoques antropológicos y sociológicos actuales lo reconocen como un actor social complejo que trasciende lo agrícola, integrando prácticas de subsistencia, oficios rurales, cuidado comunitario y resistencia cultural. Su papel comprende estrategias múltiples de vida rural donde la autonomía, la diversificación productiva y las relaciones de cooperación frente a los mercados resultan fundamentales.

En el plano normativo, la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Campesinos (2018) amplía esta visión al incluir, además de quienes producen en pequeña escala con fuerte vínculo a la tierra, a pescadores, pastores, recolectores, artesanos rurales y trabajadores asalariados agrícolas. Así, el campesino se entiende como sujeto que mantiene una relación integral con la tierra y el territorio, sustentada en el trabajo familiar, los saberes ancestrales y la cooperación comunitaria, aportando a la seguridad y la soberanía alimentaria. En este marco, mujeres y jóvenes son actores centrales, aunque históricamente invisibilizados. En Colombia, las luchas campesinas alcanzaron un reconocimiento constitucional con el Acto Legislativo N.º 1 de 2023, que modificó el artículo 64 de la Constitución Política para declarar al campesinado como sujeto de especial protección constitucional, en articulación con la Ley Estatutaria 1751 de 2015 y otras normas de protección de derechos (Acto Legislativo N.º 1 de 2023).

Por su parte, el Instituto Colombiano de Antropología e Historia – ICANH (2018) define al campesino como un sujeto intercultural vinculado vitalmente al trabajo directo con la tierra y la naturaleza, inmerso en formas de organización social basadas en el trabajo familiar y comunitario, remunerado o no. Campesinos son las personas que habitan y trabajan en la ruralidad, conforman núcleos familiares, participan en organizaciones comunales y sociales, y expresan valores como responsabilidad, respeto, cuidado y defensa del territorio. En Bogotá, la población rural representa menos del 5% del total de habitantes, aunque ocupa el 75% de la extensión territorial, distribuida en nueve localidades: Sumapaz, Usme, Ciudad Bolívar, Usaquén, Santa Fe, Chapinero, Suba, Bosa y San Cristóbal; esta última con área de protección rural donde se han identificado asentamientos informales, sin población rural reconocida (Secretaría de Ambiente, s.f.).

### ***Concepto de salud desde la perspectiva de la población***

La salud en entornos rurales se entiende como un derecho fundamental pleno, cuya realización implica garantizar cobertura universal, acceso oportuno, calidad y pertinencia en la atención sanitaria para personas, familias y comunidades del campo. Este enfoque abandona una visión centrada únicamente en lo clínico, impulsando un modelo integral y preventivo que responde a las complejas condiciones del territorio rural y busca cerrar las brechas urbanas, rurales y de género.

La salud debería adoptar una mirada territorial, poblacional e intercultural, que articula el contexto geográfico con realidades económicas y sociales, incorporando enfoques de paz, equidad y desarrollo humano. La atención no se debería limitar a la oferta de servicios, sino que debería priorizar la promoción, prevención y determinantes sociales de la salud, reconociendo la diversidad cultural y organizativa de quienes habitan el campo (*Ministerio de Salud y Protección Social, 2022*).

### ***Instancias de participación***

- Consejos Locales de Ruralidad (Usme): espacios de participación donde comunidades rurales inciden en decisiones sobre desarrollo territorial y ruralidad local.
- Sindicatos agrarios (Usme y Sumapaz): organizaciones de trabajadores del campo que defienden derechos laborales y promueven mejores condiciones de producción.
- Asociaciones de Productores Agropecuarios: agrupan campesinos y productores rurales para fortalecer la producción, comercialización y gestión colectiva.
- Mesa Interinstitucional de Salud Rural: instancia de articulación entre entidades y comunidades para mejorar la atención y las condiciones de salud en zonas rurales.
- Unidad Local de Desarrollo Rural (ULDER): dependencia distrital que coordina acciones y programas de desarrollo rural en las localidades con población campesina.

### ***Orientaciones para la facilitación de procesos participativos en salud***

- Definir los objetivos claros para cada una de las comunidades que, aunque sean población rural, cada de una ellas tienen sus particularidades.
- Identificación de los actores claves en los procesos de participación en los cuales está incluida la comunidad, los líderes locales, profesionales de la salud entre otros.
- Establecer un cronograma de actividades permanentes y de participación activa.
- Crear espacios seguros, de confianza y seguridad para las comunidades, que les permita estar en confianza, que se expresen y ser escuchados.
- Hacer uso de herramientas y técnicas que faciliten la participación y comunicación asertiva.
- Toma de decisiones que sean justas y transparentes para las comunidades.
- Establecer procesos de seguimiento y evaluación final a los procesos y compromisos establecidos.
- Mantener un permanente respeto a la diversidad de opinión, cultura y experiencias.

- Garantizar una sostenibilidad en los procesos participativos con el fin que tengan un impacto duradero.
- Generar una transparencia y rendición de cuentas en todo el proceso participativo
- El más importante es que se le dé cumplimiento a todo compromiso y promesa que se pacte y ofrezca a las comunidades rurales y campesinas.

### **Orientaciones para el abordaje y relacionamiento con la comunidad**

Este grupo poblacional ha demandado históricamente una presencia más consolidada del Estado, pues la desatención en las zonas rurales es evidente y en el mejor de los casos diferenciada. También es una población que siente que ha sido sobre diagnosticada, censada y caracterizada, pero que todo ese esfuerzo no se ha traducido en reconocimiento de sus derechos ni en paliar sus necesidades. Por ello es importante priorizar acciones y no tanto refuerzo institucional en formaciones o diagnósticos. Es urgente también lograr altos grados de coordinación interinstitucional para evitar la redundancia de acciones y las inversiones poco eficientes. La relación con la tierra para las comunidades campesinas es una prioridad por lo que es indispensable atender problemas relacionados con la producción, comercialización, soberanía alimentaria y otros determinantes de la salud que son más cercanos a la población.

### **Población Migrante**

La Organización Internacional para las Migraciones (OIM, 2023) define al migrante como cualquier persona que se desplaza fuera de su residencia habitual, sin importar su estatus legal, la duración o los motivos del desplazamiento. El término "migrante" se refiere, en general, a toda persona que se traslada de un lugar a otro, dentro o fuera de su país, por razones como trabajo, educación, reunificación familiar, conflictos o búsqueda de mejores condiciones de vida.

