

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

**HEALTH RIGHTS FOR ETHNICS GROUPS IN
BOGOTÁ. THE DEFINITION OF THE PROBLEM
AND THE CONSTRUCTION OF THE AGENDA
“BOGOTÁ WHITHOUT INDIFFERENCE A
SOCIAL COMMITMENT WITH THE POOR
AND THE EXCLUSION” 2004-2007**

*Angélica González-Acosta***

* Artículo producto del proyecto análisis de políticas públicas con enfoque de Derechos Humanos de la línea de investigación en políticas públicas y seguimiento narrativo del grupo de investigación en Derechos Humanos de la Facultad de Jurisprudencia de la Universidad del Rosario.

** Abogada Universidad del Rosario, candidata a magíster en Derecho Administrativo de la Universidad del Rosario. Joven investigadora Colciencias Grupo de investigación en Derechos Humanos de la Universidad del Rosario.

Correos electrónicos: angie_gac@hotmail.com; angelica.gonzalez63@urosario.edu.co

RESUMEN

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 la primera etapa 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, 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 autor: análisis de política pública, definición del problema y construcción de la agenda, derechos humanos, grupos étnicos, derecho a la salud.

Palabras clave descriptor: política pública, derecho a la salud, grupos étnicos.

ABSTRACT

Four are the steps required for the production of a public policy, according to the sequential model suggested by HAROLD LASWELL (1956) and developed by JONES (1970). First of all, it is the definition of the problem and the construction of the agenda. Secondly, it is the formulation, the decision or legitimization, third the implementation, and finally, the evaluation of the public policy. An analysis in the first stage of the public policy production appears in this reflection document. The public policy in health for ethnic groups, with an approach in Human Rights, during the period of the Bogota Mayor Luis Eduardo Garzón, has chosen as study case. A diversity of local, and national, compared rights documents with structured interviews were used, with the intention of identifying the strengths and weakness during the definition of the problem and construction of the local agenda, created in the mayor period 2004-2007, a period characterized mainly by the social programs in favor of the rights and the most vulnerable people.

Key words author: Public Policy Analysis, Problem Definition and Construction of the Agenda, Human Rights, Ethnic Groups, Right to Health.

Key words plus: Public Policy, Right to Health Care, Ethnic Groups

Sumario: Introducción, La definición del problema y la construcción de la agenda, Definición del problema, Conclusiones, Fortalezas, Debilidades, Bibliografía.

INTRODUCCIÓN

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 determinada;¹ 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 pública.²

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 posible.³

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 naturaleza de este tipo de política tan particular– se utilizará el enfoque de derechos humanos en las estrategias y políticas de desarrollo planteadas recientemente,⁴ teniendo como insumo el programa de gobierno, el plan de desarro-

1 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).

2 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 (André-Noel Roth, Ed., Universidad Externado de Colombia, Bogotá, 2007).

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

4 VÍCTOR ABRAMOVICH, Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo,

llo, 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 1951,⁵ 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:⁶

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 a 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 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

Revista de la CEPAL, n° 88, pp. 35-50, (2006).

- 5 *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>
- 6 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).

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 esta investigación solo 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.

La definición del problema y la construcción de la agenda

La definición del problema y la construcción de la agenda o agenda institucional⁷ 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 pobreza,⁸ con un gran enfoque de garantía de derechos humanos. En este programa de gobierno o agenda sistémica,⁹ podemos destacar los siguientes aspectos positivos:

7 Ibid.

8 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

9 LUIS FERNANDO AGUILAR, Estudio introductorio, en: *El estudio de las políticas públicas*, (Ed. Porrúa, Ciudad de México 1996).

Cuadro N° 1 Aspectos positivos del programa de gobierno

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.

Fuente: elaboración propia.

En esta primera etapa estamos hablando de un modelo de intermediación de los políticos u oferta política,¹⁰ que tuvo como principal objetivo ganar apoyo o

10 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).

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.

