

**DERECHO A LA SALUD DE LOS GRUPOS ÉTNICOS EN BOGOTÁ
ANÁLISIS DE LA POLÍTICA PÚBLICA EN SALUD DISTRITAL
2004-2007**

ANGELICA LUCIA GONZALEZ ACOSTA

**COLEGIO MAYOR DE NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO
FACULTAD DE JURISPRUDENCIA
MAESTRÍA EN DERECHO ADMINISTRATIVO
BOGOTÁ, 2010**

**DERECHO A LA SALUD DE LOS GRUPOS ÉTNICOS EN BOGOTÁ
ANÁLISIS DE LA POLITICA PÚBLICA EN SALUD DISTRITAL
2004-2007**

ANGELICA LUCIA GONZALEZ ACOSTA

**Trabajo de grado presentado para optar al título de
MAGISTER EN DERECHO ADMINISTRATIVO**

**DIRIGIDO POR
BEATRIZ LONDOÑO TORO**

**COLEGIO MAYOR DE NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO
FACULTAD DE JURISPRUDENCIA
MAESTRÍA EN DERECHO ADMINISTRATIVO**

Contenido

INTRODUCCIÓN:.....	5
1. CAPITULO I.....	6
POLÍTICA PÚBLICA EN SALUD DE LOS GRUPOS ÉTNICOS EN EL DISTRITO DENTRO DEL MARCO JURÍDICO NACIONAL E INTERNACIONAL	6
1.1. El Derecho a la salud de las minorías étnicas como derecho humano.....	6
1.1.1. El derecho a la salud en el marco internacional:	6
1.1.2. El derecho a la salud de las minorías étnicas en Colombia	13
1.1.3. Políticas públicas en salud.....	17
1.1.4. El Derecho a la salud de las minorías étnicas en Bogotá:	19
2. CAPITULO II	25
DERECHO A LA SALUD DE LOS GRUPOS ÉTNICOS EN BOGOTÁ LA DEFINICIÓN DEL PROBLEMA Y LA CONSTRUCCIÓN DE LA AGENDA “BOGOTÁ SIN INDIFERENCIA UN COMPROMISO SOCIAL CONTRA LA POBREZA Y LA EXCLUSIÓN” 2004-2007	25
2.1. La definición del problema y la construcción de la agenda.	27
2.1.1. Esquema analítico para la definición de un problema:.....	30
2.1.1.1. Naturaleza del problema	30
2.1.1.2. Los afectados	30
2.1.1.3. Las causas del problema	34
2.1.1.4. La duración del problema	39
2.1.1.5. Dinámica del problema.....	39
2.1.2. Construcción de la agenda.....	42
3. CAPITULO III.....	46
LA IMPLEMENTACIÓN DE BUENAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD DISTRITALES.....	46
3.1. El Convenio 169 de la OIT y la Jurisprudencia Constitucional:.....	47
3.2. El derecho a la salud dentro de las tres categorías de Derechos Humanos	51
3.2.1. Derecho a la salud como derecho fundamental	51
3.2.2. Derecho a la salud como DESC	53
3.2.3. Derecho a la salud como derecho colectivo	57
3.3. El Derecho a la salud de los grupos étnicos en Bogotá. Implementación.....	58
3.3.1. Análisis de las políticas de salud implementadas en Bogotá a favor de los grupos étnicos	59

3.3.1.1.	Los Indígenas en Bogotá.....	60
3.3.1.1.1.	Trabajo de campo. Los indígenas en la ciudad, disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad en la prestación de servicios de salud. ¿Cómo estamos? 63	
3.3.1.2.	Población Afrodescendiente residente en Bogotá - Afrobogotanos	65
3.3.1.3.	Población raizal residente en Bogotá.....	67
3.3.1.4.	Población ROM residente en Bogotá.....	69
3.3.2.	Mecanismos legales y administrativos de implementación.....	71
3.4.	Requisitos Constitucionales que debe cumplir toda política pública.....	73
3.5.	Justiciabilidad del derecho a la salud a través de la prohibición de regresividad	74
4.	Conclusiones	76
	BIBLIOGRAFÍA	79

DERECHO A LA SALUD DE LOS GRUPOS ÉTNICOS EN BOGOTÁ
ANÁLISIS DE LA POLÍTICA PÚBLICA EN SALUD DISTRITAL
2004-2007

INTRODUCCIÓN:

El Estado Colombiano en el marco jurídico internacional y nacional principalmente por mandato de la Constitución Política y el bloque de constitucionalidad, está en la obligación de velar por una especial protección del derecho a la salud como derecho fundamental de los grupos étnicos, mediante la adopción de políticas públicas diferenciales que eviten todo tipo de discriminación y atiendan a procesos interculturales que permitan el respeto a la autodeterminación de éstos pueblos, logrando la equidad en la prestación y satisfacción de este derecho. Se presenta un balance tendiente a determinar el papel del Estado en el cumplimiento de su obligación y responsabilidad internacional en este sentido, revisando así mismo, el concepto de política pública en salud como herramienta que sirve para materializar las obligaciones constitucionales del Estado a favor de los grupos de especial protección constitucional. La metodología empleada fue de corte cualitativo –estudio descriptivo y analítico- mediante la revisión normativa y documental nacional e internacional.

Cuatro son los pasos requeridos para la elaboración de una política pública según el modelo secuencial sugerido por HAROLD LASWELL (1956) y luego desarrollado por JONES (1970), el primero es la definición del problema y la construcción de la agenda; el segundo, la formulación, la decisión o legitimación; el tercero, la implementación; y el cuarto, la evaluación de la política pública. Se presenta en este documento de reflexión un análisis de las tres primeras etapas en el proceso de elaboración de la política pública. Como estudio de caso se ha elegido la política pública en salud para grupos étnicos durante el período de la alcaldía de Luis Eduardo Garzón en Bogotá, con un enfoque en derechos humanos. Se utilizaron diversidad de documentos distritales, nacionales, extranjeros, entrevistas semiestructuradas, con el fin de identificar las fortalezas y las debilidades que durante esta primera fase se percibieron en el proceso de definición del problema y construcción de la agenda gubernamental distrital, e implementación por parte del gobierno de turno para el período 2004-2007, caracterizado principalmente por los programas sociales a favor de los derechos de los más vulnerables.

Palabras clave: Derechos Humanos, Derecho Internacional, El Derecho a la Salud, Grupos Étnicos, Política Pública, análisis de política pública, definición del problema y construcción de la agenda.

1. CAPITULO I.

POLÍTICA PÚBLICA EN SALUD DE LOS GRUPOS ÉTNICOS EN EL DISTRITO DENTRO DEL MARCO JURÍDICO NACIONAL E INTERNACIONAL

En este primer capítulo se hará referencia a las dos nociones básicas del contenido de esta tesis: la salud como derecho humano y la política pública en salud concretamente de los grupos étnicos, teniendo en cuenta el marco jurídico internacional y nacional. Adicionalmente, se realizara un análisis teórico e integral del contenido de los conceptos, enfocado al distrito, con el fin de dar claridad a la situación que se presenta en relación con el tema. Para ello, se hará una breve descripción del principal marco jurídico internacional y nacional en la materia, para finalmente concretar el estudio en la implementación y ejecución de la política pública en salud a la que está obligado el Estado Colombiano en relación con los grupos étnicos, limitando espacialmente el estudio objeto de esta investigación al Distrito capital de Bogotá.

1.1.El Derecho a la salud de las minorías étnicas como derecho humano

1.1.1. El derecho a la salud en el marco internacional:

El derecho a la salud como derecho humano universal es reconocido en varios instrumentos internacionales, como la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial, La Convención de los Derechos del Niño, la Declaración de los Derechos de las Personas Pertenecientes a las Minorías Nacionales, Étnicas, Religiosas o Idiomaticas, la Convención Americana sobre Derechos Humanos, el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, convenios de la OIT como el Convenio N° 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes(2001) y otras ampliamente adheridas a los tratados y declaraciones internacionales de derechos humanos. Es pertinente resaltar el papel activo que han jugado organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el reconocimiento y difusión de la importancia de la discusión sobre los derechos humanos aplicados al campo de la salud de todas las personas sin distinción.

En atención al tema objeto de estudio, de los anteriores instrumentos internacionales podemos destacar los siguientes:

- La Declaración Universal de Derechos Humanos: en el párrafo 1 del artículo 25 consigna el derecho de las personas “*a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios*”¹.
- El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, -PIDESC- (1966): consagra en su artículo 12. “*Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*”²

Así mismo señala:

*“El derecho a la salud como un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos...y depende de estos derechos, que se enuncian en la Carta Internacional de Derechos Humanos, en particular el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación. Esos y otros derechos y libertades abordan el derecho a la salud”*³.

Igualmente, se enuncian en la Carta Internacional de Derechos que:

*“asiste a los Estados partes el deber de adoptar medidas, especialmente económicas y técnicas, hasta el máximo de los recursos disponibles, para lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos económicos, sociales y culturales (DESC). Como es evidente, entre las posibles medidas, especial lugar ocupan las orientadas a la definición y puesta en marcha de políticas públicas de desarrollo, que además de ser coherentes con el respeto de los derechos humanos, contribuyan a su efectiva realización”*⁴.

Este instrumento internacional ha implicado una evolución en el contenido y alcance del derecho a la salud; trasciende la visión restringida de “no enfermedad” y amplía el concepto de salud a toda una serie de factores socioeconómicos determinantes para lograr que las personas puedan llevar una vida sana, fortalece la realización integral del derecho a la salud y refuerza la obligación de los Estados de satisfacción de este derecho.

¹ <http://www.un.org/spanish/aboutun/hrights.htm>

² http://www.notivida.com.ar/leginternacional/PIDESC/PIDESC,Pacto_Internacional_de_Derechos_Economicos.html

³ El derecho a la salud. Compilación de jurisprudencia y doctrina nacional e internacional. Oficina en Colombia del alto comisionado de las Naciones Unidas para los DDHH. Volumen II. Bogotá, agosto de 2003 Pág. 290 y ss.

⁴ LUÍS EDUARDO PÁEZ, MURCIA. “*Los derechos sociales en serio: hacia un dialogo entre derechos y políticas públicas*”, págs. 177, Pág. 73 (Ed. Centro de estudios de Derecho, Justicia y Sociedad, Bogotá, 2007).

La Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial (1965), artículo 5, establece:

“los Estados partes se comprometen a prohibir y eliminar la discriminación racial en todas sus formas y a garantizar el derecho de toda persona a la igualdad ante la ley, sin distinción de raza, color y origen nacional o étnico, particularmente en el goce de los derechos siguientes: v) El derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales”.

Un interesante aporte de esta convención está dada por la incorporación, por primera vez, de una anticipación a las acciones hoy llamadas afirmativas, al establecer en su artículo 1.4:

"[L]as medidas especiales adoptadas con el fin exclusivo de asegurar el adecuado progreso de ciertos grupos raciales o étnicos o de ciertas personas que requieran la protección que pueda ser necesaria con objeto de garantizarles, en condiciones de igualdad, el disfrute o ejercicio de los derechos humanos y de las libertades fundamentales no se considerarán como medidas de discriminación racial, siempre que no conduzcan, como consecuencia, al mantenimiento de derechos distintos para los diferentes grupos raciales y que no se mantengan en vigor después de alcanzados los objetivos para los cuales se tomaron⁵".

Toda esta normativa internacional reconoce la importancia de los Estados en el desarrollo del concepto de etnia, el cual se incorpora a los lineamientos internacionales para promover los derechos humanos de las minorías étnicas/raciales, en especial para garantizar y satisfacer el derecho a la salud. Sin embargo, estos instrumentos no responden las siguientes preguntas: ¿En qué consiste la obligación de los Estados en materia de salud?, ¿Cuál es su contenido?, ¿Qué pasa con el especial reconocimiento que merecen las minorías étnicas en la satisfacción y garantía de este derecho por parte del Estado?

A estas preguntas responden las Observaciones Generales No 14 y 15 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, las cuales concretan y delimitan el contenido del deber de los Estados de garantizar la protección del derecho a la salud, a partir de tres tipologías de obligaciones:

a) Obligaciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad:

La disponibilidad exige que existan programas de salud, un número suficiente de bienes, establecimientos y servicios públicos de salud, y centros de atención de salud.

⁵http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102049892007001100009&lng=&nrm=iso#tx02

La accesibilidad a los servicios de salud demanda que no haya discriminación, y que se garantice accesibilidad física, de información y económica (asequibilidad).

La aceptabilidad implica el deber de que los establecimientos, bienes y servicios de salud sean apropiados culturalmente, esto es, que respeten la cultura de las personas, las minorías, los pueblos, las comunidades, en atención a los requisitos de género y “*ciclo de vida*”.

La calidad hace referencia a la necesidad de que exista correspondencia entre la aceptabilidad en la prestación del servicio y la pertinencia médica y científica del servicio de salud, lo que implica que sea de buena calidad, esto es, integral, oportuna y continua⁶;

- b) Obligaciones de respeto, protección y cumplimiento en la prestación del servicio de salud.
- c) Obligaciones de efecto inmediato y de cumplimiento progresivo.

Así mismo, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha destacado en su Observación general N° 14 que un Estado que no esté dispuesto a utilizar el máximo de los recursos de que disponga para dar efectividad al derecho a la salud viola las obligaciones que ha contraído en virtud del artículo 12⁷. Si la limitación de recursos no permite el cabal cumplimiento por un Estado de las obligaciones que ha contraído en virtud del Pacto, es su deber justificar que, no obstante, se ha hecho todo lo posible por utilizar todos los recursos de que dispone para satisfacer, como cuestión de prioridad, las obligaciones señaladas.

Es obligación internacional de los Estados garantizar el derecho a la salud de todas las personas, por ende, son responsables internacionalmente por el incumplimiento de este deber. Para esto deben crear las condiciones de desarrollo tendiente a lograr la satisfacción integral del derecho a la salud y, en caso de no lograrlo, acreditar que han desplegado todos los recursos y esfuerzos dentro de sus sistemas políticos y ordenamientos jurídicos nacionales tendientes a garantizar y proteger el derecho a la salud de la población, en especial de los individuos o grupos que no están en condiciones de garantizarse por sí mismos su derecho a la salud.

⁶ OSCAR PARRA VERA. *El derecho a la salud en la Constitución, la Jurisprudencia y los instrumentos internacionales*, págs. 417, pág. 50 (Ed. Defensoría del pueblo, Bogotá, 2003)

⁷ Comité de Derechos Económicos Social y Culturales. Observación General No. 14. Artículo 12. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

Con la observación general No 14 se concreta y especifica el contenido de la obligación de los Estados de garantizar el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, mediante la adopción de medidas especialmente de carácter económico y técnico para este fin. Adicionalmente impone la obligación de los Estados de lograr progresivamente el pleno ejercicio de este derecho sin discriminación de ningún tipo, facilitando el reconocimiento, garantía y protección del derecho a la salud de los grupos étnicos, como sujetos de derechos.

Los instrumentos internacionales anteriormente mencionados si bien implican un avance en el reconocimiento y exigibilidad del derecho a la salud como derecho humano, abordan de forma muy ambigua el derecho a la salud de los grupos étnicos al subsumirlos en el resto de la población, sin demandar de los Estados la obligación de garantizar y proteger mediante políticas diferenciales este derecho a las minorías étnicas.

Así las cosas, como consecuencia del carácter indeterminado y abstracto de la consagración normativa del derecho a la salud de los grupos étnicos, la doctrina y las interpretaciones autorizadas -para el caso específico principalmente por el comité de DESC- se han preocupado por definir y delimitar el concepto, como es el caso de la Observación General No 14, 15 y la No 3 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el primero en relación con el contenido y el deber de los Estados de garantizar y proteger el derecho a la salud y, el segundo al establecer el alcance de la obligación de los estados de respetar, proteger, garantizar y promover la prestación del servicio de salud de las minorías étnicas, (de conformidad con los principios de universalidad, calidad, participación) con independencia de la disponibilidad de recursos). No pudiendo justificar su incumplimiento en la carencia de recursos para su materialización.

De conformidad con el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, le corresponde al Estado el deber de asignar hasta el máximo de recursos disponibles y adoptar toda clase de medidas orientadas a garantizar así sea un mínimo de protección de los DESC. El factor económico no puede ser excusa para que los Estados ignoren, excluyan e invisibilicen a estos grupos vulnerables.

Es así como progresivamente se vienen desarrollando en el ordenamiento internacional toda una serie de instrumentos de carácter especial para el reconocimiento de los derechos de los grupos étnicos -producto de la lucha por la reivindicación de sus derechos-, tendientes a unificar la normativa, en especial del derecho a la salud (por la situación crítica que en la mayoría de países del mundo presentan los grupos étnicos y su especial vinculación con derechos como la vida, la dignidad humana, entre otros de gran relevancia). Existe un marco jurídico en formación en la comunidad internacional para el reconocimiento de este derecho.

Dos instrumentos internacionales referidos a los pueblos indígenas y tribales recogen específicamente este derecho:

El primero es el convenio 169 de la OIT sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes, ratificado por Colombia mediante la Ley 21 de 1991, que en sus artículos 24 y 25 de la parte V sobre seguridad social y salud establece:

(...) la seguridad social deberá atenderse de manera progresiva a los pueblos interesados sin discriminación alguna.

(...) para gozar del máximo nivel posible de salud física y mental los gobiernos deberán velar por que se pongan a su disposición los servicios de salud adecuados, o en su defecto, proporcionar a tales pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control. Deberá atenderse especialmente a las condiciones económicas, culturales geográficas y sociales de cada pueblo, así mismo a sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.

El convenio de la OIT resulta ser un documento de especial relevancia para el reconocimiento y respeto de los derechos de los pueblos indígenas, como grupos de especial protección que merecen del Estado políticas que tengan en cuenta sus particularidades, sus creencias culturales, su cosmovisión, entre otros. Además de prever la necesidad de que los Estados cuenten con la participación de estos grupos en la toma de decisiones, como reconocimiento de su derecho a decidir sobre las prioridades de su proceso de desarrollo económico, social y cultural, reivindica cuatro derechos humanos específicos para los grupos étnicos: 1. Identidad, 2, Autonomía, 3.Desarrollo propio, 4. Territorialidad

El segundo y uno de los más recientes instrumentos internacionales promulgados con el ánimo obligar a los Estados a velar por la garantía, protección y satisfacción de los derechos de las minorías étnicas en el mundo, específicamente los grupos indígenas, es la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos indígenas (PDDPI), aprobada en septiembre de 2007. Este instrumento reconoce la gran variedad de derechos de los que son sujetos los grupos indígenas, especialmente su derecho a la diferencia y a la igualdad con los demás pueblos, es decir, su derecho a la autodeterminación⁸. En relación con el derecho a la salud, en su artículo 24 consagra:

(...) Los pueblos indígenas tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud...También tiene derecho al acceso a todos los servicios sociales y de salud. Así

⁸ ELENA REY, Indígenas sin derechos "Situación de los derechos humanos de los pueblos indígenas". Observatorio indígena de políticas Públicas de Desarrollo y Derechos Étnicos. Págs. 270 (Ed. Antropos Ltda, Bogotá Agosto de 2007).

como a disfrutar del más alto nivel de salud física y mental y los Estados están obligados a tomar las medidas necesarias para su realización”.

Colombia se abstuvo de ratificar este instrumento internacional de gran importancia para los grupos indígenas en la lucha por lograr la reivindicación de sus derechos, lo cual ha generado inconformidad de los grupos étnicos.

La Constitución Política y por ende, las normas integrantes del bloque de constitucionalidad imponen al Estado y a sus autoridades en el nivel central y descentralizado, la obligación internacional de respetar, mediante la elaboración de políticas integrales con “*enfoque de derechos*”⁹ la satisfacción y garantía del derecho a la salud de los grupos étnicos, que se puede resumir en:

Disponibilidad: Es necesaria que la dotación efectiva de materiales, equipos y personal en salud en las zonas ocupadas por grupos étnicos, respondan a sistemas de información veraces, y a programas y proyectos de salud, que en sus etapas de promoción, prevención y tratamiento de la enfermedad, respondan a las necesidades propuestas por el grupo étnico en atención a su cosmovisión y a la medicina tradicional, lo cual exige un reordenamiento institucional fundamentalmente de los hospitales públicos en el reconocimiento de las prácticas interculturales.

Asimismo, es importante que existan programas y prácticas que logren integrar la medicina tradicional en el sistema médico occidental en salud en el orden distrital y nacional, para lo cual es indispensable reforzar las relaciones entre los médicos de los hospitales y los agentes de salud de los grupos étnicos, de tal manera que exista convergencia entre sus propósitos y planes en la prestación del servicio.

La accesibilidad a los servicios de salud demanda que en la prestación del servicio no haya discriminación, que se desarrollen políticas interculturales en el área de la salud, que permitan conciliar la medicina tradicional y occidental de los grupos étnicos. Incluye la realización de principios como el de Universalización en la prestación del servicio de salud, calidad, eficacia, interculturalidad entre otros.

En cuanto a la accesibilidad física, exige el reconocimiento y respeto de la especificidad cultural de los pueblos indígenas por parte de los equipos de salud y de las autoridades sanitarias que se encuentran en las zonas con población indígena, asimismo un

⁹ LUÍS EDUARDO PÁEZ, MURCIA, “*Los derechos sociales en serio: hacia un dialogo entre derechos y políticas públicas*”, págs. 177, Pág. 86 (Ed. Centro de estudios de Derecho, Justicia y Sociedad, Bogotá, 2007).

reordenamiento institucional principalmente de los hospitales públicos, para que presten sus servicios.

Asequibilidad que existan programas tendientes a lograr la prestación universal del servicio de salud, independientemente del factor económico de los grupos étnicos de especial protección; lo cual en el actual sistema integral de seguridad social en salud Colombiano se garantiza mediante la afiliación de estos grupos al régimen subsidiado y mediante el sistema de aseguramiento en los casos en que no estén afiliados a una EPS, bajo los planes POS-S (plan obligatorio de salud subsidiado) y PAB (plan de atención básica) respectivamente, eximiendo a los grupos indígenas y pueblos Rom de pagar cuotas de copagos.

La aceptabilidad implica el deber de los estados de garantizar la capacitación, el manejo instrumental de lenguajes de comunicación, material bilingüe y recursos apropiados por parte del personal en salud con los grupos étnicos. Para este fin, es necesaria también la capacitación intercultural e inclusión de agentes tradicionales como personal en salud al interior de los hospitales de tal manera que la prestación del servicio de salud sea apropiada culturalmente, responda a las particularidades de cada grupo y respete el enfoque cultural de conformidad con los requisitos de género y “*ciclo de vida*”.

La calidad demanda que la prestación del servicio atienda a las necesidades específicas de los grupos, en el contexto de calidad de vida y salud. Hace referencia a la necesidad de que exista correspondencia entre la aceptabilidad en la prestación del servicio y la pertinencia médica y científica del servicio de salud, lo que implica que sea de buena calidad, esto es, integral, oportuna y continua.

Para este fin es necesario contar con la participación activa de los diferentes grupos étnicos con el ánimo de identificar sus problemas conocer sus necesidades e inquietudes sobre la prestación del servicio de salud.

1.1.2. El derecho a la salud de las minorías étnicas en Colombia

El derecho a la salud es reconocido en nuestra Constitución Política como servicio público¹⁰ y como derecho fundamental bajo la denominación de derecho económico, social

¹⁰ Constitución Política de Colombia 1991. **Artículo 48.** La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social (...).

y cultural.¹¹ En el primer caso el Estado tiene el deber de prestar el servicio de salud a la población en la medida de sus posibilidades, principalmente como actuación asistencial a favor de las personas que por sus especiales condiciones tienen dificultades para acceder a este servicio; y en el segundo caso la titularidad del derecho es la que faculta a las personas a exigir del Estado su satisfacción.”Por lo tanto, el reconocimiento de derechos es también el reconocimiento de un ámbito de poder para sus titulares y en ese sentido puede ser una forma de restablecer equilibrios en situaciones sociales marcadamente dispares.”¹²

En la actualidad es preocupante la situación del derecho a la salud de los grupos étnicos, por su vulnerabilidad y la precaria condición en que se encuentran, que se debe entre muchos otros factores al bajo presupuesto de los Estados, la falta de voluntad política, el desplazamiento forzado, la discriminación, el mal manejo de los recursos, la constante reestructuración y fusión de las entidades del estado, la privatización, que contribuyen a que sean titulares de este derecho únicamente determinados grupos privilegiados de personas, pese al carácter de derecho universal.

El Sistema General de Seguridad Social introducido por la Ley 100 de 1993, modificada parcialmente por la Ley 1122 de 2007, desarrolla los postulados constitucionales de Universalidad, eficacia y solidaridad, de igual manera se han venido expidiendo gran variedad de normas a favor del reconocimiento y respeto del derecho a la salud de las minorías étnicas. Como principales tenemos las siguientes:

Norma	Descripción
Ley 74 de 1968	Aprueba los pactos internacionales de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) y de Derechos Civiles y Políticos.
Ley 16 de 1972	Aprueba la convención Americana sobre Derechos Humanos “Pacto de San José de Costa Rica”
Ley 22 de 1981	Aprueba la Convención internacional sobre la eliminación de todas las formas de discriminación racial
Ley 21 de 1991	Aprueba el Convenio 169 de la OIT sobre pueblos indígenas y tribales de países independientes el cual plantea la necesidad de que los gobiernos: <ul style="list-style-type: none"> - Desarrollen acciones tendientes a la protección de los derechos de los pueblos indígenas. - Cuenten con la participación de estos pueblos en la formulación, aplicación y

¹¹ *Ibidem*. **Artículo 49.** La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud (...).

¹² VÍCTOR ABRAMOVISH,. “Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo”, *Revista de la CEPAL 88*. Abril 2006. Pág. 35 – 50.