*“Un migrante es una persona o grupo que se traslada desde su lugar de origen hacia otro territorio, de manera temporal o permanente, en busca de seguridad, oportunidades o mejores condiciones de vida; en contextos urbanos como Bogotá, no solo representa a quienes enfrentan retos de acceso a servicios básicos, regularización e inclusión social, sino también a portadores de identidades, tradiciones, lenguas y prácticas culturales que enriquecen la ciudad. Al mismo tiempo, los migrantes son actores de dinamismo, resiliencia y liderazgo comunitario, pues a través de redes y asociaciones aportan a la construcción de comunidades más equitativas, diversas e interculturales” (Equipo Poblacional, 2024d).*

De forma similar, la Organización de las Naciones Unidas (UNDESA, 2017) considera migrante a toda persona que cambia su lugar de residencia habitual, ya sea de forma temporal o permanente, por causas voluntarias o forzadas. En Colombia, la Ley 2136 de 2021 reconoce al migrante como quien cruza fronteras nacionales con fines personales, laborales o educativos, dentro del marco de atención y protección humanitaria.

### **Concepto de salud desde la perspectiva de la población**

Para la población migrante, “(...) *la salud se concibe como un derecho humano integral que debe garantizar atención digna y oportuna, sin discriminación por estatus migratorio. Es un proceso de bienestar colectivo que articula el acceso a servicios médicos con la integración social, el reconocimiento intercultural y el fortalecimiento de redes comunitarias. La salud es, además, un espacio de inclusión donde la diversidad cultural aporta a la construcción de una ciudad más equitativa y resiliente*” (Equipo Poblacional, 2024d).

Las condiciones de migración generan vulnerabilidades que impactan directamente en la salud, especialmente por el acceso restringido a servicios y las barreras culturales que dificultan su utilización (Pérez & Vega, 2020). Estas limitaciones se profundizan en el caso de migrantes en situación irregular, quienes enfrentan mayores obstáculos debido al desconocimiento de sus derechos y de las rutas de atención disponibles, lo que los expone a situaciones de mayor exclusión y riesgo (OPS, 2019). En este sentido, la humanización del personal de salud cobra relevancia, pues un trato digno, empático y sensible culturalmente mejora la experiencia del usuario y contribuye a derribar dichas barreras (OPS, 2019).

Reconocer la condición de movilidad como un elemento central en la atención en salud permite avanzar hacia un servicio más equitativo y pertinente. Esto implica ofrecer respuestas flexibles, accesibles y libres de discriminación, capaces de adaptarse a la diversidad cultural y social de las poblaciones migrantes, garantizando así que el derecho a la salud se cumpla en condiciones de igualdad (OMS, 2018; OPS, 2019).

### **Instancias de participación**

La población migrante en Bogotá no cuenta con una instancia propia y exclusiva de participación social en salud; sin embargo, se vincula activamente a escenarios ya existentes, como las Comités de Derechos Humanos, las Mesas de Participación Social en Salud (MPSS), las Comisiones Locales Intersectoriales de Participación (CLIP) o redes comunitarias como la Red de Solidaridad. Asimismo, organismos internacionales han impulsado programas dirigidos especialmente a migrantes, en particular venezolanos, garantizando su inclusión en acciones de salud pública.

En el ámbito institucional, la *Comisión Intersectorial del Distrito Capital para la Atención e Integración de la Población Proveniente de Flujos Migratorios Mixtos*, lidera y articula la estrategia distrital para la atención humanitaria, estabilización e integración de población migrante, refugiada y retornada en situación de vulnerabilidad. Sus funciones incluyen coordinar la Política Pública de Acogida, Inclusión y Desarrollo 2023-2035, articular actores públicos, privados y sociales, promover cooperación nacional e internacional, establecer un sistema único de información y garantizar espacios de participación y control social.

### **Orientaciones para la facilitación de procesos participativos en salud:**

- Realizar visitas a los territorios en las diferentes localidades de Bogotá D.C y entornos donde habita la población migrante para comprender su realidad, sus trayectorias y generar confianza.

- Adoptar una comunicación intercultural, respetuosa y adecuada a la diversidad de idiomas y expresiones culturales de la población migrante.
- Contar con profesionales de salud y facilitadores capacitados en enfoques de derechos humanos, interculturalidad y atención diferencial a población migrante.
- Garantizar espacios físicos y virtuales donde las personas migrantes se sientan seguras para expresarse, ser escuchadas y participar activamente
- Desarrollar asistencias técnicas a la población migrante en temas de salud, acceso a servicios, rutas de atención y derechos en el sistema de salud.
- Utilizar técnicas como grupos focales, mesas de diálogo, talleres vivenciales y conversatorios que promuevan la integración y la participación activa de las comunidades migrantes
- Identificar y acompañar líderes o voceros migrantes para que faciliten los procesos participativos y fortalezcan la representación comunitaria.
- Incentivar la creación de redes o grupos organizados de migrantes que promuevan iniciativas comunitarias y de integración de manera autónoma.
- Garantizar el acceso a información clara, oportuna y relevante, mediante el desarrollo de materiales pedagógicos sobre salud, derechos y participación social adaptados cultural y lingüísticamente.
- Involucrar a la población migrante en la identificación de sus necesidades, barreras y propuestas en salud, para que las decisiones respondan a su contexto real.
- Desde la Secretaría de Salud, se invita a la ciudadanía al aprovechamiento de los espacios de fortalecimiento ofertados por la Dirección de Participación Social, los que no solo permitirán el fortalecimiento de las organizaciones de migrantes, mediante metodologías participativas e interculturales, sino que además, involucran a las comunidades en la identificación de riesgos y recursos y promueven la colaboración interinstitucional, empoderando a las comunidades para crear entornos más seguros y saludables.

#### **Orientaciones para el abordaje y relacionamiento con la comunidad:**

- Realizar jornadas integrales de atención y vinculación, orientadas a eliminar barreras de acceso a los servicios de salud.
- Garantizar la difusión digital de la oferta institucional, reconociendo que muchas personas migrantes acceden a la información principalmente a través de redes sociales.
- Fortalecer las organizaciones comunitarias con enfoque diferencial, como actores clave en la representación y defensa de derechos de la población migrante.
- Adoptar un abordaje empático y respetuoso, con uso de lenguaje sencillo y comprensible, considerando las condiciones de vulnerabilidad que enfrentan.
- Promover recursos como la plataforma "SOMOS NUEVOS BOGOTANOS Y BOGOTANAS", disponible en la web de la Secretaría Distrital de Salud, que facilita la integración y el acceso a servicios (Dirección de Aseguramiento, s.f.).
- Garantizar traducción e interpretación intercultural, en casos de comunidades migrantes no hispanohablantes o con lenguajes propios, para asegurar comprensión plena.

**Comentado [JV9]:** Apreciado @Nelson Orlando, Pulido Ferreira sería muy útil que puedas revisar los demás apartados de este capítulo para que en lo correspondiente con las Orientaciones para la facilitación de procesos participativos en salud y Orientaciones para el abordaje y relacionamiento con la comunidad para que puedas con esos ejemplos, poder construir nuevamente estos 2 apartados.

**Comentado [NF10R9]:** Apreciada Julie, Realizado el ajuste.  
Quedo atento a tus comentarios, no retiré el espacio de LISTOS para poder contestar la observación, pero creo que lo podemos retirar y colocarlo en otro contexto porque a futuro puede cambiar la estrategia.  
Se hace un hipervínculo en "SOMOS NUEVOS BOGOTANOS Y BOGOTANAS" y se corrigió la bibliografía de la siguiente manera y se encuentra subrayado en amarillo y verde: Dirección de Aseguramiento. (s.f.). *Aseguramiento en salud de migrantes*. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.  
<https://www.saludcapital.gov.co/DASEG/Paginas/Aseguramiento-Salud-Migrantes.aspx>

- Promover la regularización y afiliación al sistema de salud, articulando la participación con información sobre derechos y rutas administrativas.
- Incorporar liderazgos migrantes en las instancias de participación, fortaleciendo su voz directa en los procesos de decisión.
- Generar alianzas con organismos internacionales y ONG, que trabajan con población migrante y aportan recursos, metodologías y confianza comunitaria.
- Diseñar mecanismos de devolución y retroalimentación efectivos, que garanticen que las propuestas de la población migrante sean escuchadas, respondidas y tenidas en cuenta por la institucionalidad.



## **RECOMENDACIONES DIRIGIDAS A LAS COMUNIDADES PARA EL ABORDAJE DE BARRERAS EN SALUD Y PARTICIPACIÓN SOCIAL**

La defensa del derecho a la salud no es solo un acto individual, sino un ejercicio colectivo de participación social. Al exigir atención sin discriminación, documentar barreras, activar rutas institucionales, vincularse a espacios comunitarios y fortalecer redes de apoyo, las comunidades no solo protegen sus derechos, sino que también transforman el sistema de salud. La participación social en salud, concebida desde un enfoque poblacional, diferencial y de género, es el camino para garantizar que las voces de todas y todos sean escuchadas y que el derecho a la salud se materialice en la vida cotidiana.

### ***Defender el derecho fundamental a la salud***

- Exige atención digna, oportuna y sin discriminación. Si te niegan un servicio, solicita las razones por escrito.
- Documenta lo ocurrido: anota fecha, lugar, personas involucradas y descripción de los hechos para sustentar quejas o denuncias.
- Acude a los canales institucionales:
  - Secretaría Distrital de Salud: (601) 329 5090, opción 2.
  - Superintendencia Nacional de Salud: [www.supersalud.gov.co](http://www.supersalud.gov.co) / 01 8000 513 700.
  - Personería de Bogotá: acompañamiento y orientación legal gratuita.
  - Defensoría del Pueblo: asesoría en derechos humanos y mecanismos de protección.
  - Línea Púrpura: 01 8000 112 137 / WhatsApp 300 755 1846, en casos de violencias basadas en género.
  - Casas LGBTI: orientación jurídica, psicosocial y acompañamiento en casos de discriminación.
  - Plataforma “Bogotá te escucha”: registro de quejas, peticiones y reclamos.

### ***Ejercer el derecho a participar en salud***

- Vincúlate a asociaciones de usuarias/os, comités de participación en salud, mesas locales, consejos consultivos, veedurías ciudadanas y colectivos comunitarios.
- *Asiste a jornadas de salud y encuentros comunitarios; tu experiencia es clave para mejorar servicios y visibilizar barreras.*
- Participa en la elección de representantes comunitarios o postúlate para incidir en las decisiones locales.
- Exige reconocimiento de tu identidad: solicita que se respeten tu nombre, pronombres, pertenencia cultural y cosmovisión como parte del derecho a la salud.

### ***Rutas y acompañamiento institucional***

- La Secretaría Distrital de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud, la Personería de Bogotá y la Defensoría del Pueblo disponen de canales formales para atender quejas, reclamos y solicitudes en salud.

- Servicios especializados, como la Línea Púrpura y las Casas LGBTI, ofrecen atención diferencial para mujeres y diversidades sexuales frente a violencias y discriminaciones.
- Cada grupo poblacional cuenta además con rutas organizativas propias (liderazgos comunitarios, colectivos sociales, formas de gobierno propio) que fortalecen la interlocución con la institucionalidad.
- Documentar los casos, activar los canales adecuados y hacer seguimiento constante son pasos claves para garantizar transparencia, respuesta oportuna y corresponsabilidad.

#### ***Redes y acción colectiva***

- La defensa del derecho a la salud se potencia a través de redes comunitarias y organizaciones sociales que articulan demandas y generan soluciones colectivas.
- Mujeres, personas LGBTI, comunidades étnicas, campesinas, migrantes, personas con discapacidad y juventudes han creado espacios de apoyo mutuo que hoy son aliados estratégicos de la institucionalidad.
- Reconocer, acompañar y fortalecer estas redes permite consolidar una participación social transformadora, con capacidad real de incidencia en las decisiones públicas.
- La acción colectiva complementa los procesos individuales y multiplica el impacto de la exigibilidad de derechos.

#### ***Marco normativo y control social***

- Derecho a la salud como derecho fundamental: la Ley Estatutaria 1751 de 2015 establece que ninguna persona puede ser excluida ni discriminada en la atención.
- Participación social garantizada: la Resolución 2063 de 2017 respalda tu derecho a incidir en la planeación, gestión y control de los servicios de salud.
- Protección específica en Bogotá: todas las Políticas Públicas Poblacionales del Distrito Capital reconocen a sus sujetos como poblaciones de especial protección (mujeres, personas LGBTI, juventudes, personas mayores, personas con discapacidad, víctimas del conflicto, comunidades étnicas, campesinado, población migrante, entre otras). Estas políticas fortalecen la participación incidente y la garantía de derechos en clave diferencial.

#### ***Tips prácticos para la ciudadanía:***

- Cuando presentes una queja o solicitud, cita la norma o política que respalda tu derecho (ej. Política Pública LGBTI, Política Pública de Mujeres, Política Pública de Discapacidad). Esto da más fuerza a tu exigencia.
- Usa los mecanismos de control social: veedurías, mesas locales, consejos consultivos y espacios de participación comunitaria para vigilar que las políticas se cumplan en los territorios.
- Guarda registros de lo que reportes y de las respuestas que recibas de las instituciones; te permitirán dar seguimiento y escalar el caso si es necesario.