	<p>evaluación de los planes, programas y políticas en salud que puedan afectarlos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - La obligación del estado de extender progresivamente a los pueblos indígenas y triviales los regímenes de seguridad social sin discriminación alguna, - Presten un adecuado servicio de salud, en el cual además de contar con la participación y consulta de los grupos, se articule la medicina occidental con la medicina tradicional.
Ley 100 de 1993	<p>-Crea el sistema General de Seguridad Social. Establece las obligaciones del Estado y la sociedad, así como las instituciones y recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones del servicio de salud (Régimen subsidiado y contributivo).</p> <p>-POS. Prevé un Plan Obligatorio de Salud para todos los habitantes del territorio nacional (universalidad en la prestación del servicio de salud)</p> <p>-EPS. Crea una entidad promotora del servicio de salud encargada de organizar y garantizar la prestación del servicio de salud en el país ya sea directamente o contratando con una IPS (institución prestadora del servicio de salud).</p> <p>-PAB. Contempla un Plan de Atención Básica para aquellas personas que no tiene acceso a los servicios del POS.</p> <p>-Prevé una política de descentralización según la cual los municipios hacen la planificación y ejecución de los programas de prevención y control integrados en el PAB y las direcciones seccionales suscriben los contratos con las EPS.</p> <p>-Requiere la autorización previa de la Superintendencia Nacional de salud para que las entidades promotoras de servicio de salud la de las comunidades indígenas puedan actuar como tales.</p>
Ley 70 de 1993	<p>Desarrolla el artículo 55 de la Constitución Política. Tiene como propósito establecer mecanismos para la protección de la identidad cultural y de los derechos de las comunidades negras en Colombia como grupo étnico, y el fomento de su desarrollo económico y social, con el fin de garantizar condiciones reales de igualdad de oportunidades</p>
Ley 691 de 2001	<p>Reglamenta la participación de los pueblos indígenas en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia</p> <p>Garantiza el derecho de acceso y participación de los pueblos indígenas en los servicios de salud en condiciones dignas y apropiadas, observando el debido respeto y protección a la diversidad étnica y cultural de la nación.</p> <p>Si bien el enunciado hace mención a grupos étnicos, su desarrollo es en relación con los grupos indígenas.</p>
Ley 1122 de 2007	<p>Por el cual se hacen algunas modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en salud y se dictan otras disposiciones</p> <p>Reemplazó del Plan de Atención Básica -PAB- por un Plan de Salud Pública de intervenciones colectivas.</p>

Como desarrollo de los postulados Constitucionales se han implementado en nuestro país varias leyes tendientes a garantizar la protección y prestación del servicio de salud a los grupos étnicos, no obstante, esta legislación merece muchas críticas:

Ley 100 de 1993 o Sistema General de Seguridad Social en salud:

- Incorporó a los grupos indígenas como población pobre y vulnerable dentro del régimen subsidiado, dándoles un tratamiento igualitario con el resto de la población, sin tener en cuenta su particular situación cultural y cosmovisión.

- No tuvo en cuenta a los otros grupos étnicos que hacen parte también de los grupos de especial protección constitucional, como el pueblo ROM, los raizales y afrodescendientes, totalmente invisibilizados por el régimen.

- Por su diversidad cultural, cosmovisión, ideología y formas de pensar, los indígenas y pueblos ROM, merecen un tratamiento especialísimo de participación, consulta, coordinación, conciliación de creencias y ritos culturales en la prestación y garantía del servicio de salud, que no fueron tenidas en cuenta por el régimen de seguridad social en salud -políticas marcadamente diferenciales y afirmativas-.

La deficiente participación y reconocimiento del derecho a la salud de los grupos étnicos en el Sistema General de Seguridad Social generó la reacción de los grupos indígenas por lograr la regulación de un sistema especial que se adaptara a sus particularidades culturales y a la situación de indefensión y vulnerabilidad en que se encuentran en comparación con cualquier otro ciudadano. Fue así como en el año 2001 se expidió la Ley 691 *“Mediante la cual se reglamenta la participación de los Grupos Étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia”* que si bien implicó un gran avance en el reconocimiento del derecho a la salud de los grupos indígenas en atención a sus identidad cultural, dejó de lado a los otros grupos étnicos.

Con arreglo a la normativa nacional e internacional de derechos humanos, los indígenas y los grupos étnicos tienen derecho a que los gobernantes implementen y desarrollen medidas específicas que mejoren su acceso a los servicios, a la atención sanitaria, así como a otros aspectos que influyen en la salud.

El derecho a la salud como derecho económico, social y cultural, exige del Estado obligaciones positivas y negativas a favor de los ciudadanos. En relación con las primeras, implican obligaciones de dar o hacer, garantizar o asegurar la satisfacción de ciertos

derechos, bienes o servicios de los cuales es titular la persona, pero que no obstante, por sus especiales circunstancias o particularidades, no puede disfrutar del goce o ejercicio del derecho, como es el caso de los grupos indígenas que por su especial *modus vivendi* carecen de recursos para acceder al servicio de salud, vulnerándose correlativamente un derecho. En cuanto a las obligaciones negativas el Estado se debe abstener de impedir el goce o acceso a ciertos derechos, en el caso del derecho a la salud implica una abstención del Estado de afectar la salud de la población.

Luego de definir la noción de derecho a la salud de conformidad con el ordenamiento jurídico interno y algunas normas internacionales, resulta pertinente y más claro entender el concepto de política pública en salud.

1.1.3. Políticas públicas en salud

El concepto de política pública es un tema muy reciente al interior de nuestras instituciones; el proceso de elaboración, implementación y ejecución de políticas públicas ha resultado ser muy valioso al interior del Estado Social de Derecho al permitir focalizar los diferentes problemas mediante la formulación de acciones gubernamentales frente a situaciones socialmente problemáticas, en busca de darles una solución o llevarlas a niveles manejables.

De acuerdo con el doctrinante Andre Noel Roth Deubel, una política pública designa la existencia de “*Un conjunto conformado por uno o varios objetivos colectivos considerados necesarios o deseables y por medios y acciones que son tratados, por lo menos parcialmente, por una institución u organización gubernamental con la finalidad de orientar el comportamiento de actores individuales o colectivos para modificar una situación percibida como insatisfactoria o problemática*”¹³.

Dentro de la gran variedad de situaciones “*insatisfactorias o problemáticas*” que se presentan en el país, específicamente en Bogotá, el estado de salud, el acceso y la prestación del servicio de salud de los grupos étnicos, es uno de aquellos problemas percibidos que necesitan además de un debate público, la intervención activa de las autoridades públicas legítimas, y por tanto estar incluidos dentro de la agenda gubernamental como parte preliminar en el proceso de construcción de la política pública.¹⁴

¹³ ROTH, ANDRE – NOE, “*Políticas Públicas. Formulación, Implementación y evaluación. Como elaborar las políticas públicas, quien decide, como realizarlas, quien gana o pierde*”. Ediciones: Aurora, Sexta edición, Bogotá D.C. 2007, Pág. 27.

¹⁴ ROTH DEUBEL, ANDRÉ NOEL, “*Políticas públicas. Formulación, implementación y evaluación*”, Ediciones Aurora, Bogotá D.C., agosto de 2004, pág 57

Mediante las políticas públicas es posible abordar de manera concreta ciertos problemas sociales, que tratándose de grupos de especial protección constitucional, merecen una política diferencial que los caracteriza de los demás. Las políticas empleadas en estos casos para la satisfacción de los derechos se deben elaborar mediante la identificación de las particularidades y las necesidades concretas de estos grupos, y en consideración a los requisitos derivados de la diversidad propia de sus culturas¹⁵.

Le corresponde a las autoridades e instituciones del Estado para el caso concreto la Secretaría Distrital de salud, en coordinación con el Ministerio de la Protección Social, la Alcaldía Distrital y las alcaldías locales dentro del proceso de elaboración, implementación y ejecución de la política pública, incorporar al momento de fijar la agenda gubernamental¹⁶, los problemas que se dan en la sociedad en torno a la satisfacción del derecho a la salud en su sentido amplio “*política pública con enfoque de derechos*”¹⁷, particularmente para el caso objeto de esta investigación, de las minorías étnicas.

En este ejercicio de implementación del derecho a la salud intercultural de los grupos étnicos, el Estado tiene total discrecionalidad para definir las estrategias o medidas que adoptara para garantizar la satisfacción de este derecho (políticas públicas abiertas), de conformidad con la Constitución Política, el derecho internacional sobre derechos humanos que determinan el marco general que guiara la elaboración de la política pública por parte de los gobernantes al interior del Estado, además de obligarlo a su implementación y eficaz ejecución.

Las notables desigualdades en relación con el estado de salud y el acceso a los servicios de salud de grupos étnicos/raciales en comparación con el resto de la población, no es una problemática que se evidencie solamente en países subdesarrollados, esta situación también es frecuente en países con diferentes niveles de desarrollo, lo que indica que no es solo consecuencia del nivel económico del país, sino también de las estructuras político-sociales prevalecientes¹⁸ las culpables de la grave situación del derecho a la salud de los grupos étnicos, lo cual constriñe a los Estados a implementar y ejecutar políticas públicas para lograr metas eficientes¹⁹.

¹⁵http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102049892007001100009&lng=&nrm=iso#tx02

¹⁶ Plan de Desarrollo Distrital “*Bogotá positiva para vivir mejor*” 2008-2012

¹⁷ LUÍS EDUARDO PÁEZ, MURCIA, “*Los derechos sociales en serio: hacia un dialogo entre derechos y políticas públicas*”, págs. 177, Pág. 73 (Ed. Centro de estudios de Derecho, Justicia y Sociedad, Bogotá, 2007).

¹⁸ CRISTINA TORRES-PARODI*, MÓNICA BOLIS. “*Evolución del concepto etnia/raza y su impacto en la formulación de políticas para la equidad. Revista panamericana de Salud Publica*”. Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., Estados Unidos de América. vol.22 no.6 Washington Dec. 2007.

En este ejercicio, autores como Abramovich y Courtis²⁰ afirman que el Estado como ente regulador y no benefactor puede actuar a favor de los derechos con acciones que no requieren la utilización de recursos económicos para la prestación de servicios, basta con que establezca las regulaciones jurídicas necesarias y pertinentes:

“En estos casos la obligación del Estado no siempre está vinculada con la transferencia de fondos hacia el beneficiario de la prestación, sino mas bien con el establecimiento de normas que conceda relevancia una situación determinada, o bien con la organización de una estructura que se encargue de poner en práctica una actividad determinada”.

La materialización de los derechos humanos de toda la ciudadanía, específicamente del derecho a la salud, solo se puede lograr si la administración se preocupa por elaborar políticas, estrategias, planes y programas diferenciales que respondan a las particularidades de toda la diversidad de poblaciones con características heterogéneas que habitan en el distrito- minorías étnicas-, entre ellas los indígenas, los raizales, los grupos afrodescendientes, los pueblos rom. Las diferentes tradiciones culturales y circunstancias sociales, políticas, económicas, etc., justifican la necesidad de instituir mecanismos diferenciales que atiendan a las especificidades de cada grupo poblacional. Convirtiéndose la política pública en la herramienta o instrumento del Estado para el cumplimiento de sus obligaciones constitucionales de garantizar la satisfacción de los derechos económicos sociales y culturales

1.1.4. El Derecho a la salud de las minorías étnicas en Bogotá:

En Bogotá es enormemente preocupante la desigualdad en el acceso a los servicios y bienes sanitarios para grupos de especial protección constitucional como los indígenas y las minorías étnicas, muchas de esas desigualdades se deben a las barreras geográficas, culturales, económicas, lingüísticas y a que no existen políticas diferenciales en la prestación del servicio de salud de estos grupos.

A nivel nacional el Ministerio de la protección social en concordancia con el Plan Nacional de Desarrollo como órgano rector del sistema, debe establecer las directrices o marcos generales que determinaran la prestación del servicio de salud de estos grupos de conformidad con la normatividad vigente, así como evaluar a través de indicadores de gestión los resultados de la salud y bienestar de todos los actores que operan en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

²⁰ CHRISTIAN COURTIS Y VÍCTOR ABRAMOVICH. *Apuntes sobre la exigibilidad judicial de los derechos sociales. Cuadernos electrónicos de filosofía del derecho*. ISSN 1138-9877, No 4 de 2001.

Asimismo, la Secretaría Distrital de Salud es la institución encargada de elaborar, implementar y ejecutar la política pública de salud a nivel distrital de conformidad con las directrices señaladas por el Ministerio de la Protección Social y en concordancia con las estrategias, planes, programas y proyectos incorporados en el Plan Distrital de Desarrollo.

La Secretaria Distrital de Salud entiende por política pública el curso de acciones de gobierno que propone adecuar, continuar o generar nuevas realidades deseadas en el nivel territorial e institucional, contrastando intereses sociales, políticos y económicos y articulando los esfuerzos de los actores y organizaciones que ejercen presión en defensa de dichos intereses. De esta manera se reconoce a la política pública en su función de mediadora de diversos intereses en el Distrito Capital, y su función de negociación y conciliación entre grupos con diversos intereses.

Durante los últimos dos periodos de Alcaldes en el Distrito: 2004-2007 “**Bogotá sin indiferencia**” y 2008-2012” “**Bogotá positiva: para vivir mejor**”, es importante resaltar una idea central que ha ocupado la agenda política²¹ del desarrollo en Bogotá, relacionada con las falencias, inequidades y deficiencias en la prestación del servicio de salud, principalmente de los grupos étnicos residentes en Bogotá²² como población invisible, que demanda del gobierno distrital la necesidad de formular políticas orientadas a minimizar, reducir o llevar a un nivel más manejable esta realidad.

Desde el Gobierno de Luis Eduardo Garzón y actualmente en la propuesta de plan de desarrollo de Samuel Moreno, se resalta positivamente la preocupación por incluir dentro de los planes de gobierno la elaboración e implementación de políticas públicas con enfoque de derechos. No obstante, siendo la política pública el instrumento que utilizan las autoridades para el cumplimiento de sus obligaciones (enmarcadas dentro del plan de desarrollo), es preciso que los problemas referidos a los contenidos diferenciados de los derechos fundamentales de los distintos grupos de especial protección constitucional, estén plenamente identificados, de tal manera que permitan al diseñador de la política pública (económica o social) tener claridad sobre el margen de acción.

Tratándose de poblaciones multiculturales como las minorías étnicas se requiere que las estrategias, planes, programas y proyectos contengan un enfoque intercultural para la atención de salud, contando con la participación de los líderes y autoridades de los indígenas, los grupos raizales, pueblos Rom y los afrodescendientes.

²¹ Conjunto de problemas percibidos que necesitan un debate público o incluso la intervención activa de las autoridades públicas legítimas. En: Roth, Andre – Noe, “*Políticas Públicas. Formulación, Implementación y evaluación. Como elaborar las políticas públicas, quien decide, como realizarlas, quien gana o pierde*”. Ediciones: Aurora, Sexta edición, Bogotá D.C. 2007, Pág. 57.

²²CRISTINA TORRES, PARODI. “Equidad en salud: una mirada desde la perspectiva de la etnicidad”, Programa de Políticas Públicas y salud, División de salud y Desarrollo Humano OPS, OMS, 2001 Pág., 2.

1.1.5 Principales características que debe tener una política pública de salud en el distrito:

De la revisión bibliográfica principalmente de los aportes recibidos por el Doctor Jorge Luís Hernández, como principales características de las políticas públicas en salud, se pueden enunciar las siguientes²³:

- Las políticas públicas en salud son originadas y operacionalizadas por un actor público revestido de autoridad en este caso, el gobierno distrital. Sin embargo, otros actores públicos (secretaría distrital de salud, alcaldías locales, etc) pueden ejercer influencia en la intencionalidad y acción de las políticas, pero su producción es competencia de quien este revestido de autoridad.
- El análisis de la política pública en salud debe tener en cuenta la intencionalidad de la misma política, sus determinantes y en especial el objeto de análisis es la acción pública que ya se menciona con la denominación de output. En este sentido, el análisis de la política pública es esencialmente pragmático.
- La política pública en salud involucra los objetivos y los medios para alcanzarlos tales como los proyectos de inversión y los planes de beneficio, PAB y POS. En este sentido, el ente territorial dispone de una autonomía relativa para definir las intervenciones que se realizan a través de planes, programa y proyectos de salud o el componente de salud en el plan integral de desarrollo que se ejecuta a través de proyectos de inversión como en el caso del Distrito Capital.
- La política pública en salud no tiene siempre como intencionalidad solucionar un problema en forma definitiva, sino que tal como se señala, solo pretende la mayoría de veces llevarlo a una situación manejable.
- Para realizar el análisis de las políticas públicas en salud se pueden utilizar varios enfoques tales como el de las etapas, que dividen el proceso de producción de políticas así: 1. Inteligencia; 2. Promoción; 3. Prescripción; 4. Innovación; 5. Aplicación; 6. Terminación; 7. Evaluación. Los otros enfoques son: -la observación de la naturaleza del régimen de gobierno, -la búsqueda de variables causales que expliquen la producción de las

²³ LUIS JORGE HERNÁNDEZ F, "Aproximaciones a la Política Pública en Salud en Bogotá, Distrito Capital", Revista de salud pública. Print ISSN 0124-0064. <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v4n2/v4n2a02.pdf>

políticas, -centrarse sobre el contenido de las políticas mismas, -centrarse sobre la actividad de comunidades de actores o modelo de subsistemas, -analizar las políticas públicas, en término de su discurso, lenguaje y comunicación.

A lo cual le agregaría las siguientes consideraciones que resultan ser importantes en el proceso de construcción e implementación de la política pública:

- Una adecuada identificación y construcción del problema social, previo un estudio o investigación preliminar del tema que ofrece preocupación al interior de la sociedad.
- Participación de las comunidades afectadas. Lo cual le va a permitir a las autoridades encargadas de implementar y ejecutar la política poder identificar y seleccionar los problemas más relevantes que van a ser tratados al momento de fijar la agenda, de conformidad con las necesidades y peticiones detectadas por los propios sujetos pasivos de la acción, permitiendo conciliar la solución del problema de la mejor manera.

Este tipo de políticas públicas con “*enfoque de derechos humanos*” están para que las instituciones correspondientes elaboren estrategias, planes, programas y proyectos orientadas al cumplimiento de las obligaciones nacionales e internacionales del estado en materia de derechos humanos, coherentes con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad, no discriminación y, la formulación de acciones afirmativas en especial para los grupos de especial protección constitucional

Como lo señala la doctrinante Cristina Torres Parodi, la base de las políticas específicas que debe adoptar el Gobierno en beneficio de los grupos étnicos, entre ellos los pueblos indígenas está en las “acciones afirmativas”, también conocida como “discriminación positiva”. Se refiere a una “política pública que se expresa mediante una norma legal, una decisión judicial o una decisión oficial que procura mejorar las oportunidades para grupos segregados en la sociedad por su condición de desventaja frente a los grupos dominantes”²⁴. Estos mecanismos están orientados a reducir las inequidades que afecta a las denominadas “minorías” y grupos vulnerable, propiciando en este caso el acceso preferencial a la salud, con el ánimo de garantizar que todas las personas gocen de las mismas oportunidades.

Al respecto nuestra Corte Constitucional en desarrollo de los principios constitucionales²⁵, jurisprudencialmente ha aceptado políticas de diferenciación para la igualdad como base

²⁴ CRISTINA TORRES-PARODI, “*Acciones afirmativas para lograr la equidad de salud para los grupos étnicos/raciales*”. Washington D.C: OPS, septiembre de 2003. <http://www.paho.org/Spanish/DPM/GPP/PG/AccionesAfirmativasUpdatedVersion%20.pdf>

²⁵ Una de las bases del Estado Social de Derecho es la consagración del principio de igualdad material, es decir, de igualdad real y efectiva, como expresión del designio del poder público de eliminar o reducir las condiciones de inequidad y marginación de las personas o los grupos sociales y lograr unas condiciones de vida acordes con la dignidad del ser humano (Art. 1º de la Constitución) y un orden político, económico y social justo (preámbulo ibídem). Dicho principio está previsto en

fundamental del Estado de Bienestar, con el objeto de favorecer a personas o colectivos marginados aceptando la implementación de políticas que traten desigualmente a quienes no son iguales, para así apoyar a los menos favorecidos y disminuir las distancias económicas, culturales y sociales entre los miembros de nuestras sociedades, eliminando desigualdades esencialmente injustas²⁶.

"Las acciones afirmativas, incluyendo las de discriminación inversa, están, pues, expresamente autorizadas por la Constitución y, por ende las autoridades pueden apelar a la raza, al sexo o a otra categoría sospechosa, no para marginar a ciertas personas o grupos ni para perpetuar desigualdades, sino para aminorar el efecto nocivo de las prácticas sociales que han ubicado a esas mismas personas o grupos en posiciones desfavorables"²⁷.

Es necesario que se concreten dentro del plan de desarrollo el tipo de acciones afirmativas que la administración distrital tiene previstas para lograr una satisfacción integral de los derechos económicos sociales y culturales como la educación y la salud a toda la ciudadanía, principalmente a los grupos de especial protección constitucional – minorías étnicas, discapacitados, habitantes de la calle, ancianos, desplazados, migrantes, entre otros- en atención a las dificultades y necesidades de cada uno, respetando sus particularidades mediante la adopción de acciones diferenciales, que garanticen su inclusión en el sistema de salud y educativo, contando con su participación.

Como Derecho Humano fundamental la salud es considerada un elemento estabilizador, que asegura la gobernabilidad, la constancia y el crecimiento económico equitativo,

forma general en el mismo Art. 13, inciso 2º, superior, en virtud del cual *"el Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas en favor de grupos discriminados o marginados.*

"El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan".²⁵ En Cristina Torres-Parodi., *"Acciones afirmativas para lograr la equidad de salud para los grupos étnicos/raciales"*. Washington D.C: OPS, Septiembre de 2003. <http://www.paho.org/Spanish/DPM/GPP/PG/AccionesAfirmativasUpdatedVersion%20.pdf>

²⁵ Una de las bases del Estado Social de Derecho es la consagración del principio de igualdad material, es decir, de igualdad real y efectiva, como expresión del designio del poder público de eliminar o reducir las condiciones de inequidad y marginación de las personas o los grupos sociales y lograr unas condiciones de vida acordes con la dignidad del ser humano (Art. 1º de la Constitución) y un orden político, económico y social justo (preámbulo íbidem).

Dicho principio está previsto en forma general en el mismo Art. 13, inciso 2º, superior, en virtud del cual *"el Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas en favor de grupos discriminados o marginados.*

"El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta.

²⁶ Sentencia C-371 de 2000, Corte Constitucional. Magistrado Ponente: Carlos Gaviria Díaz.

²⁷ Corte Constitucional. Sentencia C-044 del 2004. M.P. Dr. Jaime Araujo Rentería Bogotá, D. C., veintisiete (27) de enero de dos mil cuatro.

reforzando la construcción de la ciudadanía y garantizando los derechos básicos²⁸. Así las cosas el diseño y puesta en marcha de políticas sociales con “enfoque de derechos”, resulta ser el mecanismo propicio para lograr la materialización y el cumplimiento de la responsabilidad internacional en la prestación universal del servicio de salud, como derecho fundamental de toda persona.

²⁸ Organización Panamericana de la Salud, Nuevo Informe de la OPS: Mejoran indicadores de salud pero persisten inequidades, Washington DC., 22 de septiembre de 2003 (Documento en línea). Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ps030922a.htm> (Consultado el 6 de enero del 2008)

2. CAPITULO II

DERECHO A LA SALUD DE LOS GRUPOS ÉTNICOS EN BOGOTÁ LA DEFINICIÓN DEL PROBLEMA Y LA CONSTRUCCIÓN DE LA AGENDA “BOGOTÁ SIN INDIFERENCIA UN COMPROMISO SOCIAL CONTRA LA POBREZA Y LA EXCLUSIÓN” 2004-2007

El análisis y evaluación de las políticas públicas ocupan en la actualidad un papel relevante por la importancia y utilidad que los conocimientos en esta materia pueden aportar a la acción política en dos aspectos, de un lado, en el diseño e implementación de buenas políticas públicas que contribuyan a mejorar y en muchos casos solucionar los principales problemas de una sociedad determinada²⁹; y del otro lado, servir de mecanismo de control que permita legitimar o deslegitimar la actuación de un gobierno en un momento determinado. Para que el análisis del proceso de elaboración de la política pública resulte efectivo, es necesario estimular posturas más críticas y reflexivas, alejadas de prácticas burocráticas, mediante la utilización de una mayor diversidad de enfoques – epistemológicos, teóricos y metodológicos– para examinar la acción pública³⁰.

Desde el punto de vista del análisis de políticas públicas, la definición del problema que da lugar o desencadena la política es una fase crucial, es necesario que esta primera fase sea muy operativa, que de alguna manera indique el camino por recorrer entre la situación de partida no deseada y una situación que, sin ser la óptima, sea claramente mejor que la originaria, así las cosas, además de identificar o detectar qué datos son importantes, esenciales y relevantes para explicar un hecho o fenómeno y cómo recolectarlos, en el escenario de las políticas públicas, como lo señaló el doctor WILDAVSKY en 1979, se requiere trabajar con varios enfoques y disponer de astucia, creatividad e imaginación, lo que se acabe haciendo o decidiendo no tiene que considerarse como la solución racional u óptima, sino simplemente como la definición del problema que ha resultado triunfante en el debate público, trabajando no tanto desde lo deseable sino desde lo posible³¹.

Con el fin de identificar las fortalezas y debilidades de la política pública en salud de los grupos étnicos en Bogotá en el período 2004-2007, formulada e implementada tímidamente en el gobierno de Luis Eduardo Garzón, se analizará mediante una evaluación académica la primera fase en el proceso de elaboración de la política pública “*La definición del problema y la construcción de la agenda*”, para lo cual se utilizarán dos enfoques, como principal el modelo secuencial, y para complementar y hacer un análisis integral –dada la

²⁹ ALEJO VARGAS VELÁSQUEZ, *Las políticas públicas entre la racionalidad técnica y la racionalidad política*, en: *Notas sobre el Estado y las Políticas públicas*. V17, pp. 53-94, (Almudena Editores, Bogotá, 1999).