## Bibliografía

- Acosta Navarro, O. L., Duarte Torres, C. A., Fajardo Montaña, D., Ferro Medina, J. G., Gutiérrez Sanín, F., Machado Cartagena, A., Penagos Concha, Á. M., & Saade Granados, M. M. (2018, julio). *Conceptualización del campesinado en Colombia: Documento técnico para su definición, caracterización y medición*. Comisión de expertos convocada por el Instituto Colombiano de Antropología e Historia (ICANH). Relator: J. S. Ballestas Murcia.
- Agencia de la ONU para los Refugiados (ACNUR). (s.f.). *Programas de atención a migrantes venezolanos en Colombia*. Recuperado de [URL del documento o página oficial]
- Aguirre, A. N. (2020). *Resignificación del proceso de tejido social desde las Escuelas de Líderes Gestores en SAN en el municipio de Tumaco, Nariño* (Trabajo de maestría). Universidad Nacional de Colombia.
- Argueta Monterroza, L. T. (2021). Género y participación social en salud desde la experiencia ciudadana en El Salvador. *La ventana. Revista de estudios de género*, 6(54), 240–275. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-94362021000200240](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-94362021000200240)
- Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C. (2011, 7 de diciembre). *Decreto 554 de 2011: Por el cual se adopta la Política Pública Distrital para el reconocimiento de la diversidad cultural, la garantía, la protección y el restablecimiento de los derechos de la población raizal en Bogotá D.C.* Diario Oficial de Bogotá. Recuperado de <https://registrodistrital.secretariageneral.gov.co/archivo/147846>
- Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C. (2015, 31 de diciembre). *Decreto 612 de 2015: Por el cual se crea el Consejo Consultivo y de Concertación para los Pueblos Indígenas en Bogotá D.C.* Diario Oficial de Bogotá. Recuperado de <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=64258>
- Alcaldía Mayor de Bogotá, D. C. (2018, 26 de septiembre). *Decreto 552 de 2018: Por medio del cual se establece el Marco Regulatorio del Aprovechamiento Económico del Espacio Público en el Distrito Capital de Bogotá y se dictan otras disposiciones.* Diario Oficial de Bogotá. Recuperado de <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=81065>
- Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C. (2019, 9 de agosto). *Decreto 474 de 2019: Por medio del cual se crea la Comisión Consultiva de las Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras de Bogotá, D.C.* Diario Oficial de Bogotá. Recuperado de <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=85866>
- Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C. (2019, 26 de diciembre). *Decreto 817 de 2019: Por el cual se crea el Consejo Consultivo y de Concertación para el pueblo Rrom o Gitano de*

- la Kumpania de Bogotá D.C.* Diario Oficial de Bogotá. Recuperado de la plataforma de normas de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C.
- Alcaldía Local de Puente Aranda. (2021, octubre). *Instalación de la Mesa Local Gitana en Puente Aranda*: Mesa Local Gitana como instancia de diálogo, interlocución, concertación y decisión del Pueblo Rrom o Gitano de Bogotá
- Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C. (2022, 22 de julio). *Decreto Distrital 295 de 2022: Por medio del cual se establece e institucionaliza el veinticinco (25) de julio de cada año, como el Día Distrital de las mujeres negras/afrocolombianas en Bogotá, D.C., y se dictan otras disposiciones.* Diario Oficial de Bogotá. Recuperado de la plataforma de normas de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C.
- Beltrán, J. (2016). *La interculturalidad*. UOC.
- Bernal Rojas, Daniel A. (2021). *Las Escuelas de Líderes Gestores en Soberanía y Seguridad Alimentaria y Nutricional: ¿escenario para la construcción de ciudadanía alimentaria?* (Trabajo de maestría). Universidad Nacional de Colombia.
- Blandón Lotero, L. C., & Jaramillo Mejía, M. C. (2018). Participación comunitaria en salud: una revisión narrativa a la producción académica desde las desigualdades sociales. *Revista CS*, (26), 91–117. Universidad Icesi. Recuperado de <https://www.redalyc.org/journal/4763/476358899005/html/>
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). (2013, 30 de diciembre). *Pueblos indígenas en aislamiento voluntario y contacto inicial en las Américas: Recomendaciones para el pleno respeto a sus derechos humanos* (OEA/Ser.L/V/II. Doc. 47/13). Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Recuperado de <https://www.oas.org/es/cidh/indigenas/docs/pdf/informe-pueblos-indigenas-aislamiento-voluntario.pdf>
- Congreso de Colombia. (1993). *Ley 70 de 1993: Por la cual se desarrolla el artículo transitorio 55 de la Constitución Política, referente al reconocimiento de los derechos de las comunidades negras que habitan en las zonas rurales ribereñas de los ríos de la Cuenca del Pacífico colombiano.* Diario Oficial No. 41.013. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=297>
- Congreso de Colombia. (2011, 19 de enero). *Ley 1438 de 2011: Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.* Diario Oficial No. 47.957. Recuperado de <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=41275>
- Congreso de la República de Colombia. (2011). *Ley 1448 de 2011. Por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones.* Diario Oficial No. 48.096. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=43006>

Congreso de la República de Colombia. (2012). Ley 1592 de 2012. *Por medio de la cual se introducen modificaciones a la Ley 975 de 2005*. Diario Oficial No. 48.634. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=51164>

Congreso de la República de Colombia. (2013, 21 de enero). Ley 1616 de 2013: *Por medio de la cual se expide la Ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones* (Diario Oficial No. 48.680). Recuperado de [https://normativa.colpensiones.gov.co/colpens/docs/ley\\_1616\\_2013.htm](https://normativa.colpensiones.gov.co/colpens/docs/ley_1616_2013.htm)

Congreso de la República de Colombia. (2015, 16 de febrero). Ley Estatutaria 1751 de 2015: *Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones* (Diario Oficial No. 49.427). Recuperado de <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=60733>

Congreso de Colombia. (2021). Ley 2136 de 2021 *por medio de la cual se dictan disposiciones para el reconocimiento y la protección de los derechos de la población migrante*. Diario Oficial No. 51.759.

Congreso de la República de Colombia. (2024). Ley 2421 de 2024. *Por medio de la cual se modifica la Ley 1448 de 2011 y se dictan otras disposiciones para fortalecer la política pública de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado*. Diario Oficial No. 52.608. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=128396>

Consejo DADEP / Secretaría Distrital de Ambiente (Bogotá, D. C.). (2020, 30 de diciembre). Resolución 361 de 2020: *Por la cual se establecen disposiciones en materia de reglamentación de la actividad de agricultura urbana y periurbana agroecológica en el espacio público del Distrito Capital de Bogotá, regulado por el Decreto 552 de 2018*. Departamento Administrativo de la Defensoría del Espacio Público (DADEP). Recuperado de <https://www.dadep.gov.co/comision-intersectorial-del-espacio-publico-ciep/resolucion-361-de-2020>

Concejo de Bogotá, D. C. (2015, 27 de agosto). Acuerdo 605 de 2015: *Por el cual se formulan los lineamientos para institucionalizar el programa de agricultura urbana y periurbana agroecológica en la ciudad de Bogotá* (Acuerdo 605). Concejo de Bogotá D. C. Recuperado de la plataforma pública municipal ([alcaldiabogota.gov.co](http://alcaldiabogota.gov.co))

Consejo Distrital de Política Económica y Social del Distrito Capital. (2023, 17 de mayo). *Política Pública de Ruralidad del Distrito Capital 2023–2038* (Documento CONPES D.C. 41). Alcaldía Mayor de Bogotá D.C., Secretaría Distrital de Planeación

Consejo Distrital de Política Económica y Social del Distrito Capital. (2023, 21 de noviembre). *Política pública de los pueblos indígenas en Bogotá D.C. 2024–2035*

- (Documento CONPES D.C. 37). Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de Planeación. Recuperado de [Documento CONPES D.C. 37 en Secretaría Distrital de Planeación]
- Consejo Distrital de Política Económica y Social del Distrito Capital. (2024, noviembre 21). *Política pública del pueblo raizal en Bogotá D.C. 20242036* (Documento CONPES D.C. 38; Registro Distrital No. 7943, 21 feb. 2024). Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Recuperado de <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=153237>
- Consejo Distrital de Política Económica y Social del Distrito Capital. (2019, 16 de diciembre). *Política Pública de Seguridad Alimentaria y Nutricional para Bogotá: Construyendo Ciudadanía Alimentaria 2019–2031* (Documento CONPES D.C. 09). Alcaldía Mayor de Bogotá D.C., Secretaría Distrital de Planeación. Recuperado de [https://www.sdp.gov.co/content/conpes09sddepp\\_san\\_aprobado.pdf](https://www.sdp.gov.co/content/conpes09sddepp_san_aprobado.pdf)
- Consejo Distrital de Política Económica y Social del Distrito Capital. (2019, diciembre 20). *Política Pública Distrital de Juventud 2019–2030* (Documento CONPES D.C. 08). Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Recuperado de <https://repositoriocdim.esap.edu.co/handle/20.500.14471/24398>
- Consejo Distrital de Política Económica y Social del Distrito Capital. (2021, 20 de diciembre). *Actualización del plan de acción de la Política Pública para la garantía plena de los derechos de las personas LGBTI en Bogotá D.C.* (Documento CONPES D.C. 16). Alcaldía Mayor de Bogotá D.C., Secretaría Distrital de Planeación. Recuperado de URL oficial del documento CONPES D.C. 16 sobre LGBTI.
- Consejo Distrital de Política Económica y Social del Distrito Capital. (2023, 1 de noviembre). *Política Pública Distrital de Salud Mental 2023–2032* (Documento CONPES D.C. 34). Alcaldía Mayor de Bogotá D.C., Secretaría Distrital de Planeación. Recuperado de la Secretaría Distrital de Planeación de Bogotá
- Consejo Regional Indígena del Cauca (CRIC). (s. f.). *Programa de Salud* [Página web]. CRIC. Recuperado de <https://www.cric-colombia.org/portal/proyecto-cultural/programa-de-salud/>
- Constitución Política de Colombia. (1991). *Constitución Política de Colombia de 1991*. Diario Oficial No. 40.965. Recuperado de <https://www.constitucioncolombia.com/>
- Corte Constitucional de Colombia. (2021). *Sentencia SU09221: Derecho a la autonomía alimentaria*. Recuperado de pronunciamiento oficial sobre discapacidad de decisiones alimentarias colectivas
- Cuéllar, T. (2016). *El campesino, la tierra y el desarrollo sostenible del país*. El Campesino. Recuperado de <https://elcampesino.co/el-campesino-la-tierra-y-el-desarrollo-sostenible-del-pais/>

- Defensoría del Pueblo, Defensoría delegada para los Grupos Étnicos. (2021). *Cabildos indígenas en contextos urbanos de Bogotá y departamentos de la Orinoquía y Amazonía* [Informe temático]. Defensoría del Pueblo de Colombia
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (2018). *Censo Nacional de Población y Vivienda 2018* [Datos y resultados]. Recuperado de <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/censo-nacional-de-poblacion-y-vivienda-2018>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (2019). *Censo nacional de población y vivienda 2018* [Resultados y datos]. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/censo-nacional-de-poblacion-y-vivienda-2018>
- Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas (UNDESA). (2017). *International migration report 2017: Highlights*. <https://www.un.org>
- Departamento Nacional de Planeación. (2010). Política para la población afrocolombiana, negra, raizal y palenquera (Documento CONPES 3660). Departamento Nacional de Planeación. <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Economicos/3660.pdf>
- Departamento Nacional de Planeación. (2022). *CONPES 4086: Estrategia para el mejoramiento de la calidad de vida de la población Negra, Afrodescendiente, Raizal y Palenquera* (CONPES Social 4086). Recuperado de <https://www.dnp.gov.co>
- Delgado, F., & Rist, S. (2016). *Ciencias, diálogo de saberes y transdisciplinariedad*. CLACSO.
- Díaz, P., Parsekian, D., & Simes, J. (2023). *El hombre ser cultural*. <https://ipet132.com/2023/primer%20etapa/KAtorC/1%C2%B0%20a%C3%B1o-Ciudadan%C3%ADa-Secuencia%203.pdf>
- Dirección de Aseguramiento. (s.f.). *Aseguramiento en salud de migrantes*. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. <https://www.saludcapital.gov.co/DASEG/Paginas/Aseguramiento-Salud-Migrantes.aspx>
- Equipo Poblacional. (2024b, 8 de noviembre). *Grupo focal sobre revisión conceptual de los enfoques poblacionales, diferenciales y de género* [Datos no publicados].
- Equipo Poblacional. (2024a, 20 de noviembre). *Grupo focal sobre el reconocimiento de los enfoques poblacionales, diferenciales y de género* [Datos no publicados].
- Equipo Poblacional. (2024c, noviembre). *Grupo focal sobre Participación Social en Salud con Grupo poblacional de Mujeres* [Datos no publicados]
- Equipo Poblacional. (2024d, noviembre). *Grupo focal sobre Participación Social en Salud con Población Migrante* [Datos no publicados].