³⁰ ANDRÉ-NOEL ROTH, *Enfoques y teorías para el análisis de las políticas públicas, cambio de la acción pública y transformación del Estado*, en: *Ensayos sobre políticas públicas*, pp. 27-63 (Ed., Universidad Externado de Colombia, Bogotá, 2007).

³¹ AARON WILDAVSKY, *The Politics of Budgetary Process*, I, 311 p (3a. ed., Boston: Little Brown 1979).

naturaleza de este tipo de política tan particular– se utilizará el enfoque de derechos humanos en las estrategias y políticas de desarrollo planteadas recientemente³², teniendo como insumo el programa de gobierno, el plan de desarrollo, varios documentos expedidos por la Secretaría Distrital de Salud, entrevistas semiestructuradas, entre otros determinantes durante los cuatro años de su período.

Modelo secuencial: HAROLD LASSWELL, además de acuñar el término de *policy* en 1951³³, presentó importantes aportes para el análisis de las políticas públicas, implementando el modelo clásico que divide el proceso de política pública secuencialmente y que permite analizar cada una de estas etapas separadamente:³⁴

1. La definición del problema y la construcción de la agenda.
2. La formulación, la decisión o legitimación.
3. La implementación de la política pública.
4. La evaluación.

En el Distrito Capital de Bogotá la política pública en salud para los grupos étnicos se encuentra en proceso de construcción; gracias a la presión de los grupos interesados, hasta hace muy poco con el gobierno de Luis Eduardo Garzón “*Bogotá sin indiferencia, un compromiso social contra la pobreza y la exclusión*” se identificó el problema y, a partir de allí, se han venido planteando diferentes alternativas de solución. El tema del derecho de la salud de los grupos étnicos con enfoque diferencial, se ha venido posicionando en Bogotá mediante varios planes de acción orientados principalmente a permitir la satisfacción de las necesidades básicas, lograr bienestar, equidad, cohesión social, cultural y política para los habitantes de la población, sin ningún tipo de discriminación, que permita la garantía de los derechos humanos de manera integral.

Así las cosas, es importante resaltar que es un avance para la reivindicación de los derechos humanos de los grupos étnicos, particularmente del derecho a la salud, que el problema se haya identificado e incorporado dentro de la agenda gubernamental distrital, no obstante, es necesario para que su solución tenga continuidad y un resultado de impacto, que exista un desarrollo integral por parte de la administración local, no solo de la primera etapa denominada *definición del problema y construcción de la agenda*, sino también de las siguientes etapas del proceso de construcción de la política, mediante la definición de líneas estratégicas de acción que, además de mostrar *qué* se quiere lograr con la implementación de la política, permitan identificar otros criterios como *para qué* se quiere poner en marcha

³² VÍCTOR ABRAMOVICH, Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo, *Revista de la CEPAL*, nº 88, pp. 35-50, (2006).

³³ *Policy*: traducido por políticas públicas o por el término de política seguido de un adjetivo (social, agrícola, etcétera), hace referencia a la acción pública, al aspecto programático de la acción gubernamental. Consultado por última vez el 8 de febrero del 2009 en: <http://www.ecosur.mx/ecofronteras/ecofrontera/ecofront16/pdf/politicaspublicas.pdf>

³⁴ JORGE IVÁN CUERVO, La definición del problema y la elaboración de la agenda, en: *Ensayos sobre políticas públicas*, pp. 151-165, 163 (Jorge Iván Cuervo, Ed., Universidad Externado de Colombia, Bogotá, 2007).

una política como ésta, y *cómo* se pretende lograr la ejecución de la política (lo cual implica señalar el tiempo, el espacio donde ha de llevarse a cabo, los responsables directos para la ejecución, la realización de un cronograma de actividades, los criterios presupuestales de financiamiento para su implementación, y las fuentes de los recursos para viabilizar económicamente la política), elementos que son objeto de análisis en el estudio de las siguientes etapas de construcción de la política, esto es, la legitimación, la implementación, el seguimiento y evaluación de la política pública, que es muy importante no dejarlas de lado. Solo así se garantizará una política pública viable, efectiva y sostenible en el tiempo.

Siendo tan complejo el proceso de construcción de la política pública, en este capítulo se abordará el análisis de la primera etapa, esto es, la *definición del problema y la construcción de la agenda*, que más que relacionarse con líneas estratégicas de acción, se asocia con la necesidad de diagnósticos y estudios previos de la situación real y verídica de la población sujeto de la política.

2.1.La definición del problema y la construcción de la agenda.

La definición del problema y la construcción de la agenda o agenda institucional³⁵ corresponden a la primera fase del ciclo de elaboración de la política pública. Esta primera fase se inicia con los programas de gobierno de los candidatos a cargos gubernamentales, ya el sistema político ha hecho una primera selección de problemas, pero aún no han sido transmitidos al gobierno.

Para el caso en concreto, Luis Eduardo Garzón en su programa de gobierno presentado a la ciudadanía bogotana –2004-2007–, manifestó como propósito firme “*atender los crecientes problemas sociales, específicamente la pobreza y la exclusión*” que aquejan a un alto porcentaje de la población, alrededor de un compromiso social contra la pobreza³⁶, con un gran enfoque de garantía de derechos humanos. En este programa de gobierno o agenda sistémica³⁷, podemos destacar los siguientes aspectos positivos.

³⁵ *Ibíd.*

³⁶ Documento: *Luis Eduardo Garzón, Por un compromiso social contra la pobreza en Bogotá*, Lucho Garzón, Alcaldía Mayor de Bogotá 2004-2007, Ediciones Antropos Ltda. (2003). Consultado por última vez el 30 de enero del 2009, en: http://www.sdp.gov.co/www/resources/vff_documento_politica_social_luis_garzon.pdf

³⁷ LUIS FERNANDO AGUILAR, Estudio introductorio, en; *El estudio de las políticas públicas*, (Ed. Porrúa, Ciudad de México1996).

Aspectos positivos del programa de gobierno³⁸
Realización de los derechos humanos. Hay un programa de gobierno con enfoque de derechos humanos.
Se identificó que hay un problema social muy grave en Bogotá de pobreza y exclusión, existe un propósito firme de atender este tipo de problemas. “Un compromiso social contra la pobreza y la exclusión”.
Acude a la solidaridad para superar la indiferencia, en su política hace énfasis en la solidaridad de otros agentes y sectores –comunidad internacional, sector privado, ciudadanía en general, tercer sector–, con perspectivas a erradicar la pobreza, el hambre y la exclusión.
A la cabeza de los tres ejes de su programa de gobierno se encuentra el eje social –Compromiso social contra la pobreza, la exclusión y el hambre–. Acciones integrales en salud, educación, cultura y recreación.
Se señala que nuestro Estado social de derecho impone una agenda social que debe atender en forma progresiva las distintas demandas de los sectores más pobres y vulnerables.
Inclusión social mediante la satisfacción progresiva de los derechos sociales –alimentación, educación, salud, vivienda básica y servicios públicos domiciliarios– a grupos cada vez más amplios de la población en cumplimiento de instrumentos internacionales como el Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales y la obligación de los Estados de velar por la progresividad de los derechos económicos sociales y culturales.
Reconocimiento de los derechos sociales, económicos y culturales como derechos fundamentales.
El énfasis en la búsqueda e implementación de un verdadero sistema integral de protección y seguridad social –principios solidaridad, progresividad y eficiencia– para superar la pobreza y la desigualdad.
Se planteó la necesidad de un Concejo distrital de política social, instancia de decisión y concertación de política social –participación, seguridad alimentaria, vivienda, desmarginalización, educación, salud, empleo–.
El reconocimiento del carácter vinculante de instrumentos internacionales como la Declaración del Milenio, suscrita por 189 países en la cumbre de las Naciones Unidas.
Se reconoce el problema de la inequidad y la desigualdad social, económica y espacial de varios grupos.
Reconocimiento de una especial atención a los grupos que se encuentran en una mayor vulnerabilidad.

Cuadro de elaboración propia.

En esta primera etapa estamos hablando de un modelo de intermediación de los políticos u oferta política³⁹, que tuvo como principal objetivo ganar apoyo o electores con propuestas políticas, buscar demanda social, siendo un factor determinante el uso de la información, principalmente para ganar el mayor número de adeptos pertenecientes a los grupos más débiles y pobres –la mayoría–, mediante la formulación de promesas tendientes a solucionar su condición de vulnerabilidad.

³⁸Tabla de elaboración propia, utilizando como fuente el documento: *Luis Eduardo Garzón, op. cit.*, nota 36.

³⁹ ANDRÉ-NOEL ROTH, *Políticas públicas. Formulación, implementación y evaluación. Cómo elaborar las políticas públicas, quién decide cómo realizarlas, quién gana o pierde*, p. 65, (5ª. ed., Aurora, Bogotá, 2006).

Fue positivo para la población vulnerable el enfoque manejado en el programa de gobierno o agenda sistémica (conjunto de problemas que aún no han sido seleccionados por el sistema político)⁴⁰ de Luis Eduardo Garzón, mediante la selección de problemas de contenido social con potencialidad para ingresar a la agenda pública, si tenemos en cuenta que en virtud del artículo 259 de la Constitución Política son de carácter vinculante⁴¹ para quien las ofrece.

Una vez elegido Luis Eduardo Garzón como alcalde de Bogotá, mediante una amplia deliberación y proceso participativo con los diferentes sectores de la ciudad –más de 100 mil personas de todas las edades, credos, creencias, orígenes políticos–, “*como eje de la acción gubernamental en la ciudad*”, conocieron, discutieron y complementaron el proyecto de plan de desarrollo distrital⁴² antes de su aprobación por el Concejo, lográndose desde el punto de la valoración política una identificación verídica de los principales problema que aquejan al Distrito:

*“Los problemas de la exclusión social y política, de la pobreza y la inequidad, y de la discriminación no pueden ser problemas tan solo de quienes los padecen de manera directa. Deben ser problemas de todos y todas: nuestro problema (...) dentro de las carencias sociales presentes en la ciudad se destacan la insuficiente cobertura del aseguramiento y de los servicios de salud (...), la marginalidad de diversas zonas de la ciudad, la ausencia de una cultura de la solidaridad que enfrente la indiferencia de los habitantes con respecto a las precarias condiciones de vida de la mayor parte de la población”*⁴³.

Así las cosas, si bien mediante diferentes mesas de trabajo –que muy positivamente lograron procesos de democratización y participación en cumplimiento de principios constitucionales–, se identificaron problemas como la exclusión, la indiferencia de los bogotanos hacia las dificultades sociales, principalmente de los grupos vulnerables, se olvidó la importancia que tiene la información, los diagnósticos, estudios técnicos y la investigación previa en la identificación y formulación de los problemas públicos de una sociedad, necesarios para proceder a formular alternativas de solución que permitan una toma de decisión acertada frente a la forma de regulación política.

⁴⁰ JORGE IVÁN CUERVO, op. cit. nota 34, p. 161.

⁴¹ Ley 1131 de 1994, artículo 1º define el voto programático como “el mecanismo de participación mediante el cual los ciudadanos que votan para elegir gobernadores y alcaldes, imponen como mandato al elegido el cumplimiento del programa de gobierno que haya presentado como parte integral en la inscripción de su candidatura”. De conformidad con el artículo 259 de la Constitución Política la manifestación de la voluntad popular mediante la elección, ata al alcalde al programa de gobierno en virtud de los alcances del voto programático y por lo tanto, le es exigible una responsabilidad política.

⁴² Exposición de motivos Proyecto de acuerdo *Plan de desarrollo, económico, social y de obras publicas*. Un compromiso social contra la pobreza y la exclusión, Bogotá 2004-2007, p. 2.

⁴³ *Ibíd.*

A continuación se señalarán los aspectos más relevantes que debieron y deben ser tenidos en cuenta en la definición del problema, *el derecho a la salud de los grupos étnicos*, siguiendo los seis criterios señalados por ANDRE ROE⁴⁴:

2.1.1. Esquema analítico para la definición de un problema⁴⁵:

La definición del problema como directriz que guía la implementación de la política pública, con vocación a ser incorporados en la agenda gubernamental o plan de desarrollo, debe considerar: i) la naturaleza, ii) las causas, iii) la duración, iv) la dinámica, v) los afectados, y vi) las consecuencias del problema⁴⁶.

2.1.1.1. Naturaleza del problema: con el ánimo de contribuir al fortalecimiento y reivindicación de los derechos sociales, económicos y culturales de los grupos étnicos, en cumplimiento de la obligación constitucional que tiene el Estado de velar por la integridad y diversidad cultural, la realización del principio de progresividad de los derechos humanos, entre otros; el derecho a la salud de los grupos étnicos en Bogotá demanda la necesidad de crear políticas diferenciales que reconozcan su autonomía y particularidades culturales.

2.1.1.2. Los afectados: en relación con este criterio señalado por ANDRÉ ROE, es necesaria la identificación y caracterización de la población objetivo beneficiaria de la política, mediante una valoración cuantitativa y cualitativa de la misma, aspecto relevante en la definición del problema.

Para el caso específico –salud de los grupos étnicos en Bogotá–, la población objetivo son los cuatro grupos étnicos que habitan en Bogotá; de acuerdo con los datos del Censo 2005 del DANE son: i) los grupos indígenas, ii) los pueblos ROM, iii) los afrodescendientes y iv) los raizales.

Valoración cuantitativa - grupos étnicos en Bogotá. Censo 2005.

⁴⁴ *Ibíd.*

⁴⁵ Para este análisis se utilizaron como insumo documentos de diferentes doctrinantes nacionales y extranjeros expertos en políticas públicas, políticas sociales, y en la garantía y satisfacción del derecho a la salud para grupos étnicos, entrevistas semiestructuradas con funcionarios de la Secretaría Distrital de Salud, la Secretaría de Integración Social y funcionarios que trabajaron en algunos de los programas propuestos por Luis Eduardo Garzón para atender la prestación del servicio de salud de estos grupos, lo cual permitió un análisis integral de esta primera etapa de elaboración de la agenda.

⁴⁶ ANDRÉ-NOEL ROTH, *op. cit.*, nota 39 p. 60.

Categorías	Casos Población	%	Acumulado
Indígena	15.032	0,22	0,22
ROM	523	0,01	0,23
Raizal de San Andrés y Providencia	1.355	0,02	0,25
Palenquero	7	0,00	0,25
Negro, mulato, afrocolombiano,	96.523	1,42	1,67
Ninguno de los anteriores	6.450.329	95,16	96,83
No informa	214.922	3,17	100
Total	6.778.691	100	100

Fuente censo DANE 2005.

El porcentaje que corresponde a grupos étnicos en Bogotá según el censo del DANE 2005 (1,67%) es menor al nacional (13,77%). Estos grupos se han caracterizado por ser población vulnerable, especialmente los dos primeros, que siempre han sido lejanos a una política de inclusión social⁴⁷.

Luego de la anterior presentación cuantitativa de los grupos étnicos en Bogotá, se hará una breve explicación o valoración cualitativa, que permitirá identificar algunos de los rasgos particulares de estos grupos, para entender el enfoque diferencial que demanda cualquier decisión que los involucre.

a) Grupos indígenas:

En el contexto de Bogotá los indígenas ciudadanos se pueden clasificar en tres categorías:

- i) **Originarios:** indígenas pertenecientes a la cultura muisca históricamente asentados en Bogotá principalmente en Bosa y en Suba⁴⁸, ubicados en las veredas San José y San Bernardino de Bosa, y en el cerro de Suba; la conforman 6.773 personas.

⁴⁷ HÉCTOR ZAMBRANO RODRÍGUEZ, *Política Distrital de salud 2004-2008*. Ponencia presentada en la mesa redonda: *Las políticas de salud en Bogotá*. En el marco del Primer Congreso Nacional de Investigación en Salud Pública. "Investigación para la toma de decisiones en el sector salud", Bogotá, 2006. Consultado por última vez el 5 de enero del 2009 en: http://www.javeriana.edu.co/fcea/convocatorias/memorias_1congreso_sp/congreso_%20salud_compilado/final/phzr.pdf

⁴⁸ Desde el año de 1991 comienzan el proceso de recuperación de su identidad y la búsqueda de sus raíces a través de un padrón –Nomina de los vecinos o habitantes de un pueblo o comunidad– que habían encontrado.

- ii) **Migrantes:** aquellos indígenas que migraron a la ciudad en busca de mejores oportunidades económicas, sociales, en educación, salud, vivienda, con el fin principal de propender a un mejor bienestar que incremente su calidad de vida en su respectivo contexto. De este grupo hacen parte los kitchwa⁴⁹, inga⁵⁰, kamentza, wayuu, guambiano, nasa uitoto, y cofán; de los cuales se destacan los dos primeros porque son los únicos que gracias al proceso organizativo hoy son reconocidos como cabildo indígena.
- iii) **Población desplazada:** indígenas obligados a abandonar sus territorios de origen como consecuencia del desplazamiento forzado por causas como el conflicto armado. Forman parte de este grupo los kuankuamo de la sierra Nevada de Santa Marta, los pijao⁵¹ del departamento del Tolima, los embera katío del departamento del Chocó⁵².

Según las estadísticas, en la capital de la República se encuentran un total de 15.033 indígenas urbanos constituidos legalmente en los respectivos cabildos, sin tener en cuenta los no registrados por diversas causas.

Sin duda, los grupos indígenas que han llegado a la ciudad lo han hecho en espacios de marginalidad, siendo necesario para construir política hacer explícitas las expectativas de estos grupos, empezando por la reconstrucción de su cultura, el respeto, el reconocimiento de la autonomía en la reivindicación de sus derechos, la construcción de acuerdos políticos dentro de un escenario acorde con los principios constitucionales a favor de la integridad y diversidad cultural. La protección de la multiculturalidad dentro de una sociedad abierta y

⁴⁹ "Somos una comunidad de inmigrantes. Nuestro origen es de Otavalo, Ecuador, más exactamente de la provincia de Imbabura y somos uno de los pueblos concentrados allá... Nuestros abuelos entraron por primera vez a Colombia hacia 1930. Tenemos nuestra danza, nuestra música, nuestra cultura. En cuanto a textiles, los tejidos van con nuestro diario vivir, pero también hemos observado que acá en la ciudad por la falta de apoyo gubernamental algunas personas hemos tenido que hacer otras actividades" (Entrevista a Nelson Tuquimba, gobernador del cabildo indígena kichwa 2006). Su llegada a Bogotá obedece a razones de orden socioeconómico y la carencia de territorios, esto los llevó a condiciones de servidumbre, dando origen a una movilidad hacia centros urbanos con el fin de mejorar su calidad de vida. Se caracterizan por sus habilidades de comerciantes, artesanos y viajeros. Tomado de: Hernán Molina Echeverri, *Nuevos escenarios de vida indígena urbana: el caso de Bogotá*, p. 108 (Actualidad política participación en la ciudad indígenas de América. Investigación Documentos 2006).

⁵⁰ Se ha escrito que se asientan en la ciudad sobre la década de los cincuenta, con ocasión de la influencia de la misión capuchina en el departamento del Putumayo expropiándolos de sus tierras. Son expertos artesanos y grandes conocedores de la medicina tradicional, especialmente de plantas como el yagé o ayawaska. Se han caracterizado por sus labores como comerciantes. Muchos inganos se encuentran en diferentes sectores comerciales de la ciudad, plazas de mercado y vendiendo en forma ambulante sus productos.

⁵¹ Llegaron a la ciudad como consecuencia del desplazamiento forzado por el conflicto armado. Son aproximadamente 250 familias provenientes del departamento del Tolima. Según el informe sobre política de la publicación de la fundación Hemera: "Las condiciones en las que viven no son las óptimas para un estándar de vida adecuada. De hecho un 30% de los encuestados presentan necesidades en todos los niveles de servicios sociales, y el 95% afirma vivir en arriendo en estratos bajos de la ciudad, lo cual refleja deficiencias en la calidad de vida y la deficiencia en la asistencia del Estado para garantizar el acceso a los servicios. Igualmente, la constante fue la necesidad de empleo y vivienda" en: *Fundación Hemera*. Tomado de: Diagnóstico de los Grupos indígenas en Bogotá y Lineamientos de política pública para la atención de grupos étnicos. Documento borrador 2006.

⁵² *Ibíd.*, p. 106.

dinámica permitirá articular procesos de construcción social y política hacia los indígenas urbanos⁵³.

b) Pueblos ROM:

Los ROM están organizados en *kumpanias* presididas por un jefe anciano denominado (*tío*), según lazos de parentesco articulados en clanes y linajes (*vitsi*) patrilineales y formas de residencia patrilocales, tradicionalmente en carpas redondeadas. Son sus atributos la tradición oral como mecanismo para transmitir el conocimiento y el saber, su cohesión como colectivo, el cual se basa en la ley propia denominada *kris* o ley gitana centrada en el respeto del orden familiar, objeto de rechazo y menosprecio, expresada en términos de discriminación y exclusión de la sociedad hegemónica, ocasionada por la inseguridad, la delincuencia y el conflicto armado, que han influido en su desplazamiento a la ciudad y a cambiar sus carpas por casas alquiladas⁵⁴.

En la actualidad el pueblo Rom cuenta con una organización denominada Prorrom (proceso organizativo del pueblo Rom en Colombia) conformada por las autoridades de las *kumpanias*⁵⁵ que lucha por el reconocimiento y respeto a su identidad cultural y a la diferencia, mediante la implementación de acciones afirmativas por parte de las autoridades.

El censo del 2005 los incluyó por primera vez, sin embargo, para muchos son dudosos, pues se utilizó como criterio el de autorreconocimiento con el de rasgos fenotípicos, siendo dudoso el resultado de 4.832 personas. Tomando esta y otras fuentes, se estima que podrían ser entre 3.000, 8.000 o más en el país⁵⁶.

c) Población raizal:

Proveniente del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, definidos como pobladores originarios de San Andrés, quienes comparten costumbres, cultura, procesos jerárquicos y la lengua creole. Se encuentran adscritos en Bogotá al proceso organizativo Ketna⁵⁷.

⁵³ HERNÁN MOLINA, *Nuevos escenarios de vida indígena urbana: el caso de Bogotá*, p. 113., (Actualidad política participación en la ciudad indígenas de América investigación documentos, 2007).

⁵⁴ FRANCISCO ARIZA, *Equidad de etnia en el acceso a los servicios de salud en Bogotá una triangulación entre metodologías cuantitativa y cualitativa*. Tesis de Maestría en Salud Pública. p. 91. Universidad Nacional 2008.

⁵⁵ Proceso organizativo del pueblo Rom (gitano) de Colombia. Tras el camino de Melquíades. Memoria y resistencia de los Rom de Colombia. Prorrom . nº 4 (O lasho drom, Bogotá, D.C, 2005).

⁵⁶ YOLANDA BODNAR, *El pueblo Rom (gitano) en Colombia, historia migratoria, presencia actual y caracterización cultural*, Universidad Externado de Colombia, Bogotá, Inédito 2005.

⁵⁷ FRANCISCO ARIZA, *Lineamientos de política pública de atención en salud para grupos étnicos*. Secretaría Distrital de salud pública, Área de análisis y políticas, abril del 2006.

d) Pueblos afrodescendientes:

En relación con la población negra, el censo del 2005 registró a 4.273.722 a nivel nacional y 96.523 en Bogotá. Evidenciándose un aumento significativo en relación con el censo de 1993, por procesos de migración campo=ciudad como consecuencia de fenómenos como el desplazamiento forzado y la satisfacción de necesidades fundamentales.

Las poblaciones afrodescendientes además de su diversidad de acuerdo con la región a la que pertenecen, han sido víctimas de procesos de asimilación cultural por parte de sociedades hegemónicas, vulnerados y excluidos por posturas políticas, que han dificultado su conformación como una sola etnia, teñidas de un pasado de esclavitud caracterizado por la discriminación. Mediante procesos de reivindicación de sus derechos lograron la expedición de la Ley 70 de 1993 y la adopción por parte del gobierno distrital de políticas diferenciales en el reconocimiento de sus derechos⁵⁸.

2.1.1.3. Las causas del problema:

Como principales factores que inciden en el problema de una adecuada prestación y garantía del derecho a la salud de los grupos étnicos con enfoque diferencial tenemos:

- *La reducción de sus territorios.* La mayoría de los grupos étnicos, principalmente indígenas, pueblos Rom, están ubicados en zonas “*disponibles para la colonización*”, propiciando un contacto permanente con poblaciones campesinas y con los grupos urbanos, que generan situaciones de desarraigo, pérdida de identidad cultural, dificultades para el ejercicio de actividades como la caza, la agricultura, la ganadería, propias de su cultura, que trae como consecuencia una incidencia directa sobre las condiciones de salud, que se manifiestan actualmente en la elevación considerable de la morbilidad generada por enfermedades propias de la pobreza y el abandono, por encima de las establecidas en el nivel nacional⁵⁹.
- *La pérdida de identidad cultural.* En el proceso de construcción de planes, programas y proyectos, los grupos étnicos no están siendo reconocidos como sujetos colectivos con una forma diferente de explicar, comprender el mundo y de relacionarse con los demás por su especial cosmovisión.
- *La discriminación racial*⁶⁰. Fomenta las diferencias de salud entre las personas dificultando el acceso a los servicios de salud de los grupos étnicos, contribuyendo a que los servicios sean de mala calidad, impidiendo la participación de estos grupos en las decisiones que los afectan y obstaculizando los sistemas de información en la prestación del servicio de salud a estos grupos.

⁵⁸ FRANCISCO ARIZA, op. cit. nota 54 p. 371.

⁵⁹ FRANCISCO MÉNDEZ, La atención primaria en salud: un programa viable para las comunidades indígenas, 7 (1) Editado en *Cuadernos de salud Pública*, nº 1, p. 106 (1991).