- Equipo Poblacional. (2025, junio). *Grupo focal sobre Participación Social en Salud con Víctimas del Conflicto armado* [Datos no publicados].
- Escobar González, J. (2020, 29 de diciembre). *El pueblo Rrom en Colombia* [Artículo]. Radio Nacional de Colombia. Recuperado de <https://www.radionacional.co/cultura/el-pueblo-rrom-en-colombia>
- Fals Borda, O. (1985). *Conocimiento y poder popular*. Siglo XXI / Punta de Lanza. El enfoque de Investigación Acción Participativa (IAP) se consolidó durante esta etapa con fuertes vínculos al movimiento campesino colombiano —especialmente con la ANUC— y con comunidades del Caribe colombiano.
- Fernández, A. (2008). La visión del mundo en las culturas originarias. En *Perspectivas sobre la diversidad cultural*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Gamboa-Maldonado, T., Vargas-Matos, I., & Salcedo, A. (2021). Migración y salud: un análisis desde Colombia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 45, e123. <https://www.paho.org/es/documentos/migracion-y-salud-analisis-desde-colombia>
- García Prince, E. (2006). *El espejismo de la igualdad: el peso de las mujeres y de lo femenino en las iniciativas de cambio institucional*. *Otras Miradas*, 6(1), 24–30. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18360103>
- García, P. (2020). *Cosmogonía y relatos ancestrales de los pueblos étnicos en Bogotá* [Trabajo de grado, Universidad Nacional de Colombia]. Universidad Nacional de Colombia.
- Gobierno de Colombia & FARC-EP. (2016). *Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera*. Firma celebrada el 24 de noviembre de 2016 en Cartagena. Recuperado de sitio de la JEP
- Gómez, Baos, A. D. (2010, octubre). *Pueblo Rrom - Gitano de Colombia*.
- Gómez, Baos, A. D. (2022). *"Opré Rroma" Una historia por contar*. Bogotá.
- Gómez, Baos, A. D. (2025). *Panel: Experiencias, desafíos y propuestas desde la mirada de las líderes Rrom frente a temas como salud pública, reconocimiento cultural y participación social*. Secretaría Distrital de Salud.
- Gómez, L., & Rodríguez, F. (2019). *La comunidad en el siglo XXI: Nuevas dinámicas sociales y la construcción de la identidad colectiva*. Editorial Universitaria.
- González, M. (2017). *Salud y territorio en el pueblo raizal*. Observatorio del Caribe Colombiano.
- Guzmán Rosas, S. C. (2016). *La interculturalidad en salud: espacio de convergencia entre dos sistemas de conocimiento*. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 15 (31), 10–29. Establece la interculturalidad como puente entre saberes comunitarios e institucionales, promoviendo relaciones equitativas y respeto mutuo en la atención sanitaria



- Hernández, R. (2014). *Identidad cultural palenquera, movimiento social afrocolombiano y democracia*. Reflexión Política, 16 (31), 94–113.  
<https://doi.org/10.29375/01240781.1979>
- Ivanova, V. (2014). Parenting in the prevention of early school leaving in the Roma community. Connecting Cities Building Successes. Recuperado de [https://urbact.eu/sites/default/files/import/Projects/PREVENT/outputs\\_media/Roma\\_study\\_01.pdf](https://urbact.eu/sites/default/files/import/Projects/PREVENT/outputs_media/Roma_study_01.pdf)
- Junta Administradora Local de Kennedy. (2020, 13 de septiembre). *Acuerdo Local 004 de 2020: Por medio del cual se conforma el Consejo Local de Etnias de la localidad de Kennedy... incluyendo a la mesa local del pueblo Rrom o Gitano* (Registro Distrital No. 6919). Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C. Recuperado de la plataforma normativa local
- La Vía Campesina. (2023). *Food sovereignty: the right to define food and agricultural systems* [Documento en línea]. Recuperado de <https://viacampesina.org/en/what-is-food-sovereignty/>
- Lemus, Rosario & Villamil, Laura. (2017). *[Caracterización de las Dinámicas comunitarias e institucionales del primer nivel de las Escuelas de Líderes Gestores en Soberanía y Seguridad Alimentaria y nutricional en Guachucal, Túquerres y Cuaspúd Carlosama.J.* (Trabajo de grado). Universidad Nacional de Colombia.
- Martínez Méndez, M. (2001). *Mujeres que ejercen liderazgos sociales: derechos humanos y desarrollo* [Tesis de licenciatura, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco].  
<https://repositorio.xoc.uam.mx/jspui/bitstream/123456789/544/1/133782.pdf>
- Maxwell, S., et al. (1992). (Título: *Conceptual foundations of food security analysis*) [Capítulo en libro].
- Maxwell, S., et al. (1996). (Título: *Alternative definitions and frameworks for food security*) [Artículo].
- Medraza, M. M. (2005). *Algunas consideraciones en torno al significado de la tradición*.  
<https://www.redalyc.org/pdf/281/28150907.pdf>
- Ministerio de Cultura de Colombia. (2010). *Saberes y prácticas de los médicos tradicionales afrocolombianos del Pacífico sur: Un patrimonio en riesgo*. Bogotá: Ministerio de Cultura.
- Ministerio del Interior. (2010). *Decreto 2957 de 2010*. Diario Oficial No. 47.893.  
<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=40444>
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (s. f.). *Prevención del consumo de sustancias psicoactivas* (SPA).  
<https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/SMental/Paginas/convivencia-desarrollo-humano-sustancias-psicoactivas.aspx>

- Ministerio de Salud y Protección Social. (s. f.). *Población migrante* [Página web]. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Recuperado el 10 de septiembre de 2025, de <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/Poblacion-migrante.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021*. Bogotá D.C.: Ministerio de Salud y Protección Social. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/plan-decenal.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). Política pública social de envejecimiento y vejez 2014-2024. Gobierno de Colombia. <https://www.minsalud.gov.co>
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2015). Definición de enfermedad. En Sistema de Información en Seguridad y Protección Integral (SISPI). Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2017, 9 de junio). *Resolución 2063 de 2017: Por medio de la cual se adopta la Política de Participación Social en Salud – PPSS* [Política]. Ministerio de Salud y Protección Social. Recuperado de [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202063%20de%202017.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad%20Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202063%20de%202017.pdf)
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). *Política de Participación Social en Salud – PPSS* (Resolución 2063 de 2017). Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Recuperado de [https://normograma.supersalud.gov.co/compilacion/docs/resolucion\\_minsaludps\\_2063\\_2017.htm](https://normograma.supersalud.gov.co/compilacion/docs/resolucion_minsaludps_2063_2017.htm)
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). Plan Nacional de Salud Rural [msps-plan-nacional-salud-rural-2018.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/msps-plan-nacional-salud-rural-2018.pdf)
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018, 5 de marzo). *Circular 011 de 2018: Directrices para avanzar en la construcción e implementación del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (SISPI) a nivel territorial* [Circular]. Ministerio de Salud y Protección Social. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/circular-11-de-2018.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). *Lineamientos para la implementación de la participación social en salud en Colombia*. Bogotá: Minsalud. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/lineamientos-participacion-social-salud.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). Lineamientos de política para el abordaje de la salud con enfoque étnico en comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras. MinSalud. <https://www.minsalud.gov.co>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). *Participación social en salud mental y en la prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas* (Resolución 089 de