⁶⁰ *Insumos para la conceptualización y discusión de una política de protección social en salud de los grupos étnicos en Colombia*, Ministerio de la Protección Social y Organización Panamericana de la Salud. Bogotá, p. 56 (2004).

Los valores de todas las variables que conforman el concepto de desarrollo humano sostenible son más bajos para los grupos étnicos, lo que pone de manifiesto la desigualdad en las oportunidades en todos los campos⁶¹.

- *La universalidad injusta* en el acceso a los servicios de salud por parte de los grupos étnicos, principalmente los grupos indígenas y pueblos Rom, por la falta de políticas diferenciales, que reconozcan la diversidad, la complejidad de lo humano y los contextos donde la vida se desenvuelve⁶², lo cual viene desde el marco normativo que determina el régimen de seguridad social en salud (L. 100/93); “Factores intrínsecos o propios del sistema de salud asociados a su marco institucional y estructura, a la organización, al modelo de atención y gestión y a la asignación de recursos dentro del sistema, que resultan ser determinantes a la hora de generar exclusión”⁶³. Si se genera una misma respuesta para todos, algunos obtendrán cosas que necesiten y otras cosas que no les serán suficientes.
- *La universalidad debe ser con equidad* –máxima expresión de justicia–, es decir, la búsqueda de la “igualdad en la diversidad”, combatir todo aquello que haga de estas diferencias expresión de desigualdad, responder a cada uno según sus necesidades dando más a quien tiene menos y menos a quien tiene más. A necesidades diferentes corresponderán respuestas diferentes (equidad vertical) y a necesidades iguales, respuestas iguales (equidad horizontal)⁶⁴.
- *La escasa información estadística* impide realizar estudios a fondo sobre el problema del derecho a la salud de los grupos étnicos en Bogotá⁶⁵, derivada de tres causas principalmente: 1) la ausencia de un enfoque étnico cuando se recolecta, lo cual refleja la poca conciencia de su importancia en la sociedad; 2) tratándose de grupos étnicos urbanos que no están asentados en territorios específicos es difícil determinar la pertenencia de una persona a un grupo étnico particular; 3) utilización de criterios heterogéneos que responden a diferentes marcos conceptuales⁶⁶, factor que contribuye a su invisibilidad social.

⁶¹ *Equidad en salud: Desde la perspectiva de la etnicidad*. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C.: OPS, p. 26 (2001).

⁶² YOLANDA D’ELIA, DE NEGRI ARMANDO, *Estrategia de promoción de la calidad de vida “La construcción de políticas públicas por la calidad de vida desde una perspectiva de derecho y equidad”*, Documento de trabajo. Caracas: Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS) / Agencia de Cooperación Alemana (GTZ), p. 9, (2002).

⁶³ MARÍA CECILIA ACUÑA, Elementos para la discusión en torno a la protección social y el derecho a la salud, en: *Revista Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras*, pp. 9-15, (2006). Consultado por última vez el 5 de febrero del 2008 en: <http://www.bvs.hn/RFCM/pdf/2006/pdf/RFCMVol3-1-2006-3.pdf>.

⁶⁴ *Ibíd.* p. 8.

⁶⁵ Percepción de las entrevistas semiestructuradas aplicadas a funcionarios de la Secretaría Distrital de Salud, la Secretaría de Integración social y funcionarios del Ministerio de la Protección Social para la elaboración de este artículo.

⁶⁶ CRISTINA TORRES, La equidad en materia de salud vista desde un enfoque étnico, 3 *Rev. Panamericana Salud Publica/Pan Am J. Public Health*, nº 10, pp. 188-201, 188 (2001).

- *Abruptos cambios socioculturales*⁶⁷. Como consecuencia del desarrollo histórico y los diferentes procesos de *aculturamiento* que se han implantado en los diferentes gobiernos mediante políticas unificadoras, los grupos étnicos han quedado subordinados a otros grupos que se imponen, desvalorizando la cultura y obstaculizando procesos de identidad y autonomía de estas poblaciones. La categorización a la que tienden las políticas del Distrito lejos de favorecer a este tipo de poblaciones generan prácticas unificadoras discriminatorias.
- *La desvalorización del otro*. Al punto que en el lenguaje corriente a los grupos étnicos se les llama minorías étnicas, población vulnerable, población excluida, lo que denota el grado de marginalización de que son sujetos.
- *La relación entre etnicidad y pobreza*⁶⁸, se confunden la pobreza y la etnicidad subalterna, poniendo de relieve las restricciones en los derechos humanos y civiles propios de un desequilibrio intercultural, limitando sus oportunidades de desarrollar condiciones de vida satisfactoria. En Bogotá se hace muy evidente si tenemos en cuenta que las zonas donde residen la mayoría de los grupos étnicos, específicamente los indígenas y pueblos Rom, pertenecen a las localidades con mayores índices de pobreza:

⁶⁷ PEDRO CORTÉS LOMBANA, *Etnicidad y salud en extensión en la protección social en salud para grupos étnicos en Colombia*, (ed., OPS y Ministerio de la Protección Social, Bogotá, 2004).

⁶⁸ *Ibíd.* op. cit., nota 67, p. 192.

POBREZA HOGARES LÍNEA DE POBREZA		
Distribución de los hogares bajo la línea de pobreza		
por localidad –Bogotá– junio del 2003		
Localidad	Pobre	No pobre
USME	82,0%	18,0%
SAN CRISTÓBAL	76,3%	23,7%
CIUDAD BOLÍVAR	76,0%	24,0%
BOSA	70,7%	29,3%
RAFAEL URIBE	67,7%	32,3%
TUNJUELITO	62,0%	38,0%
SANTA FE	52,7%	47,3%
KENNEDY	49,7%	50,3%
CANDELARIA	49,0%	51,0%
MÁRTIRES	47,7%	52,3%
ANTONIO NARIÑO	45,6%	54,4%
FONTIBÓN	44,1%	55,9%
ENGATIVÁ	38,2%	61,8%
PUENTE ARANDA	37,5%	62,5%
SUBA	34,1%	65,9%
BARRIOS UNIDOS	32,7%	67,3%
USAQUÉN	22,3%	77,7%
TEUSAQUILLO	14,4%	85,6%
CHAPINERO	13,1%	86,9%
BOGOTÁ	49,1%	50,9%

Distribución de los hogares bajo la línea de pobreza por localidad. 2003.

Valor diario de LP por persona: \$9.778.

Valor mensual de LP por persona: \$ 293.329.

Fuente: Cálculos del CID con base en Encuesta Nacional de Hogares DANE 2003.

- *La segregación y automarginación* son nocivas, dificultan la calidad de vida, la información, la prestación, el acceso y la satisfacción del servicio de salud. Por ejemplo, los grupos indígenas en Bogotá se encuentran asentados en las localidades de Bosa,

Suba, Ciudad Bolívar, Usme, Kennedy, San Cristóbal⁶⁹, Engativá, Candelaria, Mártires⁷⁰ (donde vive el 50% de la población bogotana), que coincide con las localidades que por su precaria situación de salubridad, altos índices de pobreza, de necesidades básicas insatisfechas, de miseria, fueron declaradas en emergencia social, igualmente ocurre con los pueblos Rom teniendo en cuenta que se caracterizan por ser poblaciones nómadas, que generalmente se asientan en los sectores más pobres de la ciudad, lo cual ha influido en que existan severas inequidades en la situación de salud de la población bogotana residente en estas zonas por la precariedad de los determinantes en salud que los afectan.

- *Debilitamiento de la medicina tradicional.* Para el caso particular de los indígenas, pueblos Rom, el saber médico se ha venido diluyendo por la dispersión y abandono de estos grupos, el desorden interno impide el fortalecimiento, la solidez, la transmisión y la difusión de la medicina tradicional⁷¹. Aspecto que no se puede dejar de lado, teniendo en cuenta que internacionalmente se viene reconociendo la obligación que tienen los estados de garantizar y promover los derechos intrínsecos, derivados de las estructuras políticas, sociales, económicas y culturales de estos grupos⁷²; en atención al derecho de todos los pueblos a ser diferentes, a considerarse a sí mismos diferentes y a ser respetados como tales.
- *La cobertura de los programas gubernamentales se ha ampliado a otros grupos de la población que tienen una mayor capacidad de demanda,* en tanto que a las comunidades indígenas, pueblos Rom, afrodescendientes, raizales, se les han mantenido relegadas. Pese a los esfuerzos de incrementar los servicios de salud a estos sectores de la población, existen dificultades generadas por su forma de penetración, cosmovisión, niveles culturales de comunicación, entre otros, que dificultan las expectativas de las distintas comunidades⁷³ manteniéndolas aisladas.
- *Censo poblacional:* no sabemos la realidad demográfica de estos grupos (los datos existentes no son verídicos). La falta de información estadística de instituciones que los identifiquen impide determinar el porcentaje de esta población, lo cual contribuye a la invisibilización y exclusión de estos grupos –herramienta de gran importancia para medir la situación, reducir y medir las brechas–. Los datos estadísticos son necesarios y son insumos fundamentales a la hora de diseñar y evaluar la política social, en este caso de salud –*enfoque étnico de la información*–⁷⁴.
- *Restricciones en el acceso a los servicios de salud por parte del sector e instituciones prestadoras del servicio de salud* por factores como la ubicación, la falta de

⁶⁹ HERNÁN MOLINA ECHEVERRI, *Nuevos escenarios de vida indígena urbana: el caso de Bogotá*, en actualidad política participación en la ciudad indígenas de América investigación documentos, 106 (2007).

⁷⁰ Relatoría primer encuentro de saberes indígenas Asociación de Cabildos Indígenas de Bogotá ASCAI, (2007).

⁷¹ *Ibíd.*

⁷² Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas. Artículo 24, resolución aprobada por la Asamblea General, 13 de septiembre del 2007.

⁷³ *Ibíd.*

⁷⁴ Percepción obtenida en el trabajo de campo, entrevistas semiestructuradas aplicadas a funcionarios de la Secretaría Distrital de Salud, Secretaría de Integración Social, Ministerio de la Protección Social para la elaboración de este artículo.

información, etc.; la segregación espacial de estos grupos generalmente en localidades o sectores pobres hace que la prestación de los servicios de salud sea de menor eficiencia y calidad, o que en la mayoría de los casos no tengan ni siquiera la disponibilidad del servicio.

- *La falta de capacitación del personal de la salud para la atención de pacientes con las particularidades que pueden llegar a tener los grupos étnicos; capacitación en un intento por conciliar la medicina tradicional o propia de cada grupo con la medicina occidental, con el principal objetivo de evitar la discriminación que puede acarrear un marcado tratamiento diferencial negativo*⁷⁵, que ignore la cosmovisión de estos grupos.
- *Diferencias de cobertura.* La limitación de estos grupos para acceder a ciertas ocupaciones laborales, les imposibilita gozar de ciertos beneficios del servicio de salud o de seguridad social y de ingresos que afectan su calidad de vida, y por ende su dignidad humana. *“Las minorías suelen pertenecer a las categorías de menores ingresos y de menor especialización en el mercado de trabajo y también suelen tener indicadores de salud por debajo de la media”*⁷⁶.
- *Exposición diferencial:* la posición social del individuo dentro de ciertos contextos sociales determina sus propios patrones específicos de riesgo para la salud. Tal es el caso de las clases sociales más bajas en donde se presenta un exceso de riesgo de mala salud, asociado a una serie de enfermedades concretas y de desigualdad a todos los factores determinantes básicos de la salud, como alimentos nutritivos, sanos, agua potable, servicios básicos de saneamiento, vivienda y condiciones de vida adecuadas. Riesgos que vienen determinados por la imposibilidad de elegir la clase de trabajo, la forma de vida, por su escasa formación profesional, de antecedentes, el lugar de residencia, aspectos que generan mayor exposición a padecer lesiones de salud.

Este tipo de factores generadores de inequidad en salud no son de valoración instantánea sino la acumulación de una serie de factores en muchos casos intergeneracionales que implican un sinnúmero de riesgos para la salud⁷⁷.

2.1.1.4. La duración del problema: el problema de la salud de los grupos étnicos en Bogotá es a largo plazo, duradero, requiere la articulación de todas las entidades encargadas de garantizar y prestar el servicio de salud.

2.1.1.5. Dinámica del problema: en la definición del problema, este criterio es de suma importancia por parte del gobierno de turno, sirve de factor para determinar el

⁷⁵ Entrevista semiestructurada aplicada a John Francisco Ariza. Maestro en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia. Asesor en salud y seguridad social de la Asociación de Cabildos Indígenas de Bogotá (ASCAI) y del proceso organizativo del pueblo Prorrom.

⁷⁶ CRISTINA TORRES, op. cit., nota 66, p. 196.

⁷⁷ DIDERICHSEN FINN, EVANS TIMOTHY y WITEHEAD MARGARET. *Bases sociales de las disparidades en salud, desafío a la falta de equidad en la salud: de la ética a la acción*, nº 585, p. 24 (Publicación Científica y Técnica Washington, DC.: Fundación Rockefeller; Organización Panamericana de la Salud, 2002).

grado de responsabilidad y cumplimiento, –progresivo, inmediato– a la hora de incorporarlo en la agenda gubernamental.

Para el caso del derecho a la salud como derecho económico social y cultural, es obligación constitucional e internacional⁷⁸ del Estado colombiano velar por la realización progresiva del derecho, que exige tomar los correctivos a tiempo para evitar que el problema se torne inmanejable. Para el caso específico de los grupos étnicos, demanda la obligación del Estado de velar por la implementación de programas, proyectos, metas que contengan acciones afirmativas⁷⁹ a favor de los grupos de especial protección constitucional.

2.1.1.6. Las consecuencias del problema: dentro de los principales problemas que están afectando a los grupos étnicos, fueron identificados por Luis Eduardo Garzón para ser abordados dentro de su plan de desarrollo como política gubernamental: la exclusión, la pobreza y la indiferencia, aspecto positivo porque permite identificar una necesidad que debe atender y que va a tener impacto sobre la calidad en la salud de estos grupos, si tenemos en cuenta que de acuerdo con un estudio del Banco Mundial, la exclusión social constituye la principal causa de los bajos índices de salud de los sectores populares en América Latina y el Caribe⁸⁰.

No obstante, en atención a la complejidad de los grupos de que estamos hablando, esta problemática debió ser abordada mediante políticas diferenciales que permitieran caracterizar la situación de esta población con la del resto de grupos vulnerables y excluidos, lo cual exige acciones afirmativas que respondan a factores culturales, de cosmovisión e identidad cultural para lograr la solución del problema. Dos elementos necesarios para la formulación de políticas de salud se considera que han debido ser tenidos en cuenta, la ubicación geográfica del grupo y las instituciones que facilitan la participación social (entre estas se encuentran las ONG y las diversas comunidades religiosas y culturales)⁸¹.

Es muy certero el estudio realizado por el Banco Mundial sobre las consecuencias de la exclusión social en los bajos índices de salud de los sectores populares. En relación con la salud, cuatro causas derivadas de la exclusión se pueden identificar⁸²:

- 1) Déficit de infraestructura adecuada para la provisión de bienes y servicios de salud –hospitales, centros de salud–, y otros no directamente relacionados con el sector, pero que son determinantes en salud, como el agua potable, el alcantarillado, aseo, transporte, etc.

⁷⁸ Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales A/RES/2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966. En: <http://www.cinu.org.mx/onu/documentos/pidesc.htm>

⁷⁹ Corte Constitucional, Sentencia T-371 del 2000.

⁸⁰ <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTPOVERTY/0,,menuPK:336998~pagePK:149018~piPK:149093~theSitePK:336992,00.html>

⁸¹ CRISTINA TORRES, op. cit., nota 66.

⁸² PEDRO CORTÉS, op. cit., nota 67.

- 2) Fallas en la asignación de recursos humanos, financieros y logísticos para la salud (médicos, enfermeras, equipos, medicamentos) y factores que la afectan (acueductos, alcantarillados, basureros, etc.).
- 3) Barreras que impiden el acceso a los servicios: geográficas, económicas, culturales, étnicas.
- 4) Problemas relacionados con la calidad del servicio: calidad técnica, discriminación, mala atención, el lugar donde se realiza la atención, etc.

Una vez explicados cada uno de los seis criterios señalados como necesarios para una adecuada definición del problema: (i) la naturaleza, ii) las causas, iii) la duración, iv) la dinámica, v) los afectados y vi) las consecuencias del problema), para ser incorporados en la agenda gubernamental o plan de desarrollo, es pertinente tener en cuenta que el énfasis y el estudio que se hagan en la identificación de cada uno de estos fijarán el rumbo de la política pública. En otras palabras, un mismo tema puede ser problematizado de distintas formas, en lo cual influyen en gran medida las circunstancias particulares de su formulador, determinantes en el momento de fijar los programas, planes y estrategias de solución.

Respondidos los anteriores cuestionamientos, se puede llegar a afirmar que se ha logrado definir y categorizar adecuadamente el problema, lo cual permitirá conocer a fondo la situación, facilitando encontrar una determinada orientación que logre la solución o la posibilidad de llevar a niveles más manejables el problema.

Por último, es preciso indicar que la adecuada formulación de un problema depende del grado de información que se tenga sobre la situación, del nivel de alternativas que se hayan explorado, de la ponderación de valores en juego, de la orientación de acuerdo con los distintos puntos de vista desde los cuales puede ser abordado el problema, de la participación de los directamente afectados, entre otros, lo cual es difícil en el tema objeto de análisis por la poca información general, escasa interacción, participación y coordinación con los directamente afectados y la falta de datos estadísticos al respecto.

Si bien Garzón hizo gran énfasis en el problema social que afecta a la población vulnerable de Bogotá, no fue abordado con base en estudios de caracterización y de diferenciación de los grupos de especial protección constitucional, lo que interrumpe e impide dos cosas, de un lado una adecuada implementación de políticas públicas coherentes en su ejecución, de conformidad con el nivel de complejidad de los asuntos, y del otro, una evaluación con base en indicadores serios y verídicos de la situación actual.

Una vez definido el problema que demanda el accionar del Estado, se procede a construir la agenda gubernamental, es decir, el plan de desarrollo, pero surge la pregunta ¿cómo una situación de hecho, identificada como problema social es incorporada en la agenda? A continuación se hará una breve explicación sobre la manera como un problema puede ser incorporado en la agenda y las clases de agenda, aterrizándolo al caso concreto:

2.1.2. Construcción de la agenda

JORGE IVÁN CUERVO⁸³ expone toda una serie de fuentes a partir de las cuales un problema llega a ser parte de la agenda gubernamental y con ello a convertirse en política pública. Para el caso específico del derecho a la salud de los grupos étnicos en Bogotá, encontramos que la manera como ingresó este problema público a la agenda gubernamental, fue tomando como fuentes varios de los modelos señalados por JORGE IVÁN CUERVO:

El modelo de mediación: en este modelo son los políticos los que hacen la primera selección de los problemas que ingresan a la agenda pública. Luis Eduardo Garzón como vocero de la sociedad y luego de haber planteado en su programa de gobierno el problema de la exclusión, la indiferencia y la pobreza de los grupos vulnerables, como mediador entre la sociedad y el Estado, cumplió con la propuesta que garantizó su respaldo político, y en esa medida incluyó el tema en la agenda gubernamental de manera muy general, legitimando la selección del problema.

Modelo de movilización: se hace palpable cuando los ciudadanos se movilizan para demandar la inclusión de un problema en la agenda, a través de manifestaciones, huelgas o paros cívicos. En este estadio el modelo de mediación funcionó gracias a la presión que desde varios años habían demandado los grupos étnicos, en la lucha por lograr el reconocimiento de su derecho a la diversidad cultural y a exigir la adopción de políticas diferenciales con enfoque de equidad, se logró incluir la problemática de la exclusión y la indiferencia de estos grupos en la agenda gubernamental.

Modelo de agenda internacional: una fuente muy importante de políticas públicas. En este modelo los temas que ingresan en la agenda de los gobiernos vienen del ámbito internacional, por ejemplo, porque los Estados suscriben compromisos. Tal es el caso de los tratados en derechos humanos ratificados por Colombia que hacen parte del bloque de constitucionalidad y por ende son de obligatorio cumplimiento para los Estados.

De acuerdo con el doctrinante ANDRÉ NOE citando a PADIOLEAU, el término **agenda** se utiliza para indicar “*el conjunto de problemas percibidos que necesitan un debate público, o incluso la intervención activa de las autoridades públicas legítimas*”.

2.1.2.1. Clases de agenda:

Dentro del proceso de identificación y definición de problemas que se presentan dentro de cualquier sociedad, se pueden distinguir varios tipos de agenda:

Agenda sistémica: hace referencia a todo el conjunto de problemas que hay en la sociedad sin que estos se hayan priorizado. Por ejemplo, el programa de gobierno de Luis Eduardo Garzón.

Agenda institucional: se presenta cuando ya el sistema político ha hecho una primera selección, pero aún no ha sido transmitida al gobierno.

⁸³ JORGE IVÁN CUERVO, op. cit., nota 34, p. 157.

Agenda gubernamental: se refiere al conjunto de problemas que el gobierno decide abordar para darles un tratamiento de política pública. Por medio de las instituciones, el régimen político traduce esos temas incluidos en la agenda en políticas públicas. Una vez los problemas son incluidos en la agenda, han logrado la legitimación política y social mediante la aprobación del plan de desarrollo, podemos hablar de agenda gubernamental, – en la mayoría de los casos, en esta etapa aún no está definido y categorizado el problema–.

Un ejemplo de este tipo de agenda son los *planes de desarrollo*. En el caso concreto esta fue la agenda empleada por Luis Eduardo Garzón para la incorporación del problema, específicamente del Plan de desarrollo económico, social y de obras públicas “*Bogotá sin indiferencia, un compromiso social contra la pobreza y la exclusión*” 2004-2007.

Agenda política: es la agenda que conserva el sistema político –los partidos políticos, especialmente– y que intenta hacer parte de la agenda gubernamental. Un ejemplo claro, la *agenda legislativa* en aquellos temas que son de iniciativa de los congresistas.

Agenda estratégica o de largo plazo: permite a los gobiernos modular las necesidades de resolver los problemas cuya urgencia exige medidas a largo plazo.

De acuerdo con el análisis anteriormente reseñado, se pueden resaltar las siguientes fortalezas y debilidades del Plan de desarrollo económico, social y de obras públicas “*Bogotá sin indiferencia, un compromiso social contra la pobreza y la exclusión*” 2004-2007 particularmente en la garantía del derecho a la salud de los grupos étnicos.

2.2. FORTALEZAS

- Luis Eduardo Garzón identificó de manera global el enfoque de derechos humanos que guiaría y orientaría la política pública del Distrito. Aspecto que resulta pertinente resaltar por estar acorde con la nueva tendencia internacional de reconocimiento de los derechos sociales en el proceso de elaboración, implementación y evaluación de la política pública, en aras del cumplimiento y realización progresiva de los derechos humanos.
- El tema de la exclusión de los grupos étnicos en el reconocimiento de sus derechos económicos sociales y culturales como problemas públicos, fue abordado por parte de la autoridad gubernamental con un enfoque diferencial, lo cual permitió ordenar y proyectar la actuación del Distrito en defensa de lo público y en atención a los requerimientos de la sociedad, y a los preceptos constitucionales; aspecto positivo, si tenemos en cuenta que por lo general la política pública goza de los atributos de coherencia, integralidad, legitimidad y sostenibilidad⁸⁴, que hacen de esta serie de problemas una constante que se ha de resolver por parte de los gobiernos.
- El alcalde Luis Eduardo Garzón le planteó a la ciudad poner en primer lugar de la agenda pública la lucha contra la pobreza y la exclusión, lo que evidenció la prioridad de abordar el problema de la precaria situación de los grupos étnicos en el Distrito.

⁸⁴ JORGE IVÁN CUERVO, Las políticas públicas: entre los modelos teóricos y la práctica gubernamental. Una revisión a los presupuestos teóricos de las políticas públicas en función de su aplicación a la gestión pública colombiana en: *Ensayos sobre políticas públicas*, pp. 66-95, 83 (JORGE IVÁN CUERVO, Ed., Universidad Externado de Colombia, Bogotá, 2007).

- Se contó con la participación de los grupos étnicos, en la construcción del proyecto del plan de desarrollo *Bogotá sin indiferencia* que se presentó al Concejo para su aprobación, en cumplimiento de los principios constitucionales señalados en el artículo 1 y 7 de la Constitución Política, lo cual permitió identificar las principales necesidades de los ciudadanos de manera global.
- Es importante resaltar el énfasis de la política del gobierno distrital en considerar los componentes del derecho a la salud, una alimentación sana y suficiente, la vivienda y hábitat saludables, el acceso a bienes y servicios de salud como derechos, al igual que el considerar a la salud como un derecho fundamental exigible y demandable por parte de los ciudadanos al Estado social y democrático de derecho y no como un factor asistencial.
- Fue importante el enfoque de etnias⁸⁵ que se comenzó a implementar en las acciones gubernamentales en la política de Garzón, en un intento por lograr la inclusión de estos grupos, respetando su cosmovisión, diferencias sociales y culturales.
- El plan se fundamenta en “*la construcción de las condiciones para el ejercicio efectivo, progresivo y sostenible de los derechos humanos integrales, establecidos en el pacto constitucional y en los convenios e instrumentos internacionales con énfasis en la búsqueda de la pronta efectividad de los niveles básicos de tales derechos*”⁸⁶. Tiene en cuenta los convenios y tratados internacionales de derechos humanos, los cuales sirven de marco general y vinculante a las políticas gubernamentales.
- Resulta favorable el reconocimiento de los grupos excluidos como sujetos colectivos titulares de derechos que obligan al Estado, no con una visión asistencialista a favor de las personas o grupos vulnerables, por el contrario, dotando a los sectores pobres o excluidos del poder, con derecho a demandar o exigir determinadas prestaciones y conductas.
- Es un gran avance que se haya incorporado dentro de la política gubernamental contenida en el plan de acción del Distrito el reconocimiento de la progresividad, diversidad, equidad y la inclusión en la garantía de los derechos humanos como principios y objetivos generales del plan. Abordándose el problema mediante políticas locales en busca de una reintegración y reivindicación de estos grupos a una sociedad tan compleja.