- 2019). Biblioteca Digital en Salud. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/participacion-salud-mental-prevencion-atencion-consumo-sustancias-psicoactivas-2022.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). *Plan Nacional de Salud Rural* [Documento técnico]. Recuperado de <https://portalparalapaz.gov.co/wp-content/uploads/2022/07/Archivo-Digital-08-Plan-Nacional-de-Salud.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2023, 20 de noviembre). *Guía de acceso a los servicios de salud para la población en reincorporación* [Guía técnica]. Ministerio de Salud y Protección Social. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/guia-accesos-servicios-salud-poblacion-reincorporacion.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2023). *Lineamiento para la implementación del enfoque diferencial étnico*. Bogotá: Minsalud. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/08-2023-codigo-14-lineamiento-narp.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2025). *Proyecto de actualización de la Política Nacional de Salud Mental 2024–2033* [Documento en trámite]. Ministerio de Salud y Protección Social. Recuperado de [consultorsalud.com](https://consultorsalud.com)
- Murcia, Cristián & Rodríguez, Ginna. (2014). *[Análisis de la Configuración de la Zona de Reserva Campesina en Sumapaz; ¿Una Herramienta de Exigibilidad para la Soberanía Alimentaria?]*. (Trabajo de grado). Universidad Nacional de Colombia.
- Naciones Unidas. Asamblea General (2018, 17 de diciembre). *Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Campesinos y de Otras Personas que Trabajan en las Zonas Rurales* (Resolución A/RES/73/165). Asamblea General de las Naciones Unidas.
- Oakley Forbes, E. (2018). *La posición raizal ante una encrucijada & frente a dos depredadores*. San Andrés: Editorial Independiente.
- Oakley Forbes, E. (2008, febrero 29–31). *La posición raizal ante una encrucijada & frente a dos depredadores* [Ponencia]. Coloquio *El Caribe en el conflicto regional: La disputa por San Andrés y Providencia*, Instituto de Estudios Caribeños, Universidad Nacional de Colombia, San Andrés.
- Observatorio de Seguridad Alimentaria y Nutricional (OBSAN–UN). (2009). *Trabajando por el derecho a la seguridad alimentaria y nutricional* (Primeros cinco años). Universidad Nacional de Colombia.
- Observatorio de Seguridad Alimentaria y Nutricional (OBSAN–UN). (2012). *Construyendo caminos hacia la garantía de la seguridad alimentaria y nutricional en Colombia: 10 años de trayecto del Observatorio* (Informe). Universidad Nacional de Colombia.

- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). (1996). *Rome Declaration on World Food Security and World Food Summit Plan of Action*. FAO.
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). (2003). *Safe, "adequate" and "suitable": What do they mean in the right to food context?* FAO.
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). (2023). *Voluntary Guidelines to support the progressive realization of the right to adequate food in the context of national food security* (actualización). FAO.
- Organización Internacional para las Migraciones. (2023). *Definiciones clave*. <https://www.iom.int/es/definiciones>
- Organización Internacional para las Migraciones (OIM). (2023). *Informe sobre la situación de la población migrante*. Ginebra: OIM.
- Organización Mundial de la Salud. (1948). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud*. OMS. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9241592222>
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Promoviendo la salud de los refugiados y migrantes: Marco de prioridades y guía de acción*. <https://www.who.int/publications/i/item/promoting-the-health-of-refugees-and-migrants>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2019). *Salud de los migrantes: Marco de acción regional 2019-2023*. <https://www.paho.org/es/documentos/salud-migrantes-marco-accion-regional-2019-2023>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2019). *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*. Washington D.C. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49694>
- Penagos, Y., & Arrivillaga, M. (2021). *Programa intercultural de promotores de salud comunitaria: sistematización de experiencia en el municipio indígena de Jambaló, Colombia*. Gerencia y Políticas de Salud, 20, 1–22. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps20.pips>
- Pérez, M., & Vega, D. (2020). Desigualdades en salud y migración en América Latina: Retos para la atención integral. *Revista Latinoamericana de Salud Pública*, 42(4), 201–208. <https://doi.org/10.11606/sesp.2020.42.4.201>

- Pérez, J & Garden, A. (2024). Campesino - Qué es, características, definición y concepto. Disponible en <https://definicion.de/campesino/>
- Pérez, J & Merino, M. (2024). Ruralidad - Qué es, importancia, definición y concepto. Disponible en <https://definicion.de/ruralidad/>
- Petrova, D. (2003). The Roma: Between a Myth and the Future. *Social Research: An International Quarterly*, 70(1), 111-161
- Ramírez, N. (2020). *Redes de cuidado comunitario en el pueblo raizal*. Universidad del Rosario.
- República de Colombia. (1991). *Constitución Política de Colombia*. Diario Oficial No. 40.965. Recuperado de <https://www.constitucioncolombia.com/>
- República de Colombia. (2006, 31 de octubre). *Ley 1098 de 2006: Por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia*. Diario Oficial No. 46.848. Recuperado de <https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/codigoinfancialey1098.pdf>
- República de Colombia. (2009, 4 de junio). *Decreto 2055 de 2009: Por el cual se crea la Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional (CISAN)* (Diario Oficial No. 47.370). Ministerio de la Protección Social.
- República de Colombia. (2009, 22 de julio). *Ley 1346 de 2009: Por la cual se aprueba la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006*. Diario Oficial No. 47.052.
- República de Colombia. (2011, 20 de diciembre). *Decreto 4800 de 2011: Por el cual se reglamenta la Ley 1448 de 2011, o Ley de Víctimas y Restitución de Tierras*. Diario Oficial.
- República de Colombia. (2013, 29 de abril). *Ley Estatutaria 1622 de 2013: Estatuto de Ciudadanía Juvenil* (Diario Oficial No. 48.776). Congreso de la República.
- República de Colombia. (2018, 22 de junio). *Política Nacional para la Reincorporación Social y Económica de Exintegrantes de las FARC-EP* (Documento CONPES No. 3931). Departamento Nacional de Planeación. Recuperado de <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/3931.pdf>
- República de Colombia. (2023, 5 de julio). *Acto Legislativo N.º 1 de 2023: Por medio del cual se reconoce al campesinado como sujeto de especial protección constitucional y se modifica el artículo 64 de la Constitución Política de Colombia* [Acto Legislativo]. Diario Oficial N.º 52.447. Recuperado de Gestor Normativo, Función Pública
- Restrepo, E. (2008). *Antropologías de lo negro: genealogías de la diferencia cultural*. Bogotá: Editorial ICANH.
- Ruiz Lurduy, R., Rocha Buelvas, A., Pérez Hernández, E., & Córdoba Sánchez, C. (2016). Desarrollo social y salud pública: Reflexiones en torno a la interculturalidad. *Revista*