2.3. DEBILIDADES

- Si bien antes de la construcción de la agenda se identificó el problema de la deficiente situación del derecho a la salud de los grupos étnicos en Bogotá, cuando Luis Eduardo Garzón y la administración distrital decidieron abordar el problema de la salud de los grupos vulnerables, lo hicieron de manera muy abstracta, señalando criterios como la vulnerabilidad, la pobreza, la exclusión, la indiferencia, incorporados a la agenda gubernamental de modo tangencial, sin que se hubiese definido y caracterizado a fondo la naturaleza del problema, impidiendo a la ciudadanía la exigibilidad de la política en construcción, de acuerdo con enfoques diferenciales.

⁸⁵ YOLANDA D´ELIA, op. cit., nota 62, p. 30.

⁸⁶ Acuerdo 119, *Bogotá sin indiferencia un compromiso social contra la pobreza y la exclusión*, de junio 3 del 2004.

- El derecho a la salud de los grupos étnicos debe variar el enfoque no en atención a criterios como la pobreza y la exclusión, sino a principios de mayor relevancia como el de equidad, que permitan la caracterización de estos grupos y el respeto por la diversidad e identidad cultural, en consonancia con el desarrollo de principios como el de progresividad⁸⁷ en la realización de los derechos humanos⁸⁸, de gran importancia en el ámbito internacional y constitucional.
- El derecho de los grupos étnicos al reconocimiento, garantía y respeto de sus derechos humanos no puede seguir siendo abordado de manera sectorial sino integral, de tal manera que irradie no solo uno o dos proyectos de la política distrital, sino la totalidad de los programas, metas y proyectos del plan de desarrollo. El plan de desarrollo de Luis Eduardo Garzón fue un avance significativo, pero falta un gran camino por recorrer en el reconocimiento de estos derechos.
- Las dificultades de grupos tan diversos como las minorías étnicas, como poblaciones excluidas y vulnerables, demandan el reconocimiento y garantía de estos grupos a un *derecho a los derechos de los grupos étnicos*, una política pública de salud étnica y culturalmente constituida, que evite la tendencia a homogeneizar la satisfacción de los derechos, en busca de lograr el reconocimiento a sus culturas que permitirá una redefinición de estos, con el Estado y la sociedad civil⁸⁹.

“La tensión entre lo textual y aquello que lo sustenta, entre la representación y su fundamento, entre significados y prácticas, entre narrativas y actores sociales, entre discurso y poder, nunca podrá ser resuelto en el ámbito de la teoría. Los avances en la teoría del discurso y la representación han proporcionado herramientas para relatos más pertinentes de la constitución mutua, del hecho, de la inseparabilidad de significados y prácticas”⁹⁰.

⁸⁷ <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=55509914>

⁸⁸ Constitución Política: Artículo 64. Es deber del Estado promover el acceso progresivo a la propiedad de la tierra de los trabajadores agrarios, en forma individual o asociativa, y a los servicios de educación, salud, vivienda, seguridad social, recreación, crédito, comunicaciones, comercialización de los productos, asistencia técnica y empresarial, con el fin de mejorar el ingreso y calidad de vida de los campesinos.

⁸⁹ BRESSER; CUNILLA Y OTROS, *Política y gestión pública*. Fondo de Cultura Económica. CLAD. Caracas Venezuela p. 13, 2005.

⁹⁰ NILA LEAL GONZÁLEZ, *Ciudadanía activa: la construcción del nuevo sujeto indígena*, 22 *Opción*, n° 49, pp. 9-24 (2006).

3. CAPITULO III

LA IMPLEMENTACIÓN DE BUENAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD DISTRITALES.

Dentro de la estructura de los Gobiernos Latinoamericanos es fundamental la responsabilidad que tiene el poder ejecutivo en la implementación del derecho, principalmente después de la promulgación de alguna ley o ratificación de un tratado. Desde la perspectiva del análisis de las políticas públicas esta etapa es fundamental, es el momento en que el discurso deja de ser teoría para transformarse en realidad, en hechos concretos, es la determinante definitiva del resultado⁹¹ se generan actos y efectos a partir de un marco normativo de intenciones, de textos o de discursos.

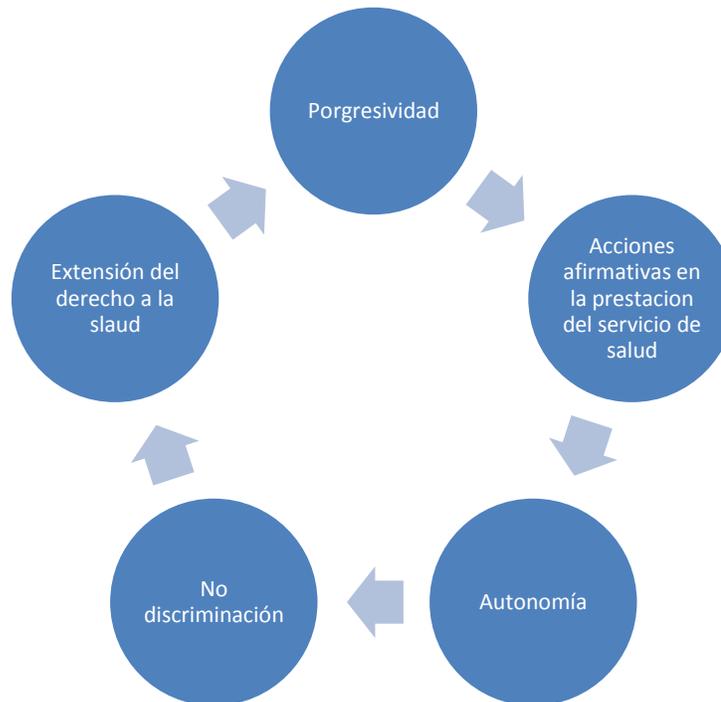
En relación con el derecho a la salud de los grupos étnicos residentes en Bogotá, tenemos un marco normativo fuerte, partiendo de la Constitución Política y el Bloque de Constitucionalidad, hasta llegar a las leyes, los decretos, programas y planes de desarrollo, en el sentido de favorecer la materialización de este derecho, con ciertos desfases como la ley 100 de 1993, que omitió regular el tema del sistema de seguridad en salud para grupos étnicos. La Constitución Política dentro de los fines esenciales del Estado, reconoce y protege la diversidad étnica y cultural de la nación, así mismo le impone el deber de promover las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva, de adoptar medidas a favor de grupos discriminados o marginados⁹². Concretándose a nivel nacional mediante la elaboración de leyes, suscripción de tratados y convenios internacionales, y territorialmente a través de planes y proyectos de acciones afirmativas. El Estado Colombiano en desarrollo de la Constitución Política suscribió el Tratado 169 de 1989 de la OIT, ratificado por la Ley 21 de 1991, en el cual asumió el compromiso de i) modificar la legislación para aplicar la diferenciación y afirmación positiva a las comunidades indígenas y tribales, promover la plena efectividad de los DESC, ii) el respeto a la identidad social y cultural, y a las tradiciones de estos grupos, iii) Como objetivo prioritario el deber de que en los planes de desarrollo económico global de las regiones donde habitan, se propenda por el mejoramiento de las condiciones de vida, de trabajo y del nivel de salud y educación de estos pueblos, con su participación y cooperación, iv) establece la obligación de los Estados de disponer de los recursos necesarios para la realización de la diferenciación positiva a favor de las comunidades negras y los pueblos indígenas

⁹¹ ANDRÉ-NOEL ROTH, Enfoques y teorías para el análisis de las políticas públicas, cambio de la acción pública y transformación del Estado, en: *Ensayos sobre políticas públicas*, pp. 27-63 pág. 107 (André-Noel Roth, Ed., Universidad Externado de Colombia, Bogotá, 2007).

⁹² Constitución Política de 1991, art 13. El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta.

3.1.El Convenio 169 de la OIT y la Jurisprudencia Constitucional:

Específicamente en relación con el derecho a la salud, el convenio 169 de la OIT, dispone dentro de muchos de los principios a favor de los grupos indígenas y triviales:



En este mismo sentido vía jurisprudencial, la Corte Constitucional, mediante sentencias de inconstitucionalidad y de Tutela, se ha venido pronunciando en algunos casos por el respeto a estos principios, en el primer caso mediante la interpretación de la ley y su alcance normativo y en el segundo caso ordenado la aplicación de la ley para lograr la materialización del derecho por parte de las autoridades competentes. En este sentido, se pueden mencionar las siguientes sentencias relacionadas con el tema:

- Sentencia C- 169 de 2001M.P. Carlos Gaviria Diaz: identifica cuales son los grupos⁹³ a los que se aplica el convenio 169 de la OIT o ley 21 de 1991. Para

⁹³ SU 510 de 1998. Corte Constitucional. sus miembros (i) tienen un vínculo comunitario establecido desde el nacimiento y que, salvo su libre abandono o renuncia, termina con la muerte, (ii) tienen una relación con su comunidad que no se limita a determinados aspectos puntuales y específicos, sino que cubre un "entero plexo de interacciones en cuanto que se hace partícipe en una forma definida de vida". Para la Sala, estas condiciones que en principio hacen referencia a las minorías indígenas, resultan aplicables a la generalidad de comunidades diversas, por lo que tales condiciones de pertenencia cobran la calidad de requisitos para el reconocimiento de la autodeterminación de la minoría diferenciada y la posterior adscripción de derechos también diferentes de los que son titulares los demás colombianos.

esto identifica un elemento objetivo y un elemento subjetivo.



“(...)resulta más apropiado interpretar el término "tribal" en el sentido amplio en que lo han hecho entidades multilaterales como el Banco Mundial, el cual, en su Directiva Operacional No. 4.20 de Septiembre de 1.991, sobre políticas institucionales respecto de proyectos que afecten a los pueblos indígenas, especificó que los términos "pueblos indígenas", "minorías étnicas indígenas" y "grupos tribales" se refieren, en general, a grupos sociales que comparten una identidad cultural distinta a la de la sociedad dominante.

Es así como, en síntesis, la norma internacional en comento hace referencia a dos requisitos que deben concurrir a la hora de establecer quiénes se pueden considerar como sus beneficiarios: (i) Un elemento "objetivo", a saber, la existencia de rasgos culturales y sociales compartidos por los miembros del grupo, que les diferencien de los demás sectores sociales, y (ii) un elemento "subjetivo", esto es, la existencia de una identidad grupal que lleve a los individuos a asumirse como miembros de la colectividad en cuestión.

El convenio 169 de la OIT, representa el marco general en el reconocimiento de los derechos de los grupos étnicos.

Sentencia C - 377 de 1994 M.P. Jorge Arango Mejía. Se admitieron las actividades de los curanderos indígenas, no se rechaza la medicina alternativa que ellos proponen, luego hay que ponderar en cada caso particular la autonomía y la protección a la diversidad étnica y cultural. De conformidad con el derecho a la autonomía de los grupos étnicos, en el reconocimiento del carácter pluriétnico de nuestra sociedad. La Constitución Política de 1991 protege las prácticas ancestrales de los médicos tradicionales, chamanes o curanderos, y le asigna al Estado la obligación de reconocer y proteger la diversidad étnica y cultural.

Sobre los títulos de idoneidad para el ejercicio de las profesiones. “Todo lo dicho no implica que en algunos grupos especiales, tales como las tribus indígenas, no puedan existir brujos, chamanes o curanderos que se dediquen a su oficio según sus prácticas ancestrales. Su actividad está protegida por el artículo 7o. de la Constitución, que asigna al Estado la obligación de reconocer y proteger la diversidad étnica y cultural. Es claro que la norma demandada no se refiere a este tipo de prácticas, sino a la medicina y la cirugía.”

Sentencia C-282/95, La Corte Constitucional consideró que es indudable la radicación del derecho a la salud en cabeza de las comunidades indígenas

Sentencia C-864 de 2008 demanda de inconstitucionalidad contra los artículos 1 a 30 de la Ley 691 de 2001, mediante la cual se reglamenta la participación de los Grupos Étnicos en el sistema General de Seguridad Social en Colombia, por excluir a las comunidades afro descendientes, afro colombianas o negras (incluidas las palanqueras y las raizales) y a sus miembros, de los beneficios especiales de acceso y participación en el sistema general de salud que se conceden en dicha ley a los pueblos indígenas y a sus integrantes.

En efecto, al detenerse a estudiar la posibilidad de aplicación de la Ley 691 de 2001 a los grupos étnicos no indígenas, la Corte ha concluido que ello no es posible, pues dicha Ley ha sido concebida atendiendo a la situación concreta de la cultura indígena, proveniente de unos particulares rasgos culturales que la Constitución busca proteger, y de su especial situación jurídica, ésta última derivada de las normas superiores relativas a la participación de los resguardos en los ingresos de la Nación destinados a atender los servicios de salud. Esta misma situación fáctico – jurídica constitucionalmente relevante no se presenta en el caso de otros grupos étnicos, por lo cual la no extensión de los beneficios de la Ley 691 de 2001 a dichos grupos tiene un principio de razón suficiente, sin perjuicio del deber que le compete a legislador, y que hasta ahora ha incumplido, de proferir otra ley que regule concretamente y de manera adecuada el derecho de acceso y participación de los demás grupos étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Es más, la Corte ha visto que la extensión de la Ley 691 de 2001 a todos los grupos étnicos no indígenas generaría una inadecuación de la medida legislativa respecto de ellos.....imposibilidad de financiar en condiciones de igualdad los servicios de salud especiales que requieran estos pueblos y sus integrantes, pues el diseño legal previsto en la Ley 691 de 2001 para el cubrimiento del costo del Sistema de Salud Especial Indígena no se adecua a cualquier grupo étnico, sino únicamente a los asentados en “resguardos”.

No obstante, en la medida en que la Corte ha encontrado que el legislador, hasta ahora, no ha producido una ley que permita ejercer el derecho constitucional de las comunidades étno culturales no indígenas a gozar de un sistema de salud especial, y que al respecto existe una omisión legislativa de carácter absoluto, en la parte resolutive de esta providencia exhortará al Congreso Nacional para que, en cumplimiento de las obligaciones internacionales del Estado, provenientes de lo dispuesto en los artículos 1° y 25 del Convenio 169 de la OIT, regule para dichas comunidades servicios de salud adecuados, en lo posible organizados y prestados a nivel comunitario bajo su propia responsabilidad y control, que tengan en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.

Frente a este pronunciamiento cabría preguntarse, ¿que pasa entonces con los grupos indígenas urbanos que no están radicados en un resguardo indígena sino en la urbe? ¿Es la pertenencia a un territorio específico, resguardo indígena, lo que determina la naturaleza de un pueblo como grupo étnico? ¿Es la fuente de financiación del sector salud la causa de esta discriminación? ¿Dónde queda el derecho a la igualdad material?. No es del todo correcta esta interpretación.

Sentencia T-214/97. No se trata de dar una determinada medicina sino de colaborar para el ejercicio concreto del derecho a la autonomía y al derecho a la protección como minoría racial y cultural, lo cual subyace en la presente tutela.

“se protegen las actividades de los "curanderos" indígenas, de lo cual se deduce que no se rechaza la medicina alternativa que ellos proponen, luego hay que ponderar en cada caso particular la autonomía y la protección a la diversidad étnica y cultural, especialmente si el recluso no pide que se le dé medicina vernácula, sino que se le facilite recibir esa medicina que el Estado no le va a dar, porque ya no se trata de dar una determinada medicina sino de colaborar para el ejercicio concreto del derecho a la autonomía y al derecho a la protección como minoría racial y cultural. Pero, la omisión en la aceptación de ser de una de minoría y de acogimiento a la medicina vernácula, no implica una violación al derecho a la vida porque se le ha ofrecido por parte del Estado la medicina científica lo cual significa también que la afectación al derecho a la salud no proviene del Estado”.

Sentencias T-342 de 1994, T-007 de 1995, T-652 de 1998. El derecho a la protección en salud a comunidades en situación de debilidad manifiesta. Derecho a la igualdad material de las comunidades indígenas.

Sentencia SU-037 de 1997 y T-652 de 1998. El derecho a la participación en la toma de decisiones que puedan afectar a las comunidades indígenas en sus territorios⁹⁴.



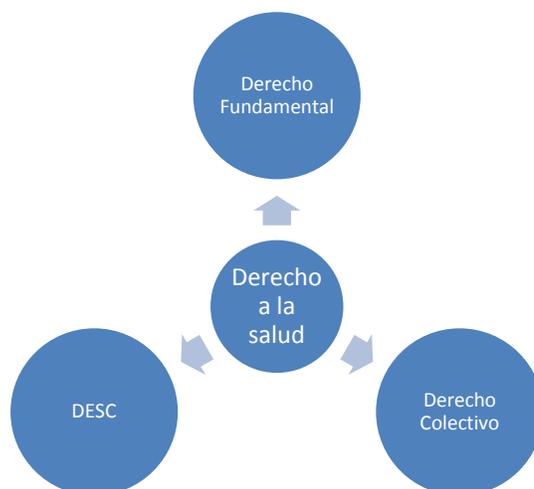
Con la constitución de 1991 y la especial protección que esta otorga a los derechos de las comunidades étnicas, el desarrollo de estos grupos se ha orientado por el ejercicio de los derechos de auto determinación, auto administración y proyección o plan de vida (para el caso de los indígenas), que permite considerar sus normas, leyes, su territorio, la salud, educación, el saneamiento básico, la protección de los recursos naturales desde su cosmovisión como grupo, que garantiza el respeto por la diversidad, las expresiones multiculturales, un primer paso, el respeto al derecho fundamental a la consulta previa, como *espacio real y efectivo en el que los miembros y las comunidades indígenas, afrocolombianas, raizales y rom (gitanos), hagan parte en forma prevalente y permanente*

⁹⁴ Constitución Política de 1991. Art 330 y Ley 21 de 1991. Artículo 15.

de la adopción, ejecución y evaluación de planes y programas en que estos tengan interés”⁹⁵.

3.2. El derecho a la salud dentro de las tres categorías de Derechos Humanos

En este orden de ideas jurisprudencialmente se ha venido protegiendo y fortaleciendo el respeto del derecho a la salud de los grupos étnicos, desde tres perspectivas:



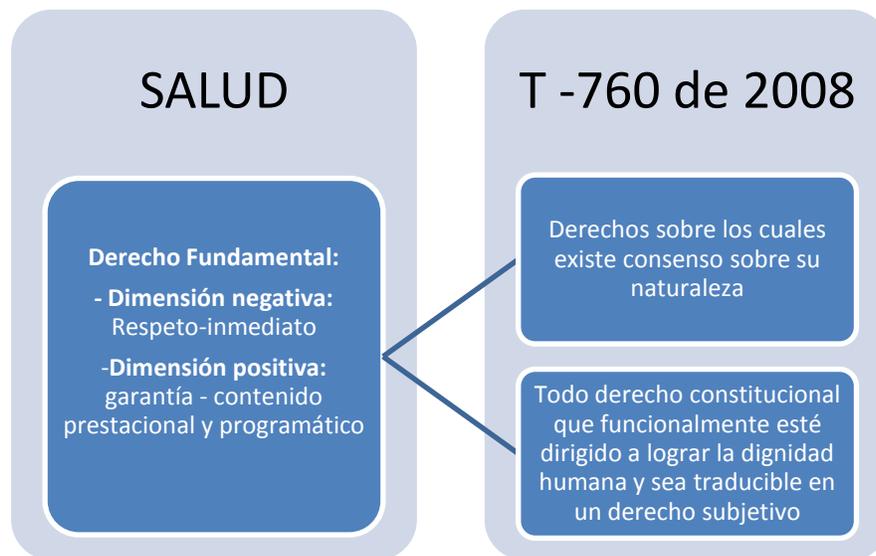
3.2.1. Derecho a la salud como derecho fundamental⁹⁶, *el derecho a la salud es autónomamente, un derecho fundamental, en esa medida, la garantía de protección debe partir de las políticas estatales, de conformidad con la disponibilidad de los recursos destinados a su cobertura.*⁹⁷ Así las cosas, el Estado además de abstenerse de realizar actividades tendientes a impedir la garantía y realización del derecho a la salud, *-deber de respetar-*, debe diseñar e implementar políticas para la satisfacción del derecho⁹⁸ *-deber de garantía y protección-*.

⁹⁵ www.viva.org.co Caja de herramientas – Mural Minorías étnicas y el Plan de Desarrollo No 089 Bogotá, 03 – 2003 Lic de Ministerio de Gobierno No 1082 ISSN 01222759

⁹⁶ Sentencia T – 760 de 2008, Corte Constitucional, M.P. Manuel José Cepeda.

⁹⁷ Sentencia C-811 de 2007, Corte Constitucional, M.P. Marco Gerardo Monroy Cabra; SV Jaime Araujo Rentería, Nilson Pinilla Pinilla; AV Catalina Botero Marino.

⁹⁸ Sentencia C-811 de 2007, Corte Constitucional, M.P. Marco Gerardo Monroy Cabra; SV Jaime Araujo Rentería, Nilson Pinilla Pinilla; AV Catalina Botero Marino.



El derecho a la salud es un derecho que está intrínsecamente relacionado con el derecho a la vida⁹⁹, que para el caso de los grupos étnicos debe entenderse en consonancia con el artículo 7 de la Constitución Política, que dispone la obligación que tiene el Estado de respetar la diversidad étnica y cultural y el deber de proteger la autonomía y la diversidad.

El Convenio 169 de la OIT, sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes, dispone que los regímenes de seguridad social deberán extenderse progresivamente a los pueblos interesados y aplicárseles sin discriminación alguna (artículo 24), (...) Agrega el Convenio que los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario, y que deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados teniendo en cuenta “sus condiciones económicas, geográficas,

⁹⁹ De manera clara y categórica, la Observación General N°14 (2000) establece que **‘la salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos’**. Al respecto, el Comité insiste en la indivisibilidad e interdependencia del derecho a la salud en tanto está ‘estrechamente vinculado con el ejercicio de otros derechos humanos y depende de esos derechos’, refiriéndose de forma específica al ‘derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación’. Para el Comité, ‘esos y otros derechos y libertades abordan los componentes integrales del derecho a la salud’.⁹⁹

El Comité advierte que ‘todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente’, y resalta que se trata de un derecho ampliamente reconocido por los tratados y declaraciones internacionales y regionales, sobre derechos humanos. Observa el Comité que el concepto del ‘*más alto nivel posible de salud*’ contemplado por el PIDESC (1966), tiene en cuenta tanto las condiciones biológicas y socioeconómicas esenciales de la persona como los recursos con que cuenta el Estado, en tal sentido es claro que éste no está obligado a garantizar que toda persona goce, en efecto, de ‘buena salud’, sino a garantizar “toda una gama de facilidades, bienes y servicios” que aseguren el *más alto nivel posible de salud*. En tal sentido, considera que ‘el derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud’; entre ellos ‘la alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y sanas y un medio ambiente sano.’(negrilla fuera de texto)

sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales” (art. 25.2.).

Se ha reconocido no solo que el derecho a la salud es fundamental, también, todos los criterios de definición en relación con el derecho son fundamentales, la jurisprudencia constitucional ha señalado que el acceso y la prestación a un servicio de salud que se requiera, contemplado en los planes obligatorios, es derecho fundamental autónomo.¹⁰⁰ Aspecto importante para el caso de los grupos étnicos y la necesidad de incluir algunos de los procedimientos o medicamentos propios de la medicina tradicional para la garantía integral del derecho, en cumplimiento del convenio 169 de la OIT, la ley 691 de 2001, la observación general No 14 Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales.¹⁰¹

Muy relacionado con el derecho a la salud de los grupos étnicos esta el derecho a la participación¹⁰² y a la autodeterminación plena en las medias administrativas y legislativas que los afecten, como derecho político en cuestiones relacionadas con asuntos locales relacionadas con su bienestar físico, calidad de vida, salud, junto con el derecho que tienen a promover, desarrollar y mantener sus estructuras institucionales, las decisiones que se tomen deben ser consultadas¹⁰³. *Consulta previa.*

3.2.2. Derecho a la salud como DESC: se concibe como derecho prestacional y derecho social esencial, que genera principalmente obligaciones positivas por parte del Estado¹⁰⁴, determinadas por la Constitución Política y el Bloque de Constitucionalidad¹⁰⁵, que imponen al Estado el deber de respetar, proteger y garantizar la materialización de este derecho.

El Art 49 de la Constitución Política establece:

¹⁰⁰ Sentencia T – 859 de 2003, Corte Constitucional. M.P. Eduardo Montealegre Lynett. Se dice al respecto: “Así las cosas, puede sostenerse que tiene *naturaleza de derecho fundamental*, de manera autónoma, el derecho a recibir la atención de salud definidas en el Plan Básico de Salud, el Plan Obligatorio de Salud y el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado –Ley 100 de 1993 y sus normas complementarias -, así como respecto de los elementos derivados de las obligaciones básicas definidas en la Observación General N°14.

¹⁰¹ **Artículo 21. De los criterios de aplicación.** Los planes y programas de servicios de salud aplicables a los Pueblos Indígenas, tendrán en consideración el saber y las prácticas indígenas, basados en los criterios del pluralismo médico, complementariedad terapéutica e interculturalidad. De esta manera, las acciones en salud deberán respetar los contextos socioculturales particularidades y por tanto, incluirán actividades y procedimientos de medicina tradicional indígena, en procura del fortalecimiento de la integridad cultural de los Pueblos Indígenas.

¹⁰² Sentencia C-230 de 2008. Corte Constitucional. M.P. Humberto Antonio Sierra Porto.