- Facultad Nacional de Salud Pública*, 34(3), 380–388.  
<https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v34n3a12>
- Salinas, Jeimy. A. (2025a, junio 24). *Contexto social del Pueblo Rrom en Bogotá* (Y. Ramírez, Entrevistador).
- Salinas, Jeimy. A. (2025b, junio 24). *Participación del pueblo Rrom* (Y. Ramírez, Entrevistador)
- Secretaría Distrital de Gobierno de Bogotá D.C. (2019, 15 de julio). *Resolución 546 de 2019: Por medio de la cual se reglamenta el Decreto Distrital 612 de 2015, “Por el cual se crea el Consejo Consultivo y de Concertación para los Pueblos Indígenas en Bogotá D.C.”* Bogotá D.C. Recuperado de la plataforma SIGA de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C.
- Secretaría Distrital de la Mujer. (2020). *Política Pública Distrital de Mujeres y Equidad de Género 2020-2030*. Alcaldía Mayor de Bogotá.  
[https://www.sdmujer.gov.co/sites/default/files/202103/documentos/doc\\_conpes\\_d.c\\_14\\_ppmyeq\\_1.pdf](https://www.sdmujer.gov.co/sites/default/files/202103/documentos/doc_conpes_d.c_14_ppmyeq_1.pdf)
- Secretaria Distrital de Salud. (2021). *GUÍA PARA LA APROPIACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL ENFOQUE POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO*. [Guia-de-Enfoque-Diferencial.pdf](#)
- Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C. (2020). *Atención integral en salud con enfoque diferencial: documento normativo, conceptual y de orientaciones generales para su implementación* [Documento institucional]. Alcaldía Mayor de Bogotá. Recuperado de <https://www.saludcapital.gov.co/DASEG/Paginas/Atencion-integral-salud.aspx>
- Secretaría Distrital de Salud de Bogotá - SDS. (2023, diciembre 6). *Serie “Al Fogón” - Capítulo V – Medicina Ancestral* [Video]. YouTube.  
<https://www.youtube.com/c/Secretar%C3%ADaDistritaldeSalud>
- Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D. C. (2023). *Guía AIS palenquero: Atención Integral en Salud con enfoque diferencial étnico para la comunidad palenquera* [Guía técnica]. Alcaldía Mayor de Bogotá. Recuperado de [https://www.saludcapital.gov.co/DDS/aps\\_diferencial/Doc\\_tecnicos/Pobl\\_etnicas/gu\\_i\\_ais\\_palenquero-0662023.pdf](https://www.saludcapital.gov.co/DDS/aps_diferencial/Doc_tecnicos/Pobl_etnicas/gu_i_ais_palenquero-0662023.pdf)
- Secretaría Distrital de Salud de Bogotá - SDS. (2024a). *Modelo de Atención en Salud para el Bienestar (MASBienestar): documento estratégico y lineamientos operativos* [Documento estratégico]. Alcaldía Mayor de Bogotá D. C. Recuperado de <https://bogota.gov.co/mi-ciudad/salud/salud-en-bogota-implementacion-modelo-salud-mas-bienestar>
- Secretaria Distrital de Salud (2024b). *Análisis de condiciones, calidad de vida, salud y enfermedad de la Población raizal en Bogotá*. Secretaria de salud. Recuperado de POBLACION RAIZAL EN BOGOTA 2023-2Departamento Nacional de Planeación.

- (2024). Documento CONPES D.C. 38: Política pública para la población raizal en Bogotá D.C.
- Secretaría Distrital de Planeación, Bogotá, D. C. (2021, 23 de diciembre). *Resolución 2210 de 2021: Por medio de la cual se adopta e implementa la metodología para incorporar los enfoques poblacional, diferencial y de género en los instrumentos de planeación del Distrito Capital* (con documento anexo). Alcaldía Mayor de Bogotá, D. C. Recuperado de <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=123417>
- Secretaría Distrital de Planeación de Bogotá, D. C. (2022, 9 de noviembre). *Caracterización de la población palenquera residente en Bogotá* [Informe técnico]. Alcaldía Mayor de Bogotá D. C. Recuperado de [https://www.sdp.gov.co/sites/default/files/caracterizacion\\_poblacion\\_palenquera\\_bogota\\_2022.pdf](https://www.sdp.gov.co/sites/default/files/caracterizacion_poblacion_palenquera_bogota_2022.pdf)
- Sposob, G. (2024). *Población rural: Concepto, características e historia*. Concepto.de Recuperado de <https://concepto.de/poblacion-rural/>
- Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, E.S.E. (2023). *Estrategia metodológica para el fortalecimiento técnico de capacidades al talento humano de la Subred Sur: “Un camino hacia la atención con enfoque diferencial indígena” Localidad Ciudad Bolívar* [Guía técnica]. Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de Salud.
- Subred Integrada de Servicios Sur Occidente E.S.E (2024) Análisis de condiciones, calidad de vida, salud y enfermedad (ACCVSyE) de las comunidades negras afrocolombianas residentes en Bogotá D. C. Secretaría Distrital de Salud.
- UNESCO. (2005). *Directrices para la inclusión: asegurar el acceso a la educación para todos*. París: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura.
- UNESCO. (2008). *Cultural space of Palenque de San Basilio* [Inscripción en la Lista Representativa del Patrimonio Cultural Inmaterial de la Humanidad, originalmente proclamada en 2005]. UNESCO. Recuperado de la UNESCO ICH
- United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities, Dec. 13, 2006. Recuperado de <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-persons-disabilities>
- Urrego Rodríguez, J. H. (2020). *Las luchas indígenas por el derecho fundamental a la salud propio e intercultural en Colombia*. Revista Saúde em Debate, 44 (especial 1), 79–90. Este artículo documenta los procesos históricos de resistencia del Consejo Regional Indígena del Cauca (CRIC) frente al sistema de salud estatal y expone la disputa por un Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI), que reivindica saberes ancestrales y autonomía colectiva
- Vargas, S. (2019). *Participación social y democracia: Conceptos y desafíos en el contexto contemporáneo*. Editorial Universitaria.