¹⁰³ Sentencias T-188 de 1993. Corte Constitucional. M.P. Eduardo Cifuentes Muñoz, T- 342 de 1994. Corte Constitucional. M.P. Antonio Barrera Carbonell, SU – 039 de 1997. Corte Constitucional. M.P. Carlos Gaviria Díaz.

¹⁰⁴ JOSE MARTÍNEZ DE PINSÓN. *El derecho a la salud: un derecho social esencial.* 14. *Revista. Derechos y libertades*, época ii, pág. 120 – 150 (2006).

¹⁰⁵ Declaración de los Derechos humanos, art 22derecho a la seguridad social, art 25; derecho a un nivel de vida suficiente para garantizar su salud; PIDESC art12, Derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental; establece las medidas que los estados deben adoptar para la plena efectividad del derecho.

La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.

De conformidad con la Ley 100 de 1993, El Sistema General de Seguridad Social en Salud, en su conjunto, es un servicio público esencial¹⁰⁶, un ‘servicio público obligatorio, cuya dirección, coordinación y control están a cargo del Estado’¹⁰⁷, correspondiéndole la obligación de crear las reglas necesarias para que las diferentes entidades e instituciones del sector de la salud puedan garantizar efectivamente la prestación de los servicios que sean requeridos por las personas dentro del Sistema de Salud.

El derecho a la salud, tal y como se ha configurado en el Estado Social, es uno de los derechos prestacionales por excelencia, por su naturaleza, permite que su titular exija al Estado el cumplimiento de una prestación, con el objetivo de lograr unas mínimas condiciones de vida iguales para todos¹⁰⁸ que le garanticen una vida digna, o en términos del bloque de constitucionalidad, el derecho al *nivel más alto de salud posible* dentro de cada Estado, el cual se alcanza de manera progresiva.

No obstante la garantía y protección de este derecho, no puede entenderse de manera unívoca y absoluta, así lo ha venido reconociendo la jurisprudencia.

En un estado social y democrático de derecho que se reconoce a sí mismo como pluriétnico y multicultural, la noción constitucional de salud es sensible a las

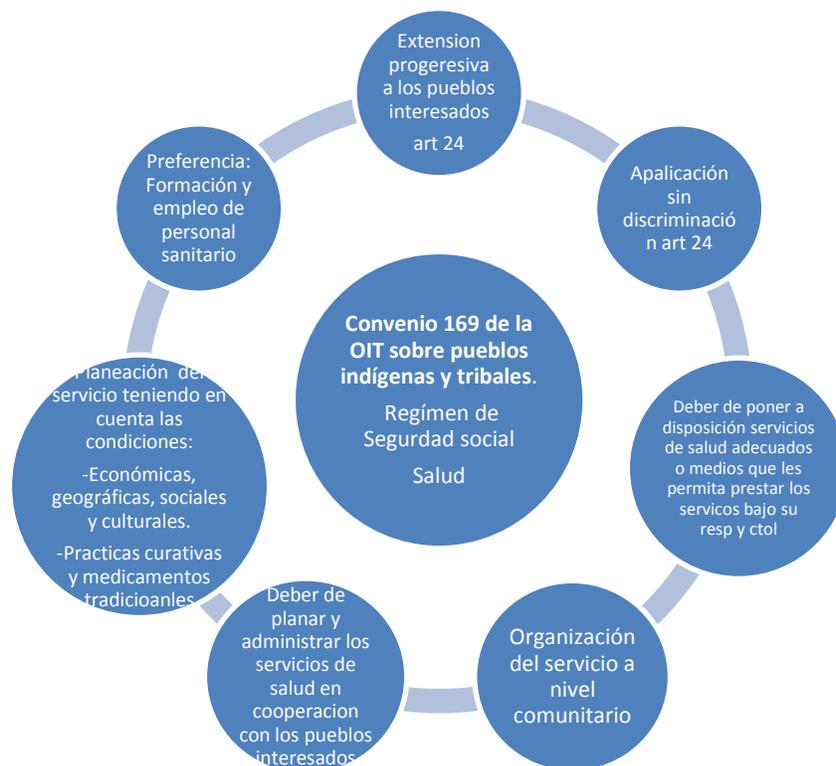
¹⁰⁶ Ley 100 de 1993. Artículo 4° – Del Servicio Público de Seguridad Social. *La Seguridad Social es un servicio público obligatorio, cuya dirección, coordinación y control están a cargo del Estado y que será prestado por las entidades públicas o privadas en los términos y condiciones establecidos en la presente Ley. // Este servicio público es esencial en lo relacionado con el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Con respecto al Sistema General de Pensiones es esencial sólo en aquellas actividades directamente vinculadas con el reconocimiento y pago de las pensiones.*

¹⁰⁷ Ley 715 de 2001. Sistema General de Participaciones (SGP).

¹⁰⁸ L. PRIETO SANCHIS, *Escritos sobre derechos fundamentales*, Debate, Madrid, 1990, p.188.

*diferencias tanto sociales como ambientales que existan entre los diferentes grupos de personas que viven en Colombia.*¹⁰⁹

En este orden de ideas, en atención a los principios constitucionales y al bloque de constitucionalidad es obligación del Estado en la prestación y garantía del derecho a la salud, observar los postulados del convenio 169 de la OIT, sobre la prestación del servicio de salud a los grupos indígenas y pueblos tribales:



En consonancia con este instrumento internacional, el Congreso expidió la Ley 691 de 2001 por medio de la cual se reglamenta la participación de los grupos étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud con el objeto de *“proteger de manera efectiva los derechos a la salud de los pueblos indígenas, garantizando su integridad cultural de tal manera que se asegure su permanencia e integridad”*, estableciendo que para la interpretación y aplicación de la ley se debe tener en cuenta, particularmente, el principio de la diversidad étnica y cultural en virtud del cual *“el sistema practicará la observancia y*

¹⁰⁹En Sentencia T-379 de 2003. Corte Constitucional. M.P. Clara Inés Vargas Hernández, por ejemplo, la Corte decidió entre otras cosas que *“el derecho de las comunidades indígenas a escoger en forma libre e independiente la institución que administrará los recursos del régimen subsidiado de salud, del cual son destinatarios, es trasunto de su autonomía y tiene por finalidad conservar su integridad y unidad socio-cultural”*.

el respeto a su estilo de vida y tomará en consideración sus especificidades culturales y ambientales que les permitan un desarrollo armónico a los pueblos indígenas” (art.3°).”

El más amplio desarrollo acerca del derecho a la salud, su alcance y significado, lo ha realizado el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en la *Observación General N°14 (2000)* acerca ‘*el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*’.

Que le permita vivir dignamente’,¹¹⁰ tiene en cuenta tanto las condiciones biológicas y socioeconómicas esenciales de la persona como los recursos con que cuenta el Estado, en tal sentido es claro que éste no está obligado a garantizar que toda persona goce, en efecto, de ‘buena salud’, sino a garantizar “toda una gama de facilidades, bienes y servicios” que aseguren el *más alto nivel posible de salud*.¹¹¹ En tal sentido, considera que ‘el derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud’; entre ellos ‘la alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y sanas y un medio ambiente sano.’¹¹²

A través de los derechos sociales se obliga al Estado a actuar en favor de la protección y la asistencia social de los ciudadanos como derecho social. La salud es un derecho de igualdad, su objetivo es el logro de unas mínimas condiciones de vida iguales para todos, en su sentido material.

Como derecho social, el derecho a la salud, obliga a los estados a actuar a favor de la protección y de la asistencia social de los ciudadanos¹¹³, especialmente de los grupos vulnerables y excluidos. En consecuencia, el Estado para cumplir esta exigencia debe planificar y organizar la inversión en servicios sociales, gasto que en nuestro país Constitucionalmente tiene especial protección, porque está orientado a garantizar el bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida, lo cual está en consonancia con las finalidades sociales del Estado, como Estado Social de Derecho¹¹⁴.

En los planes y presupuestos tanto de la nación como de las entidades territorial, por mandato constitucional y legal se agrupan partidas, de inversión social, cuyo objeto es la

¹¹⁰ El Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales, Artículo 12, contempla ‘*el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*’.

¹¹² *Observación General N° 14 (2000)* ‘El derecho del más alto nivel posible de salud’.

¹¹³ JOSE MARTÍNEZ DE PISÓN. *El derecho a la salud: un derecho social esencial*. 14. *Revista. Derechos y libertades*, época ii, pág. 120 – 150 (2006).

¹¹⁴ MANUEL ALBERTO RESTREPO MEDINA. *Estudio de caso sobre la inversión social en Bogotá*. 8 *Revista Estudios socio jurídicos*, págs. 103 - 125. Pág. 105. (2006)

solución de las necesidades básicas insatisfechas de salud, educación, agua potable, saneamiento ambiental, vivienda y las tendientes al bienestar general y al mejoramiento de la calidad de vida de la población, programados tanto en funcionamiento como en inversión, las cuales, de conformidad con la Constitución, tiene prioridad sobre cualquier otra asignación¹¹⁵.

3.2.3. Derecho a la salud como derecho colectivo: El artículo 88 de la Constitución Política, señala dentro del listado de derecho colectivos el derecho a la salubridad pública, que se define como:

“El Conjunto de condiciones básicas que rodean al hombre, que circundan su vida como miembro de la comunidad y que le permiten su supervivencia biológica e individual, además de su desempeño normal y desarrollo integral en el medio social. Es por eso que tales derechos deben entenderse como fundamentales para la supervivencia de la especie humana”¹¹⁶.

Como sujetos colectivos los grupos étnicos tienen derecho al disfrute pleno y efectivo de todos los derechos humanos y libertades fundamentales reconocidos por la Carta de las Naciones Unidas, la Declaración Universal de Derechos Humanos y el derecho internacional relativo a los derechos humanos¹¹⁷.

Teniendo en cuenta los procesos de homogenización cultural y aniquilamiento tanto físico como cultural que estos pueblos padecen, la protección es mucho más fuerte. El derecho a la autodeterminación de estos pueblos como condición necesaria para garantizar la dignidad implica reconocer y proteger el derecho a las propias medicinas y prácticas de salud tradicional, incluyendo el derecho a la protección de plantas, animales, y de minerales de interés vital desde el punto de vista médico.

Se trata pues de defender la vida pero también una cierta calidad de vida. En el término "dignidad", predicado de lo "humano", esté encerrada una calidad de vida, que es un criterio cualitativo. Luego para la Carta no basta que la persona exista; es necesario aún que exista en un marco de condiciones materiales y espirituales que permita vivir con dignidad.”¹¹⁸

Si bien en sus inicio se concibió una manera de categorizar y clasificar los derechos humanos, según su origen o supuesto grado de importancia, en la actualidad el mensaje de los organismos de las Naciones Unidas en materia de derechos humanos es siempre el mismo: que las diferentes categorías de derechos son indivisibles e interdependientes,

¹¹⁵ Art 350. Constitución Política de 1991.

¹¹⁶ Sentencia T – 171 de 1994. Corte Constitucional. M.P. José Gregorio Hernández Galindo.

¹¹⁷ Convenio 169 de la OIT, art 1.

¹¹⁸ Sentencia T – 214 de 1997. Corte Constitucional. M.P. Alejandro Martínez Caballero.

de manera clara y categórica, la Observación General N°14 (2000) establece que ‘*la salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos*’. Al respecto, el Comité insiste en la indivisibilidad e interdependencia del derecho a la salud en tanto está ‘estrechamente vinculado con el ejercicio de otros derechos humanos y depende de esos derechos’, refiriéndose de forma específica al ‘derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación’. Para el Comité, ‘esos y otros derechos y libertades abordan los componentes integrales del derecho a la salud’.¹¹⁹

3.3.El Derecho a la salud de los grupos étnicos en Bogotá. Implementación

América Latina, Colombia, y particularmente Bogotá, ha sido un referente en el reconocimiento jurídico de derechos para los grupos étnicos en zonas urbanas, especialmente para algunos cabildos indígenas, las negritudes, y en los últimos años los pueblos ROM. Frente a sus condiciones de vulnerabilidad, el gobierno de Luis Eduardo Garzón impulso primero con la población afro bogotana y más recientemente con la población indígena de la ciudad, analizar la cosmovisión de la salud como un elemento indispensable para la formulación de políticas públicas de protección social y salud, reconociendo el derecho de autonomía, identidad, diversidad cultural, el reconocimiento de la medicina tradicional en un intento de articulación al sistema Nacional de salud¹²⁰.

Lo anterior dentro del concepto, *ciudad más humana*, que concibe el desarrollo dentro de la plena vigencia de los Derechos Humanos desde una perspectiva integral, que busca: i) generar capital productivo en lo económico, ii) inclusión en lo social, y iii) participación en lo político, garantizando los mínimos vitales de la sociedad en la atención de necesidades básicas¹²¹.

Así las cosas, si bien existió un loable interés, se ha venido adelantando sectorialmente y no armónicamente, generando que en el proceso de implementación, existan desde Políticas asistencialistas de inclusión, hasta programas productivos segmentados y escenarios de

¹¹⁹ *Observación General* N° 14 (2000) ‘El derecho del más alto nivel posible de salud’.

¹²⁰ Documento de la Secretaría Distrital de Salud, Hospital de Usme Nivel I ESE, Cabildo Indígena Ambiká Pijao – Bogotá. “Medicina Tradicional Pijao” Chiri Chajuá (Frío- calor)

¹²¹ Decreto 151 de 2008. “Por el cual se adoptan los lineamientos de Política Pública Distrital y el Plan Integral de Acciones Afirmativas, para el Reconocimiento de la Diversidad Cultural y la Garantía de los Derechos de los Afrodescendientes”. Alcaldía Mayor de Bogotá.

participación muy limitados y temporales frente a determinadas temáticas a favor de determinadas personas o grupos, sin que existan resultados integrales, y de permanencia.¹²²

3.3.1. Análisis de las políticas de salud implementadas en Bogotá a favor de los grupos étnicos:

Es claro el aporte jurisprudencial que ha sentado la Corte Constitucional en la interpretación y el reconocimiento de la salud como Derecho Humano de carácter vinculante vía Constitución Política y Bloque de Constitucionalidad.

Existe una obligación internacional por parte del Gobierno - Ministerio de la protección social- en el diseño e implementación de acciones afirmativas en sus políticas y planes de gobierno, no obstante los avances y reconocimientos de la salud, como derecho y como servicio a favor de los grupos étnicos han sido muy lentos, poco articulados, y sin continuidad. Como avances se pueden mencionar el conjunto de acciones de adecuación institucional, tales como la variable étnica en sus sistemas de información y registro de beneficiarios de servicios, que han permitido caracterizar a la población y generar diagnósticos, que permitirán a mediano plazo plantear alternativas de solución acorde con las realidades de estos grupos. Solamente se observaran resultados positivos y efectivos, cuando se diseñen e implementen programas de permanencia articulados, con una asignación y destinación de recursos específicos, en las ejecuciones presupuestales de municipios, distritos y departamentos.

Sobre el proceso de diseño e implementación de ésta política al interior del gobierno, es importante mencionar lo siguiente:

Ministerio de la Protección Social, la Doctora Gina Carrioni Denyer, Coordinadora del Grupo Asuntos Étnicos y Género Dirección General de Promoción Social del ésta entidad, afirmó:

En este tema se viene trabajando hace varios años. La Línea base para la implementación de la política pública son los diagnósticos. Problema, desde la creación del Ministerio de la

¹²² Sentencia C-371 de 2000. Corte Constitucional. M. P. Carlos Gaviria Díaz. En derecho comparado se han identificado dos modalidades de aplicación de las Acciones Afirmativas:

a) Sistema de Cuotas¹²²: Criterio rígido que supone la designación numérica o porcentual de las personas consideradas beneficiarias para obtener determinados beneficios. Con ella se busca la selección de ciertos grupos como destinatarios directos de determinados beneficios, a través de una imposición, la cual se encuentra plenamente sustentada constitucionalmente. Aunque distritalmente no ha sido tan clara este tipo de acciones afirmativas por que la mayoría de programas y proyectos adelantados por la secretaría distrital de salud, se dirigen hacia la población vulnerable, sin que exista un focalización específicamente hacia los grupos étnicos.

b) Sistema de trato preferencial: En el que se establece una prioridad o ventaja. Es decir, un trato preferencial o desigual en el supuesto que frente a una situación de partida semejante, ciertas personas se encuentran en

una situación contextual de desventaja. Este sistema difiere de las cuotas en los siguientes aspectos: i) Opera en el momento final de la distribución, ii) No hay límites para su aplicación: todos aquellos que reúnen las

condiciones para ser objeto del trato preferencial pueden exigir que este les sea brindado.

protección social, los diagnósticos de la situación en salud no discriminaban por tipo de población. Es hasta el año 2005 que se comienza a trabajar en población específica, grupos étnicos por separado. Durante los años 2005-2006, el Ministerio de la Protección Social, con el apoyo de la Secretaria Distrital de Salud trabajo en la recolección de información, para la identificación de necesidades en salud de los Grupos étnicos, el problema es que se ha venido interrumpiendo este proceso, por falta de recursos, cambio de personal, lo que ha dificultado el diseño de líneas estratégicas de acción.

Secretaria Distrital de salud: Un gran avance por parte de la secretaria Distrital de salud, ha sido el trabajo con los grupos étnicos, como población vulnerable, avanzando en el reconocimiento de su participación en diferentes instancias, la implementación de proyectos como el de “*Fortalecimiento de la medicina tradicional*” con 4 de los 5 cabildos indígenas reconocidos por la administración distrital, la creación de una dirección de etnias al interior de la institución especializada en el tema, y los escenarios de participación que se han propiciado para involucrar a estos pueblos en asuntos que son de su interés.

La Alcaldía Mayor de Bogotá. Los grupos étnicos en Bogotá. A continuación se mencionarán algunos de los programas que implementó el gobierno distrital de Luis Eduardo Garzón a favor de la salud de los grupos étnicos residentes en Bogotá y un análisis normativo en el reconocimiento del derecho a la salud de estos grupos.

3.3.1.1. Los Indígenas en Bogotá:

Cabildos Indígenas: 5 cabildos indígenas¹²³ fueron reconocidos en Bogotá en el año 2005, como resultado del proceso de integración y visibilización de estos grupos en el Distrito, con el Aval del Ministerio del Interior y de Justicia. Dentro de los proyectos que se ejecutaron, con base en el diseño de la política pública de Luis Eduardo Garzón, con un enfoque claramente diferencial se pueden mencionar los siguientes

1. Proyectos de fortalecimiento de la Medicina Tradicional cabildo Ambika Pijao
2. Proyectos de fortalecimiento de la Medicina Tradicional cabildo Muisca de Suba
3. Proyectos de fortalecimiento de la Medicina Tradicional cabildo Muisca de Suba
4. Proyectos de fortalecimiento de la Medicina Tradicional cabildo Muisca de Bosa

¹²³ Ambika Pijao, Músicas de Suba, Músicas de Bosa, Kichwas, Ingas.

En este mismo sentido se firmo Convenio SENA – ASCAI¹²⁴ para formar técnicos profesionales en salud pública. ASCAI firmo contrato interadministrativo con el fondo distrital de salud para “avanzar en la garantía del derecho a la salud a los integrantes de las comunidades de los cabildos indígenas, propiciando la autogestión, organización comunitaria y empoderamiento de conceptos propios de salud enfermedad – Formación de agentes comunitarios en salud- a 26 integrantes de los cabildos indígenas que están participando en el proyecto de fortalecimiento a las medicinas tradicionales en sus respectivas comunidades¹²⁵ .

En cumplimiento de lo que dispone este instrumento internacional, el Congreso expidió la Ley 691 de 2001 por medio de la cual se reglamenta la participación de los grupos étnicos en el sistema general de seguridad social en salud. Dicho ordenamiento tiene por objeto *“proteger de manera efectiva los derechos a la salud de los pueblos indígenas, garantizando su integridad cultural de tal manera que se asegure su permanencia e integridad”* (art. 1°). Así mismo, allí se establece que para la interpretación y aplicación de dicha ley se debe tener en cuenta, particularmente, el principio de la diversidad étnica y cultural en virtud del cual *“el sistema practicará la observancia y el respeto a su estilo de vida y tomará en consideración sus especificidades culturales y ambientales que les permitan un desarrollo armónico a los pueblos indígenas”* (art.3°).”

Se ha intentado establecer canales de diálogo y negociación en las instancias del Poder Ejecutivo, con la participación de los grupos étnicos para que contribuyan en la formulación y la gestión de ciertos aspectos relacionadas con las políticas públicas de salud referentes a los pueblos indígenas,¹²⁶ la Administración Distrital del Alcalde Mayor Luís Eduardo Garzón tuvo una clara voluntad política de inclusión y atención a la población indígena del D.C. la cual se expreso en el Plan de Desarrollo “Bogotá sin Indiferencia”, en la formalización de espacios de participación, en la implementación de acciones, programas y proyectos en su beneficio, en el reconocimiento de 5 cabildos indígenas que se benefician de acciones sociales.

En la actualidad el marco general que regula la prestación y al acceso a los servicios de salud de los grupos indígenas se encuentra en el convenio 169 de la OIT, incorporado a nuestro ordenamiento jurídico mediante la ley 670 de 2001.

¹²⁴ Asociación de cabildos indígenas. ASCAI

¹²⁵ <http://www.scribd.com/doc/13620422/SENA-INTERCULTURAL>

¹²⁶ Considerando los mecanismos de consulta y gestión, la organización social de los pueblos indígenas y su forma de establecer representatividad.



Gracias a la implementación de la ley 691 de 2001, en cumplimiento de los preceptos estipulados en el convenio 169 de la OIT¹²⁷, se enmendaron varios de los errores en que incurrió la ley 100 de 1993, en lo relacionado con la falta de reconocimiento a la diversidad étnica y cultural de los grupos indígenas, la falta de reconocimiento del ejercicio de la medicina tradicional indígena, la omisión de generar espacios de participación, fraccionando la atención de la salud para los pueblos indígenas. En desarrollo de la ley sobre el Sistema General de Seguridad Social de los grupos indígenas, se ha hecho un intento por diseñar e implementar una política pública en salud distrital, orientada a ejecutar programas adecuados para el mejoramiento de la calidad de vida de dichos pueblos, reconociendo su derecho colectivo y su autonomía para la toma de decisiones en un contexto cultural, y en un intento por *subsana*r la omisión de la ley 100 de 1993.¹²⁸

En relación con el funcionamiento económico del Sistema General de Seguridad Social en salud para los grupos indígenas, exime a los usuarios de pagos de cuotas moderadoras, impuesta como condición previa para acceder a los servicios de salud¹²⁹. La Ley parte de la presunción legal de que los indígenas carecen de la posibilidad de pagar sumas dinerarias, por lo cual el acceso a los servicios de salud no puede estar mediado por el dinero, en la

¹²⁷ Artículo 6. Convenio 169 de la OIT.

¹²⁸ Cfr. Ponencia para segundo debate en el Senado al proyecto de ley N° 067 de 1999, Senado. Gaceta del Congreso, 435 de 1999, Págs. 5 y siguientes.

¹²⁹ Salvo cuando se trate de alguien vinculado mediante contrato de trabajo, o que sea servidor público, o que goce de pensión de jubilación (Ley 691 de 2001, artículo 5).

medida en que las economías de esos pueblos no son de naturaleza monetaria.¹³⁰ De igual manera para incentivar el aseguramiento en salud, y la prestación de los servicios de salud de estos grupos, se estableció una Unidad de Pago por captación especial, superior.

En lo concerniente a la financiación del Sistema de Seguridad Social Indígena, la Ley dispone qué recursos alimentarán al mismo, indicando que ellos procederán de las siguientes fuentes: a) recursos del Régimen Subsidiado de Seguridad Social en Salud; b) aportes del Fosyga, subcuenta de solidaridad; c) recursos de los entes territoriales, y d) aportes de los “*Resguardos Indígenas*”. Asignación de recursos para atender los servicios de salud, criterios territoriales.

Los aportes de los “Resguardos Indígenas” para efectos de atender los servicios a cargo de las entidades territoriales y proveer los recursos necesarios para financiar adecuadamente su prestación, provienen del Sistema General de Participaciones de los Departamentos¹³¹, Distritos y Municipios, siendo beneficiarias “*las entidades territoriales indígenas, una vez constituidas*”. La norma superior indica que “*la ley establecerá como beneficiarios a los resguardos indígenas, siempre y cuando éstos no se hayan constituido en entidad territorial indígena.*”

3.3.1.1.1. Trabajo de campo. Los indígenas en la ciudad, disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad en la prestación de servicios de salud. ¿Cómo estamos?

Con el objetivo de tener una percepción real de la situación de algunos grupos étnicos en la ciudad sobre la aplicabilidad y efectividad de los elementos que definen la obligación del Estado en relación con la realización del derecho a la salud, en desarrollo de una actividad –mesa de trabajo- liderada por la Universidad del Rosario con otras organizaciones no gubernamentales, que tenía por objetivo conocer la situación de la salud en las localidades del Distrito, aprovechando la presencia de líderes de cabildos indígenas y chamanes pertenecientes a la localidad de Suba, fue entrevistada Blanca Nieves Ospina – Abuela cascablanca- líder de la comunidad Muisca de Suba, quien me permitió realizarle una

¹³⁰ Recuérdese que en la exposición de motivos al proyecto de ley que vino a ser la Ley 691 de 2001, el senador autor de la iniciativa, Jesús Enrique Piñacue Achicué, explicó lo siguiente: “**Motivación socioeconómica.** *Nuestra particular reproducción material y espiritual, es decir, de la existencia de economías tradicionales en relación diversa y variable con el modelo económico nacional. 1. Esta situación determina dos situaciones básicas: en primer lugar nuestro perfil epidemiológico es consecuencia directa de la forma como vivimos, trabajamos y nos relacionamos y, en segundo lugar, el acceso a los servicios de salud no puede estar mediado por el dinero, en la medida en que nuestras economías no están diseñadas para generar excedentes monetarios sino sociales.*” Jesús Enrique Piñacue Achicué. Exposición de motivos al proyecto de ley N° 67 de 1999, Senado. Gaceta del Congreso N° 262 de 1999, págs. 7 y 8.

¹³¹ Al respecto, como se dijo en el artículo 356 de la Constitución Política de 1991, modificado por el artículo 2° del Acto Legislativo 01 de 2001,

encuesta no estructurada, sobre los cuatro conceptos que definen la prestación del servicio de salud como derecho objeto de protección, respeto y garantía por parte del Estado:

Blanca Nieves Ospina – Abuela cascablanca- comunidad Muisca de Suba:

Disponibilidad. Los grupos indígenas en la ciudad no conocen de la disponibilidad de servicios y beneficios que en materia de salud les ofrece el distrito.

“Después de ser dueños y señores de territorio ahora encomenderos, que tristeza”

“La salud de las comunidades indígenas es de muy mala calidad, mis hermanos son mal atendidos. Abuelos con brotes y alergias, son formulados con dolex, el cabildo tiene un consultorio de medicina nativa, en caso de intoxicación son recetados con plantas medicinales que en algunos casos funcionan más que la medicina de los hospitales”.

Accesibilidad – Medicina tradicional – POSS. Barreras de acceso. Hasta ahora se va a comenzar a trabajar, el objetivo principal lograr con la secretaria distrital de salud – proyecto de recuperación de la medicina tradicional 2008, apoyo económico al proyecto *mejor calidad de vida ASCAI* – Secretaria Distrital de Salud, con las organizaciones Kichwa, Suba, Bosa, Ambika Pijao.

Aceptabilidad. Es necesario por parte del Gobierno el reconocimiento de las condiciones de las personas como grupo étnico. Estamos en el territorio 5.800 familias nativas. Necesitamos un territorio para hacer la casa de pensamiento wsmuye –casa camino de lanza y pensamiento- recuperar un territorio, una zona rural para poder hacer el proceso de medicina tradicional –chagra medicinal.

Entre el cerro y el humedal tenemos diez plantas medicinales nativas únicas en el mundo, queremos sembrar más medicina para todos y si es posible importar para favorecer a muchas personas. Plantas para la diabetes. Reemplazo medicina occidental por plantas medicinales.

EPS Indígena –cuento de la secretaria.

EPS distrital – Ganas de conocer a la gente del régimen.

Calidad. Nos los tratan mal, discriminación, mala calidad en la prestación del servicio.

“En Políticas públicas muy poco es lo que aplica el gobierno a favor de los grupos indígenas, lo más importante es que las comunidades indígenas desaparezcan. Forma fácil de economizar”.

3.3.1.2. Población Afrodescendiente residente en Bogotá - Afrobogotanos:

La Corte Constitucional desarrollo el tema de la identidad cultural de los afrodescendientes y su etnicidad por fuera de los territorios colectivos, en la Sentencia C-169 de 2001, en los siguientes términos:

“... La pertenencia a un grupo determinado como las comunidades negras es de tal importancia para los individuos que la comparten, que constituye el marco referencial de su visión del mundo y de su identidad, por lo cual se trata de un hecho social digno de ser reconocido y protegido con medidas que vayan más allá de la simple retórica, las comunidades negras adquieran la titularidad de derechos colectivos similares a los de las comunidades indígenas, con las diferencias impuestas por sus especificidades culturales y su régimen legal propio. Lo que es más importante, se hacen acreedoras a los derechos que consagra el Convenio 169 de la O.I.T...”

La ley 70 de 1993 en desarrollo del artículo 58¹³² de la Constitución Política tuvo como propósito establecer mecanismos para la protección de la identidad cultural de los derechos de las comunidades negras de Colombia como grupo étnico, y el fomento de su desarrollo económico y social, con el fin de garantizar a estas comunidades condiciones reales de igualdad de oportunidades frente al resto de la sociedad colombiana. Para materializar este objetivo estableció el deber que tiene el Estado de adoptar medidas que permitan a las comunidades negras conocer sus derechos y obligaciones, especialmente en lo que atañe al trabajo, a las posibilidades económicas, a la educación y la salud, a los servicios sociales y a los derechos que surjan de la Constitución y las Leyes; de igual manera estableció el deber de apoyar mediante la destinación de los recursos necesarios, los procesos organizativos de las comunidades negras con el fin de recuperar, preservar y desarrollar su identidad cultural, mediante la formulación e implementación de políticas que respeten la diversidad étnica de la Nación y promuevan el desarrollo sostenible de esas comunidades de acuerdo a la visión que ellas tengan del mismo.

Mediante un proceso de localización de lo nacional a lo territorial mediante acuerdo 175 de 2005 se establecieron los lineamientos de la Política Pública para la Población Afrodescendiente residente en Bogotá, que ordeno la formulación e implementación del *Plan Integral de Acciones Afirmativas para la Población Afrodescendiente residente en Bogotá*.¹³³

¹³² De conformidad con el artículo 58 de la Constitución Política. En los fondos estatales de inversión social habrá una unidad de gestión de proyectos para apoyar a las comunidades negras en los procesos de capacitación, identificación, formulación, ejecución y evaluación de proyectos. Para su conformación se consultará a las comunidades beneficiarias.

¹³³ [Ver el Decreto Distrital 151 de 2008](#) "Por el cual se adoptan los lineamientos de Política Pública Distrital y el Plan Integral de Acciones Afirmativas, para el Reconocimiento de la Diversidad Cultural y la Garantía de los Derechos de los Afrodescendientes". Alcaldía Mayor de Bogotá.

Así las cosas, a pesar de que el proceso de construcción de políticas públicas de contenido social para grupos vulnerables o con enfoque de Derechos Humanos es reciente a nivel territorial, se ha avanzado progresivamente en el reconocimiento de los derechos de estos grupos, primero con un enfoque étnico-territorial, mediante estrategias de inversión focalizadas en la región pacífica Colombiana y en el territorio insular de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, y hoy haciéndolo extensivo a la población afrocolombiana en grandes centros urbanos del país, aspecto muy positivo si tenemos en cuenta que los afrocolombianos presentan hoy en día una gran concentración en los grandes centros urbanos del país. La población afrocolombiana de Cali, Cartagena, Barranquilla, Medellín y Bogotá representa el 30% del total la población afrocolombiana.

Población afrocolombiana en el Distrito

Departamentos	Población afrocolombiana	Distribución % de la población afrocolombiana	Participación % de los afrocolombianos en el departamento
Bogotá, D.C.	97.885	2,3	1.5

Dentro de los programas prioritarios para beneficiar a la población afrocolombiana, se encuentra la mejora del servicio de salud para esta población con la integración de la medicina tradicional y la “occidental” para que se pueda trabajar mejor en las comunidades y obtener mejores resultados¹³⁴.

Es precisamente, desde la denominada Política Pública Afrobogotana desde donde se reconoce el derecho a la salud diferenciada para los Afrobogotanos y se insta a las diferentes instancias de la Administración Distrital Central y Descentralizada, a apoyar los medios de comunicación afro y las propuestas que en materia de comunicaciones se desarrollen por parte de organizaciones sociales afro en la ciudad.

Sin embargo, a más de un año de emitida la Política Pública Afrobogotana no se ha realizado un adecuado control social y una rendición de cuentas, que muestre las acciones directas y reales que en materia de salud afrobogotana ha apoyado la administración central y descentralizada de la capital. Por el contrario, con una política pública de acción afirmativa para los afrobogotanos, estos continúan compitiendo por los escasos recursos. Lo cual se explica porque no hay un marco

¹³⁴ Guía para la atención en Salud de población de grupos étnicos en situación de desplazamiento forzado por la violencia. Colombia diversa y Multicultural. Ministerio de la Protección Social República de Colombia.

normativo nacional con fuerza vinculante, si bien existe una ley sobre el sistema general de seguridad social para grupos étnicos, los únicos beneficiarios son los grupos indígenas.

Por ser contraria a la finalidad de la ley 691 de 2001, al precedente jurisprudencial de la Corte Constitucional y al convenio 169 de la OIT, se presentó demanda de inconstitucionalidad solicitando la declaratoria de exequibilidad condicionada de la Ley por la exclusión de los afrodescendientes y otros grupos étnicos a los beneficios de la ley, los argumentos centrales fueron:

- La ley no está concebida para ser aplicada a comunidades cuyos miembros estén dispersos dentro del territorio nacional. La aplicación extensiva de dicha ley a este tipo de comunidades dispersas redundaría en la imposibilidad de financiar el sistema acudiendo a los recursos de las entidades territoriales, pues no se sabría concretamente de cuáles entidades territoriales se trataría, amén de la dificultad práctica que implicaría la escogencia del lugar de radicación de la Administradora del Régimen Especial.
- Se rechaza la solicitud de exequibilidad condicionada de las normas, ineptitud sustancial, puesto que la Corte Constitucional ha rechazado la posibilidad de que la acción pública de inconstitucionalidad se utilice para lograr la interpretación conforme a la constitución de una norma legal.
- El argumento central de la Corte Constitucional, la fuente de financiación, pero no existe ningún fundamento de fondo para este trato discriminatorio entre grupos étnicos, por el contrario resulta violatorio de la Constitución Política, *al excluir a otras minorías étnicas y culturales que se encuentran en idéntica situación que los pueblos indígenas para efectos del propósito de la medida*¹³⁵, siendo necesaria la definición de acciones afirmativas a favor de los otros grupos étnicos (afrodescendientes, raizales, Rom).
- Al ser demasiado restrictiva esta medida legislativa (*underinclusive statutes*) en relación con los beneficiarios, resulta inadecuada y discriminatoria.

3.3.1.3. Población raizal residente en Bogotá:

En relación con las comunidades raizales de San Andrés y Providencia, en la Sentencia C-530 de 1993 la Corte señaló lo siguiente:

“La cultura de las personas raizales de las Islas es diferente de la cultura del resto de los colombianos, particularmente en materia de lengua, religión y costumbres, que le confieren al raizal una cierta identidad. Tal diversidad es reconocida y protegida por el Estado y tiene la calidad de riqueza de la Nación. El incremento de la emigración hacia las Islas, tanto por

¹³⁵Sentencia C – 864 de 2008. Corte Constitucional. M.P. Marco Gerardo Monroy Cabra.

parte de colombianos no residentes como de extranjeros, ha venido atentando contra la identidad cultural de los *raizales*, en la medida en que por ejemplo en San Andrés ellos no son ya la población mayoritaria, viéndose así comprometida la conservación del patrimonio cultural nativo, que es también patrimonio de toda la Nación.” (Negrillas y subrayas fuera del original).

(...)

“Por otra parte la limitación a los no residentes va acompañada de la protección a la identidad cultural de los *raizales*” (Subrayas fuera del texto).

En relación con el régimen de seguridad social en salud de los *raizales*, tienen derecho a acceder al régimen subsidiado, excepto cuando tengan un contrato de trabajo, sean servidores públicos, perciban rentas o ingresos o sean beneficiarios de otra persona afiliada al régimen, pero para esto es necesario que acrediten su condición de pertenencia étnica, para la población raizal mediante la tarjeta OCCRE (oficina de circulación y residencia), expedida por la oficina de control de circulación.

La constitución política y la jurisprudencia constitucional han protegido de manera especial a las personas *raizales* del archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, es así como el artículo 310 de la Constitución Política, autoriza al legislador a expedir normas especiales, orientadas a atender las necesidades especiales de esta población. Así mismo la Corte Constitucional ha reconocido en diferentes pronunciamientos¹³⁶ la identidad cultural de las comunidades *raizales* de las demás comunidades negras continentales.

La población raizal más pobre y vulnerable se afilia como cualquier otra persona al régimen subsidiado. En materia de salud la población Negra/afrocolombiana y raizal mantiene un cuadro preocupante, presenta grandes tasas de mortalidad y de enfermedades infecciosas, por encima del promedio nacional, y lo que es más preocupante no cuentan aun con una política pública de protección en salud y seguridad social como grupo étnico diferenciado.

Por el carácter étnico – cultural de la población se hace necesario:

- Implementar normas que se ajusten a las particularidades y especificidades étnico – culturales de la población.

¹³⁶ Sentencia C – 530 de 1993. Corte Constitucional. M.P. Alejandro Martínez Caballero, C – 086 de 1994. Corte Constitucional. M.P. Jorge Arango Mejía y C-454 de 1999. Corte Constitucional. M.P. Fabio Morón Díaz.

- Adelantar investigaciones sobre enfermedades más frecuentes.
- Adecuar los programas de prevención y promoción, nutrición, salud sexual y reproductiva acorde con las particularidades culturales de la población.
- Incorporar la medicina tradicional a los planes de beneficios del SGSSS.
- Incorporar mecanismos de participación comunitaria.¹³⁷

3.3.1.4. Población ROM¹³⁸ residente en Bogotá

A diferencia de los otros grupos no existe en la Constitución Política un reconocimiento específico del Pueblo ROM¹³⁹ como grupo sujeto de especial protección constitucional, sí ha sido reconocido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud¹⁴⁰ como un pueblo tribal objeto de la aplicación del Convenio 169 de la OIT. En tal virtud, sin llegar a hacer extensivas a esta comunidad las normas de la Ley 691 de 2001, que crea un Sistema de Salud Especial Indígena, el mencionado Consejo ha dictado normas especiales dirigidas a proteger el derecho a la salud de los miembros de este pueblo. Dichas normas especiales están contenidas en el Acuerdo 273 de 2004, mediante el cual se regula la afiliación de la población Rom al sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones:

- Reconoce la necesidad y obligación del Estado de hacer extensiva la protección cultural de los pueblos Rom, conforme al Convenio 169 de 1989 de la Organización Internacional de Trabajo- OIT-, "*Sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes*", ratificada mediante la Ley 21 de 1991.

¹³⁷ Libia Grueso, Carlos Augusto Viafara. *Plan Integral de largo plazo para la población Negra/afrocolombiana, palenquera y raizal. Propuesta para el capítulo de fortalecimiento de Grupos Étnicos y de las relaciones interculturales del Plan Nacional de Desarrollo. 2006 – 2010*, Bogotá Enero 15 de 2007. En [www.dnp.gov.co/archivos/documentos/DDTS_plan_integral_afro/anexo_P3_1_propuesta_Equipo_Plan .pdf](http://www.dnp.gov.co/archivos/documentos/DDTS_plan_integral_afro/anexo_P3_1_propuesta_Equipo_Plan.pdf)

¹³⁸ Dentro de las pruebas obrantes en el expediente, en CD que reposa en el Cuaderno de Pruebas N° 2 se encuentra la siguiente información remitida por el Director de Asuntos Indígenas, Minorías y ROM del Ministerio del Interior y de Justicia, relativa a la ubicación geográfica de la población ROM actualmente afiliada al Sistema de Seguridad Social en Salud. Como puede apreciarse, esta comunidad étnica está dispersa en el territorio nacional, así:

¹³⁹ mediante la Resolución número 022 del 2 de septiembre de 1999, ante la Dirección de Etnias del Ministerio del Interior y de Justicia se encuentra registrada y legalmente reconocida, , el Proceso Organizativo del Pueblo Rom (Gitano) de Colombia (Prorom) como organización representativa e interlocutora válida ante las instituciones gubernamentales

¹⁴⁰ Actualmente Comisión de Regulación en Salud. CREG

- Impone a los gobiernos el deber de velar porque se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel de salud física y mental.
- Los servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales".
- La identificación de la población ROM se realizará mediante un listado de potenciales beneficiarios que será elaborado por la autoridad legítimamente constituida (Shero Rom o portavoz de cada Kumpania) y reconocida ante la Dirección de Etnias del Ministerio del Interior y de Justicia. El listado deberá ser registrado y verificado por la alcaldía del municipio o distrito en donde se encuentren las Kumpania. (No obstante, cuando las autoridades legítimas del pueblo ROM lo soliciten, podrá aplicarse la encuesta Sisbén).
- Los miembros del Pueblo ROM¹⁴¹ participarán como afiliados al Régimen Subsidiado, en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, excepto 1. Que esté vinculado mediante contrato de trabajo, 2. Que sea servidor público, 3. Que goce de pensión de jubilación, 4. Que perciba ingresos o renta suficientes o cuente con capacidad de pago para afiliarse al régimen contributivo, 5. Que sea beneficiario de otra persona afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud o tenga derecho a serlo, 6. Que pertenezca a un régimen de excepción.

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud al expedir el Acuerdo 273 de 2004, reconoció que el pueblo Rom o pueblo gitano es un pueblo tribal o grupo étnico. Como puede apreciarse, esta comunidad étnica está dispersa en el territorio nacional, en el distrito así:

POBLACION ROM AFILIADA AL SISTEMA DE SALUD AL 31 DE DICIEMBRE DE 2006¹⁴²	
Ciudad	TOTAL
Bogotá	266

¹⁴¹ *la Ley 812 del 23 de junio de 2003, mediante la cual se aprobó el Plan Nacional de Desarrollo 2003-2006 "Hacia un Estado Comunitario" señaló en el numeral 9 del apartado "FORTALECIMIENTO DE LOS GRUPOS ETNICOS" lo siguiente: "En relación con los ROM (gitanos) se propondrán mecanismos que reconozcan sus derechos y sus prácticas consuetudinarias. Se promoverán programas y proyectos orientados a mejorar sus condiciones de vida".*

¹⁴² Director de Asuntos Indígenas, Minorías y pueblos ROM del Ministerio del Interior y de Justicia, relativa a la ubicación geográfica de la población ROM actualmente afiliada al Sistema de Seguridad Social en Salud.

Es inequitativo el tratamiento injustificado que se ha venido dando dentro de los grupos étnicos, entre grupos indígenas, pueblos ROM, raizales y afrodescendientes, pues mientras en el primer caso tienen una regulación normativa especial y expresa, para el resto de grupos étnicos hay una dispersión y omisión normativa.

3.3.2. Mecanismos legales y administrativos de implementación

Se identifica la ley como el mecanismo más formal de implementación de políticas y, los factores burocráticos el eje central de la implementación. Fueron Pressman y Wildvasky (1973) quienes por primera vez llamaron la atención de los especialistas hacia este campo y fortalecieron esta área de estudio en un intento por lograr el cumplimiento de los objetivos previamente decididos y los resultados finales. Desde la perspectiva del análisis de las políticas públicas, la implementación es una etapa fundamental, es el momento en que el discurso deja de ser teoría para transformarse en realidad en hechos concretos¹⁴³ se generan efectos a partir de un marco normativo de intenciones, de textos o de discursos¹⁴⁴.

La política que se implementa puede ser una decisión administrativa hecha por el ejecutivo, un plan o programa expedido por un ministro, un decreto administrativo, e incluso una ley aprobada por el poder legislativo; la ley por su naturaleza al momento de su implementación, por el carácter representativo y jerárquico de quienes la elaboran, por la continuidad en el tiempo implica un proceso más formal, comparado con la creación de programas o planes administrativos, determinados por la voluntad del gobierno de turno con menos posibilidades de ser preservados por otras administraciones. Detrás de toda ley existe una decisión política influida por actores políticos, por grupos reales de poder en una sociedad, es el principal instrumento para influenciar el comportamiento social.

Para autores como Roscoe Pound (1942) la ley es el instrumento más idóneo para enfrentar y sobreponer los problemas sociales, “*la ingeniería social a través de la ley*”¹⁴⁵.

De acuerdo con el modelo de Sabanier y Mazmanian:

El rol crucial de los análisis de implementación consisten en identificar los factores que afectan el logro de los objetivos estatutarios a través de sus propios procesos. Estos pueden ser divididos en tres amplias categorías: 1) La tratabilidad del

¹⁴³ La política de implementación es la determinante definitiva del resultado. En: ANDRÉ-NOEL ROTH, *Políticas públicas. Formulación, implementación y evaluación. Cómo elaborar las políticas públicas, quién decide cómo realizarlas, quien gana o pierde*, p. 107, (5ª. ed., Aurora, Bogotá, 2006).

¹⁴⁴ *Ibidem*

¹⁴⁵ Benjamín Revuelta Vaquero. *La implementación de Políticas Públicas, 6, Dikaion*. Universidad Michoacana de San Nicolás México. 2007

problema contemplado en el estatuto, 2) la habilidad del estatuto para estructurar favorablemente el proceso de implementación, 3) el efecto neto de la variedad de variables políticas en el balance de apoyo para los objetivos estatutarios.

Así las cosas, el proceso de implementación adolece de varias falencias, partiendo del marco general la Ley 100 de 1993, la política discriminatoria entre indígenas y demás grupos étnicos que genero la ley 681 de 2001 sobre seguridad social de los grupos étnicos (que el legislador por omisión no ha subsanado), la inobservancia de los principios constitucionales¹⁴⁶, que dificultan esta etapa a nivel territorial y local, convirtiéndolo en un simple esfuerzo político temporal, convirtiendo la prestación del servicio de salud en un bien de mercado lo cual marca cada vez más la brecha de la inequidad, la discriminación y la inestabilidad.

Dentro de los objetivos principales de la Constitución Nacional está la universalidad del servicio, no obstante es importante tener en cuenta que el concepto de universalidad homogeniza a la población y determina criterios similares ante necesidades diferentes o discrepantes¹⁴⁷, lo cual puede ser perverso en la medida en que sustituye al término equidad. Mientras que la equidad es universal, no toda universalidad es equitativa. La equidad supone una distribución de acuerdo a las particularidades y necesidades de cada individuo y de cada grupo sin exclusión. La universalidad no es suficiente para satisfacer las necesidades y prioridades de la población.¹⁴⁸

La generación de buenas y bien definidas políticas públicas en equidad contribuye a superar las brechas de inequidad entre las condiciones de salud de las poblaciones indígenas y no indígenas de la región. Los Estados latinoamericanos han realizado un reconocimiento progresivo de estas prerrogativas, algunos presentan un amplio reconocimiento de derechos, sin que ello se traduzca en políticas y programas que lo garanticen, y en otros pocos países la situación es inversa. La pobreza, la marginación, la aculturación, el analfabetismo, el desempleo, la carencia de tierra y territorio son problemas que se potencian entre sí, al estar presentes en la mayoría de la población indígena determinan las condiciones de vida y el estado de salud que afecta a estos pueblos¹⁴⁹.

Las Políticas de salud se subdividen en:

-Acceso a la salud/participación social

¹⁴⁶ Constitución Política. **Art 7.** El Estado reconoce y protege la diversidad étnica y cultural de la Nación colombiana.

¹⁴⁷ El empleo del término universalidad se encuentra en la misma controversia que el uso del término igualdad frente a la ley. Esta no reconoce la desigualdad de condiciones que están presentes en la sociedad. Por lo tanto, es a través de la justicia que se puede disminuir el grado de desigualdad hacia el logro de la igualdad (Dallari, 1998).

¹⁴⁸ La problemática de la aplicabilidad entre universalidad y equidad es de la misma naturaleza que la que existe entre igualdad y justicia distributiva. Eso se refiere principalmente a la asignación de recursos donde el principio de justicia distributiva (equidad) viene siendo un asunto de debate en el campo de la bioética (Mainetti, 1994).

¹⁴⁹ <http://www.paho.org/Spanish/AD/THS/OS/orient-marcos-juridicos-ESP.doc>

- Medicina tradicional/indígena, terapeutas
- tradicionales/indígenas/propiedad intelectual.

El Banco Interamericano de Desarrollo (BID) sobre la base del Convenio 169 de la OIT propone tres dimensiones para evaluar el cumplimiento de estos propósitos:

1. La existencia de una legislación especial
2. La Participación de los Grupos Étnicos¹⁵⁰. La participación social no es solamente consultiva sino que tiene poder deliberativo.¹⁵¹ Una efectiva participación social está vinculada a los procesos de descentralización.¹⁵²
3. Los procesos de deliberación Estado – Sociedad. Son fundamentales y comparten la responsabilidad y obligación de su implementación. }

3.4. Requisitos Constitucionales que debe cumplir toda política pública:

En Sentencia T -760 de 2008, se precisaron tres condiciones básicas que a la luz de la Constitución Política debe observar toda política pública orientada a garantizar un derecho constitucional.

1. La primera condición es que la política efectivamente exista. Esto es, que exista un programa de acción estructurado que le permita a la autoridad responsable adoptar las medidas adecuadas y necesarias a que haya lugar. Se viola una obligación constitucional de carácter prestacional y programática, derivada de un derecho fundamental, *cuando ni siquiera se cuenta con un plan para progresivamente cumplirla.*

2. La segunda condición es que la finalidad de la política pública debe tener como prioridad garantizar el goce efectivo del derecho. No puede tratarse de una política pública tan sólo simbólica, que no esté acompañada de acciones reales y concretas.¹ Se viola la Constitución cuando existe un plan o un programa, pero se constata que (i) “sólo está escrito y no haya sido iniciada su ejecución” o (ii) “que así se esté implementando, sea evidentemente *inane*, bien sea porque no es sensible a los verdaderos problemas y necesidades de los titulares del derecho en cuestión, o porque su ejecución se ha diferido indefinidamente, o durante un período de tiempo irrazonable”.¹

¹⁵⁰ Es importante la participación de los grupos étnicos en la definición de la forma de proveer la atención en salud, el reconocimiento de la medicina tradicional, la libertad de ejercerla y de promover el conocimiento ancestrales, en este caso los conocimientos agrupados en la denominada medicina tradicional/indígena y la garantía de que sus insumos (biodiversidad/conocimiento) no sean expropiados o restringidos.

3. La tercera condición es que los procesos de decisión, elaboración, implementación y evaluación de la política pública permitan la participación democrática.¹ En tal sentido, la jurisprudencia ha considerado inaceptable constitucionalmente que exista un plan (i) ‘que no abra espacios de participación para las diferentes etapas del plan’, o (ii) ‘que sí brinde espacios, pero éstos sean inocuos y sólo prevean una participación intrascendente.’¹ El grado mínimo de participación que se debe garantizar a las personas, depende del caso

3.5. Justiciabilidad del derecho a la salud a través de la prohibición de regresividad

Adicional a los criterios señalados por la Corte Constitucional, está la prohibición de regresividad como estándar de protección judicial, objeto de innumerables discusiones¹⁵³.

Su alcance está ligado al principio de progresividad de los derechos humanos, en particular de los derechos sociales. Recientemente la Comisión Interamericana emitió un informe en el que caracteriza este criterio de protección y resalta su importante papel para el control de las políticas sociales:

El principio de progresividad de los derechos económicos, sociales y culturales permite su aplicación tanto en el examen de situaciones generales, como respecto de situaciones particulares de eventual retroceso en relación con el ejercicio de ciertos derechos. [Aplica no solo para analizar] los cambios del cuadro de situación general de un país en un período determinado, sino también, en la medida de lo posible, [para] identificar ciertas situaciones particulares graves de afectación de derechos del Protocolo, en especial problemas de alcance colectivo o que obedezcan a prácticas o patrones reiterados, o a factores de índole estructural que puedan afectar a ciertos sectores de la población, por ejemplo la negación del acceso a derechos sociales básicos de una comunidad étnica o de un grupo social determinado.

En virtud de la obligación de progresividad, en principio le está vedado al Estado adoptar políticas, medidas, y sancionar normas jurídicas, que sin una justificación adecuada, empeoren la situación de los derechos económicos, sociales y culturales de los que gozaba la población al momento de adoptado el Protocolo o bien con posterioridad a cada avance “progresivo”. Dado que el Estado se obliga a mejorar la situación de estos derechos, simultáneamente asume la prohibición de reducir los niveles de protección de los derechos vigentes, o, en su caso, de derogar los derechos ya existentes, sin una justificación suficiente. De esta forma, una primera instancia de evaluación de la progresividad en la implementación de los derechos sociales, consiste en comparar la extensión de la titularidad y del contenido de los derechos y de sus garantías concedidas a través de

¹⁵³ Análisis doctrinal exhaustivo en relación con esta figura puede verse en Christian Curtis (comp.), *Ni un paso atrás. La prohibición de regresividad en materia de derechos sociales*, Buenos Aires, Del Puerto/CELS/CEDAL, 2006 y Rodrigo Uprimny y Diana Guarnizo, “¿Es posible una dogmática adecuada sobre la prohibición de regresividad? Un enfoque desde la jurisprudencia constitucional colombiana” en *Homenaje a Héctor Fix Zamudio*, México, UNAM, 2008.

*nuevas medidas normativas con la situación de reconocimiento, extensión y alcance previos*¹⁵⁴.

El diálogo entre estos estándares abstractos y su aplicación a casos concretos permitirá dar luces respecto a si esta prohibición de regresividad en salud aplica sólo a situaciones generales, colectivas o vinculadas a patrones; o si también puede aplicar a situaciones concretas asociables a derechos subjetivos.

Para la Corte Constitucional de Colombia resaltó que “el mandato de progresividad implica que una vez alcanzado un determinado nivel de protección, la amplia libertad de configuración del legislador en materia de derechos sociales se ve menguada, al menos¹⁵⁵”.

La Comisión consideró que la prohibición de regresividad exige un análisis de la afectación individual de un derecho con relación a las implicaciones colectivas de la medida, teniendo en cuenta “razones de suficiente peso”. A esta expresión es inherente la consideración de la prohibición como un “principio”. De allí que la Comisión considerara que no cualquier regresividad resulte violatoria.

Así las cosas, la aplicación judicial de la prohibición de regresividad, entendida como principio susceptible de ponderación, ha influido en el diseño por parte de algunos tribunales diseñen pasos que permitan un control más razonado de las políticas públicas en derechos sociales.

¹⁵⁴ Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Lineamientos para la elaboración de indicadores de progreso en materia de derechos económicos, sociales y culturales, OEA/Ser.L/V/II.132 Doc. 14 del 19 julio 2008, párrs 5 y 6.

¹⁵⁵ En este sentido, la sentencia C-130 de 2002. Corte Constitucional. M.P. Jaime Araujo Rentería. Señaló que “si bien el desarrollo progresivo de la seguridad social para lograr la cobertura total de los servicios de salud para todos los habitantes (...) debe hacerse gradualmente, para lo cual los recursos existentes en un momento dado juegan un papel determinante, esto no puede ser obstáculo para lograr esa meta en el menor tiempo posible, pues de no cumplirse con prontitud se estarían desconociendo los fines esenciales del Estado y, por ende, en flagrante violación de (la Constitución)”.

4. Conclusiones:

- Además de precariedad en el diseño y en el desarrollo reglamentario de la política en salud para grupos étnicos falta capacidad institucional para ponerla en marcha y hacerle seguimiento y evaluación al cumplimiento de la política para grupos étnicos en salud. No hay articulación entre las entidades ni lineamientos o criterios básicos señalados por el Gobierno Nacional.
- Teniendo en cuenta la realidad de los grupos étnicos por su especial situación, vulnerabilidad y características, el convenio 169 de la OIT, establece en su artículo 22, el derecho a medidas especiales para la mejora inmediata de las condiciones económicas y sociales, en materia de vivienda, salud y seguridad social por parte de los Estados, la cooperación internacional y las ONG, en procura de mejorar los estándares de vida mediante acciones afirmativas.
- Para la construcción de modelos en salud con enfoque intercultural es importante la adopción de estrategias de sensibilización y capacitación del personal, orientadas al conocimiento de la cosmovisión, historia, saberes y prácticas en salud de los pueblos originarios, enorme desafío que requiere de nuevas habilidades en el personal de la salud.
- Es necesario intentar construir relaciones que concilien ambos sistemas médicos y modelos de salud. En relación con las políticas de salud pública, mediante estrategias de integración, que reconozcan que existen otros actores –los agentes de salud de cada grupo étnico– que también saben y que sus prácticas y conocimientos ancestrales merecen respeto.
- En relación con la salud individual, es necesario construir con ellos un espacio de encuentro respetuoso y de colaboración, es importante en ese ámbito la definición de necesidades y acciones a implementar. El gran objetivo el reconocimiento, protección y desarrollo conjunto de los conocimientos y prácticas tradicionales en salud de los grupos étnicos.
- Como elementos importantes en la construcción e implementación de una política pública exitosa podemos mencionar: i) la importancia de una voluntad política, ii) del compromiso de ambas partes, iii) de la existencia de financiamiento regular, iv) de la participación directa de los pueblos originarios y v) de mantener procesos de monitoreo y evaluación participativa.
- Para lograr una atención heterogénea en la garantía de los derechos humanos de los diferentes grupos poblacionales, alejada de todo tipo de acción homogeneizadora, dicha política debe ir acompañada de:
 1. Propuestas y alternativas en escenarios de trabajo colectivo de los indígenas urbanos y grupos étnicos en general, mediante un entorno intercultural que elimine el desarraigo propio de las ciudades urbanas hacia estos grupos.
 2. Se debe destacar que el éxito en la formulación de una política pública con grupos étnicos en el Distrito capital, además de una idónea planeación, debe estar acompañada

con programas de inversión social y económica con el fin de solucionar sus necesidades básicas de supervivencia y el fortalecimiento de su cultura, así como de escenarios propicios para la participación de estos grupos en la toma de decisiones que los afectan, no obstante, los recursos han sido mal invertidos por la falta de diagnósticos y por decisiones apresuradas en esta primera fase.

3. La formulación de una política pública en salud diferencial para grupos étnicos mediante el uso de acciones afirmativas debe tener en cuenta que son estas poblaciones, a quienes se dirigen, las llamadas a construirla, con el fin de reclamarle al Estado lo que requieren para la satisfacción de sus derechos sociales económicos y culturales.

4. Se requiere voluntad política, *entendida como la puesta en acción de datos propuestos por el pasado de un sistema formulador de decisiones, de modo de contrarrestar la mayor parte o toda la información recibida en ese momento en su ambiente*¹⁵⁶, implica el querer hacer las cosas con criterios de continuidad, con la mediatización de información confiable.

- Muchos jueces han impulsado la justiciabilidad del derecho a la salud como una forma de “protección fortalecida” para enfrentar la vulnerabilidad, los derechos y los intereses sociales de las minorías a través de decisiones adoptadas por las mayorías en una época determinada en cumplimiento de tratados de derechos humanos, normas constitucionales y la doctrina del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales entre otros. El problema comienza cuando los jueces invaden la órbita de competencia de otras ramas del poder público.
- Es un hecho notorio divulgado por los medios de comunicación que en Colombia el gasto militar y policial supera el conjunto del gasto social en salud y educación. La escasez de recursos en salud puede explicarse en políticas de fomento de la guerra y la inexistencia de iniciativas gubernamentales de reforma agraria, redistribución de la riqueza y solución política al conflicto armado que afectan principalmente la implementación de mecanismos de ejecución de la política pública en salud de los grupos étnicos, y la destinación específica de recursos que garanticen continuidad y permanencia en el respeto y garantía del derecho a la salud intercultural.
- El papel de los funcionarios judiciales en la efectividad del derecho a la salud de los grupos étnicos es importante, pueden variar desde i) dar fuerza vinculante a una decisión de política pública ya asumida por el Estado, ii) ejecutar una ley o una norma administrativa que fija obligaciones de garantía y respeto, iii) fijar un marco dentro del cual la administración debe diseñar e implementar acciones concretas y monitorear su ejecución, iv) determinar una conducta a seguir, v) declarar al Estado en mora y responsable respecto de una obligación sin imponer un remedio procesal o mediante la imposición de órdenes para la ejecución de una medida determinada, vi) la exigencia garantizar el respeto de los procesos participativos, a través de consultas o audiencias, de especial relevancia tratándose de grupos étnicos o vii) mediante la exigencia de facilitar el

¹⁵⁶ HERNANDO ROA SUÁREZ, *Conceptualizaciones sociopolíticas*, nº 109, *Vniversitas Javeriana*, 641-698, 685 (2005).

acceso a la información como una forma de impulsar la rendición de cuentas. Lo complicado se agudiza cuando este tipo de decisiones se hacen al margen de la sostenibilidad financiera, costo – beneficio, mediante soluciones sin permanencia y continuidad en el tiempo.

- Es necesaria la implementación de instrumentos de monitoreo que permitan hacer auditoria y vigilancia constante en la destinación de los recursos para salud intercultural, con el objetivo de enfrentar la corrupción local en el manejo de los recursos de salud por parte de las entidades territoriales.
- Para la prestación de un servicio tan importante como la salud por ser un derecho fundamental, la teoría del mercado de cliente y gerencia, conlleva consecuencia serias y preocupantes implicaciones en el funcionamiento del sistema da de salud: i) aparente perdida del rol político ii) deshumanización del servicio iii) inequidad, ineficiencia y ineficacia en la prestación del servicio que agudizan las soluciones a los problemas sociales de salud¹.

BIBLIOGRAFÍA

- Acuerdo 119. *Bogotá sin indiferencia un compromiso social contra la pobreza y la exclusión*, de junio 3 del 2004.
- ALEJO VARGAS VELÁSQUEZ, Las políticas públicas entre la racionalidad técnica y la racionalidad política, en: *Notas sobre el Estado y las políticas públicas*. V17, pp. 53-94, (Almudena Editores, Bogotá, 1999).
- ANDRÉ-NOEL ROTH, *Políticas públicas. Formulación, implementación y evaluación. Cómo elaborar las políticas públicas, quién decide cómo realizarlas, quien gana o pierde*, p. 65, (5ª. ed., Aurora, Bogotá, 2006).
- Benjamín Revuelta Vaquero. *La implementación de Políticas Públicas*, 6, *Dikaion*. Universidad Michoacana de San Nicolás México. 2007
- BRESSER; CUNILLA Y OTROS, *Política y gestión pública*. Fondo de Cultura Económica. CLAD. Caracas, Venezuela p. 13, 2005.
- CRISTINA TORRES, La equidad en materia de salud vista desde un enfoque étnico, 3 *Rev. Panamericana Salud Pública/Pan Am J Public Health*, n° 10, pp. 188-201, 188 (2001).
- Cristina Torres-Parodi; Mónica Bolis. “Evolución del concepto etnia/raza y su impacto en la formulación de políticas para la equidad. *Revista panamericana de Salud Publica*” Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., Estados Unidos de América. vol.22 no.6 Washington Dec. 2007
- Christian Courtis (comp.), *Ni un paso atrás. La prohibición de regresividad en materia de derechos sociales*, Buenos Aires, Del Puerto/CELS/CEDAL, 2006
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Lineamientos para la elaboración de indicadores de progreso en materia de derechos económicos, sociales y culturales, OEA/Ser.L/V/II.132 Doc. 14 del 19 julio 2008, párrs 5 y 6.
- Constitución Política de 1991. Colombia
- Convenio 169 de la OIT.
- ¹[Ver el Decreto Distrital 151 de 2008](#) “Por el cual se adoptan los lineamientos de Política Pública Distrital y el Plan Integral de Acciones Afirmativas, para el Reconocimiento de la Diversidad Cultural y la Garantía de los Derechos de los Afrodescendientes”. Alcaldía Mayor de Bogotá.
- DIDERICHSEN FINN, EVANS TIMOTHY Y WITEHEAD MARGARET. *Bases sociales de las disparidades en salud, desafío a la falta de equidad en la salud: de la ética a la acción*, n° 585, p 24 (Publicación Científica y Técnica Washington, DC.: Fundación Rockefeller; Organización Panamericana de la Salud, 2002).

- Documento de la Secretaria Distrital de Salud, Hospital de Usme Nivel I ESE, Cabildo Indígena Ambiká Pijao – Bogotá. “Medicina Tradicional Pijao” Chiri Chajuá (Frío- calor)
- El derecho a la salud. Compilación de jurisprudencia y doctrina nacional e internacional. Oficina en Colombia del alto comisionado de las Naciones Unidas para los DDHH. Volumen II. Bogota, agosto de 2003
- *Equidad en salud: Desde la perspectiva de la etnicidad*. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C.: OPS, p. 26 (2001).
- Exposición de motivos Proyecto de acuerdo *Plan de desarrollo, económico, social y de obras públicas*. Un compromiso social contra la pobreza y la exclusión, Bogotá 2004-2007, p. 2.
- FRANCISCO ARIZA, *Equidad de etnia en el acceso a los servicios de salud en Bogotá, una triangulación entre metodologías cuantitativa y cualitativa*. Tesis de Maestría en Salud Pública. p. 91. Universidad Nacional 2008.
- FRANCISCO ARIZA, *Lineamientos de política pública de atención en salud para grupos étnicos*. Secretaría Distrital de Salud Pública, Área de análisis y políticas, abril del 2006.
- FRANCISCO MÉNDEZ, *La atención primaria en salud: un programa viable para las comunidades indígenas*, 7(1) Editado en: *Cuadernos de Salud Pública*, nº 1, p. 106 (1991).
- Guía para la atención en Salud de población de grupos étnicos en situación de desplazamiento forzado por la violencia. Colombia diversa y Multicultural. Ministerio de la Protección Social República de Colombia.
- HERNÁN MOLINA ECHEVERRI, Nuevos escenarios de vida indígena urbana: el caso de Bogotá, en: *Actualidad política participación en la ciudad indígenas de América investigación documentos*, 106 (2007).
- HERNANDO ROA SUÁREZ, Conceptualizaciones sociopolíticas, *Vniversitas Javeriana* nº 109, 641-698, 685 (2005).
- Indígenas sin derechos “*situación de los derechos humanos de los pueblos indígenas*”. Observatorio indígena de políticas Públicas de Desarrollo y Derechos Étnicos. Informe 2007
- Insumos para la conceptualización y discusión de una política de protección social en salud de los grupos étnicos en Colombia, Ministerio de la Protección Social y Organización Panamericana de la Salud. Bogotá, p. 56 (2004).
- JHON FRANCISCO ARIZA MONTOYA, “Etnicidad y salud: reflexiones desde el análisis de la política para grupos étnicos en Bogota” Trabajo presentado en el IX Congreso Nacional de Sociología, 6 al 19 de diciembre de 2006, Bogota D.C

- JORGE IVÁN CUERVO, La definición del problema y la elaboración de la agenda en *Ensayos sobre políticas públicas*, pp. 151-165, (JORGE IVÁN CUERVO, Ed., Universidad Externado de Colombia, Bogotá, 2007).
- JORGE IVÁN CUERVO, Las políticas públicas: entre los modelos teóricos y la práctica gubernamental. Una revisión a los presupuestos teóricos de las políticas públicas en función de su aplicación a la gestión pública colombiana en: *Ensayos sobre políticas públicas*, pp. 66-95, 83 (JORGE IVÁN CUERVO, Ed., Universidad Externado de Colombia, Bogotá, 2007).
- JOSE MARTÍNEZ DE PISÓN. *El derecho a la salud: un derecho social esencial*. 14. *Revista. Derechos y libertades*, época ii, pág. 120 – 150 (2006).
- Ley 100 de 1993
- Ley 715 de 2001
- Ley 1131 de 1994, artículo 1º.
- L. PRIETO SANCHIS, *Escritos sobre derechos fundamentales*, Debate, Madrid, 1990, p.188.
- LIBIA GRUESO, CARLOS AUGUSTO VIAFARA. *Plan Integral de largo plazo para la población Negra/afrocolombiana, palenquera y raizal. Propuesta para el capítulo de fortalecimiento de Grupos Étnicos y de las relaciones interculturales del Plan Nacional de Desarrollo*. 2006 – 2010, Bogotá Enero 15 de 2007.
- LUIS EDUARDO GARZÓN, *Por un compromiso social contra la pobreza en Bogotá*, Lucho Garzón Alcaldía Mayor de Bogotá 2004-2007, Ediciones Antropos Ltda. (2003). Consultado por última vez el 30 de enero del 2009 en: http://www.sdp.gov.co/www/resources/vff_documento_politica_social_luis_garzon.pdf
- LUÍS EDUARDO PÁEZ MURCIA, “*Los derechos sociales en serio: hacia un dialogo entre derechos y políticas publicas*”. Editorial. Centro de estudios de Derecho, Justicia y Sociedad. De justicia
- LUIS FERNANDO AGUILAR, Estudio introductorio, en: *El estudio de las políticas públicas*, (Ed. Porrúa, Ciudad de México, 1996).
- LUIS JORGE HERNÁNDEZ F, “*Aproximaciones a la Política Pública en Salud en Bogotá, Distrito Capital*”, *Revista de salud pública*. Print ISSN 0124-0064. <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v4n2/v4n2a02.pdf>
- MARÍA CECILIA ACUÑA, Elementos para la discusión en torno a la protección social y el derecho a la salud, en: *Revista Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras*, pp. 9-15, (2006). Consultado por última vez el 5 de febrero del 2008 en: <http://www.bvs.hn/RFCM/pdf/2006/pdf/RFCMVol13-1-2006-3.pdf>.

- MANUEL ALBERTO RESTREPO MEDINA. *Estudio de caso sobre la inversión social en Bogotá*. 8 *Revista Estudios socio jurídicos*, págs. 103 - 125. Pág. 105. (2006)
- NILA LEAL GONZÁLEZ, *Ciudadanía activa: la construcción del nuevo sujeto indígena*, 22 *Opción*, n°. 49, pp. 9-24 (2006).
- Observación General N° 14 (2000)
- OSCAR PARRA VERA, *La protección judicial de las dimensiones prestacionales del derecho a la salud: Tipos de norma estándares y formas de activismo judicial*. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Derecho Ciencias políticas y sociales. Departamento de Derecho. Maestría en Derecho. Bogotá 2009.
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales A/RES/2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966. En: <http://www.cinu.org.mx/onu/documentos/pidesc.htm>
- PEDRO CORTÉS LOMBANA, *Etnicidad y salud en extensión en la protección social en salud para grupos étnicos en Colombia*, (ed., OPS y Ministerio de la protección social, Bogotá, 2004).
- Plan de Desarrollo Distrital “*Bogotá positiva para vivir mejor*” 2008-2012
- Plan de Desarrollo Distrital “*Bogotá sin indiferencia un compromiso social contra la pobreza y la exclusión*” 2004-2007
- Proceso organizativo del pueblo Rom (gitano) de Colombia. Tras el camino de Melquíades. Memoria y resistencia de los Rom de Colombia. Prorrom. n° 4 (O lasho drom, Bogotá, D.C., 2005).
- Proyecto de ley N° 067 de 1999, Senado. Gaceta del Congreso, 435 de 1999
- Relatoría primer encuentro de saberes indígenas. Asociación de Cabildos Indígenas de Bogotá ASCAI, (2007).
- RODRIGO UPRIMNY Y DIANA GUARNIZO, “¿Es posible una dogmática adecuada sobre la prohibición de regresividad? Un enfoque desde la jurisprudencia constitucional colombiana” en *Homenaje a Héctor Fix Zamudio*, México, UNAM, 2008.
- ROTH, HERNÁNDEZ F, LUIS JORGE, “*Aproximaciones a la Política Pública en Salud en Bogotá, Distrito Capital*”, *Revista de salud pública*. Print ISSN 0124-0064.
- Sentencia T-371 del 2000. Corte Constitucional. M.P. Carlos Gaviria Díaz
- sentencia C-130 de 2002. Corte Constitucional. M.P. Jaime Araujo Rentería.
- Sentencia C-530 de 1993. Corte Constitucional. M.P. Alejandro Martínez Caballero.
- Sentencia C – 086 de 1994. Corte Constitucional. M.P. Jorge Arango Mejía
- Sentencia C-454 de 1999. Corte Constitucional. M.P. Fabio Morón Díaz.

- Sentencia C – 864 de 2008. Corte Constitucional. M.P. Marco Gerardo Monroy Cabra.
- Sentencia C-371 de 2000. Corte Constitucional. M. P. Carlos Gaviria Díaz
- Sentencia SU-510 de 1998. Corte Constitucional. M.P. Eduardo Cifuentes Muñoz
- Sentencia C-230 de 2008. Corte Constitucional. M.P. Humberto Antonio Sierra Porto.
- Sentencia T–171 de 1994. Corte Constitucional. M.P. José Gregorio Hernández Galindo.
- Sentencia T–214 de 1997. Corte Constitucional. M.P. Alejandro Martínez Caballero.
- Sentencia T-379 de 2003. Corte Constitucional. M.P. Clara Inés Vargas Hernández
- Sentencia T-188 de 1993. Corte Constitucional. M.P. Eduardo Cifuentes Muñoz,
- Sentencia T- 342 de 1994. Corte Constitucional. M.P. Antonio Barrera Carbonell,
- Sentencia SU – 039 de 1997. Corte Constitucional. M.P. Carlos Gaviria Díaz.
- Sentencia T – 760 de 2008, Corte Constitucional, M.P. Manuel José Cepeda.
- Sentencia C-811 de 2007, Corte Constitucional, M.P. Marco Gerardo Monroy Cabra; SV Jaime Araujo Rentería, Nilson Pinilla Pinilla; AV Catalina Botero Marino.
- Sentencia C-811 de 2007, Corte Constitucional, M.P. Marco Gerardo Monroy Cabra; SV Jaime Araujo Rentería, Nilson Pinilla Pinilla; AV Catalina Botero Marino.
- Sentencia C-044 del 2004. M.P. Dr. Jaime Araujo Renteria Bogotá
- VÍCTOR ABRAMOVICH, Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo, *Revista de la CEPAL*, n°. 88, pp. 35-50, (2006).
- YOLANDA BODNAR, *El pueblo Rom (gitano) en Colombia, historia migratoria, presencia actual y caracterización cultural*, Universidad Externado de Colombia, Bogotá, Inédito 2005.
- HÉCTOR ZAMBRANO RODRÍGUEZ, Política distrital de salud 2004-2008. Ponencia presentada en la mesa redonda: *Las políticas de salud en Bogotá*. En el marco del Primer Congreso Nacional de Investigación en Salud Pública “*Investigación para la toma de decisiones en el sector salud*”, Bogotá, 2006. Consultado por última vez el 5 de enero del 2009 en:
- http://www.javeriana.edu.co/fcea/convocatorias/memorias_1congreso_sp/congreso_%20salud_compilado/final/phzr.pdf
- <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=55509914>
- YOLANDA D’ELIA, DE NEGRI ARMANDO, *Estrategia de promoción de la calidad de vida “La construcción de políticas públicas por la calidad de vida desde una perspectiva de derecho y equidad”*, Documento de trabajo. Caracas: Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS) / Agencia de Cooperación Alemana (GTZ), p. 9, (2002).

- <http://www.ecosur.mx/ecofronteras/ecofrontera/ecofront16/pdf/politicaspUBLICAS.pdf>
- <http://www.cinu.org.mx/onu/documentos/pidesc.htm>
- http://www.javeriana.edu.co/fcea/convocatorias/memorias_1congreso_sp/congreso_%20salud_compilado/final/phzr.pdf
- <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=55509914>
- <http://www.scribd.com/doc/17447596/Estudio-Descriptivo-de-la-situacion-del-Regimen-Subsidiado-en-Bogota-entre-Agosto-y-October-de-2006>
- <http://www.paho.org/Spanish/AD/THS/OS/orient-marcos-juridicos-ESP.doc>
- [www.dnp.gov.co/archivos/documentos/DDTS_plan_integral_afro/anexo_P3_1_propuesta_Equipo_Plan .pdf](http://www.dnp.gov.co/archivos/documentos/DDTS_plan_integral_afro/anexo_P3_1_propuesta_Equipo_Plan.pdf)
- <http://www.scribd.com/doc/13620422/SENA-INTERCULTURAL>
- <http://www.un.org/spanish/aboutun/hrights.htm>
- http://www.notivida.com.ar/leginternacional/PIDESC/PIDESC,Pacto_Internacional_de_Derechos_Economicos.html
- http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892007001100009&lng=&nrm=iso#tx02
- <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v4n2/v4n2a02.pdf>
- http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892007001100009&lng=&nrm=iso#tx02