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)¹¹ 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 vinculante¹² 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 distrital¹³ 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.¹⁴

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

11 JORGE IVÁN CUERVO, op. cit. nota 7, p. 161.

12 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.

13 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.

14 Ibid.

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.

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 ANDRÉ ROTH:¹⁵

Esquema analítico para la definición de un problema

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 problema.¹⁶

Definición del problema:¹⁷

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. **Los afectados:** en relación con este criterio señalado por ANDRÉ ROTH, 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 Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE) son: i) los grupos indígenas, ii) los pueblos ROM (gitanos), iii) los afrodescendientes y iv) los raizales.

15 *Ibíd.*

16 ANDRÉ-NOEL ROTH, *op. cit.*, nota 12 p. 60.

17 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.

Cuadro N° 2
Valoración cuantitativa - grupos étnicos en Bogotá. Censo 2005.

Categorías	Casos población	%	Acumulado
Indígena	15.032	0,22	0,22
ROM (gitanos)	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	100,00
Total	6.778.691	100,00	100,00

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 social.¹⁸

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:

- 1. Originarios:** indígenas pertenecientes a la cultura muisca históricamente asentados en Bogotá principalmente en Bosa y en Suba,¹⁹ ubicados en las veredas San José y San Bernardino de Bosa, y en el cerro de Suba; la conforman 6.773 personas.
- 2. 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

18 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

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

contexto. De este grupo hacen parte los kitchwa,²⁰ inga,²¹ 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.

3. **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 pijao²² del departamento del Tolima, los embera katio del departamento del Chocó.²³

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

20 “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).

21 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.

22 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.

23 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).

dentro de una sociedad abierta y dinámica permitirá articular procesos de construcción social y política hacia los indígenas urbanos.²⁴

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 alquiladas.²⁵

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*²⁶ 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 país.²⁷

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 Ketna.²⁸

24 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.

25 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).

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

27 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.

28 FRANCISCO ARIZA, op. cit. nota 27 p. 371.

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 derechos.²⁹

1. 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 nacional.³⁰

- *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.*³¹ Fomenta las diferencias de salud entre las personas dificultando el acceso a los servicios de salud de los grupos étnicos, contribuyendo a

29 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).

30 *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).

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

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.

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 campos.³²

• *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 desenvuelve,³³ 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”.³⁴ 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).³⁵

• *La escasa información estadística* impide realizar estudios a fondo sobre el problema del derecho a la salud de los grupos étnicos en Bogotá,³⁶ 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

32 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).

33 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>.

34 *Ibid.* p. 8.

35 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.

36 CRISTINA TORRES, La equidad en materia de salud vista desde un enfoque étnico, 3 *Rev. Panamericana Salud Publica/Pan Am J. Public Health*, n° 10, pp. 188-201, 188 (2001).

heterogéneos que responden a diferentes marcos conceptuales,³⁷ factor que contribuye a su invisibilidad social.

- *Abruptos cambios socioculturales.*³⁸ 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.* 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:

Cuadro N° 3
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 Fé	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

37 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).

38 *Ibid.*, op. cit., nota 26, p. 192.

Localidad	Pobre %	No pobre %
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 Cristóbal,³⁹ Engativá, Candelaria, Mártires⁴⁰ (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 tradicional.⁴¹ 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 grupos;⁴² 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

39 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).

40 Relatoria primer encuentro de saberes indígenas Asociación de Cabildos Indígenas de Bogotá ASCAI, (2007).

41 *Ibid.*

42 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.

la población, existen dificultades generadas por su forma de penetración, cosmovisión, niveles culturales de comunicación, entre otros, que dificultan las expectativas de las distintas comunidades⁴³ 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*–.⁴⁴

- *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 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,⁴⁵ 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*”.⁴⁶

- *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.

43 Ibíd.

44 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.

45 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.

46 CRISTINA TORRES, op. cit., nota 39, p. 196.

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 salud.⁴⁷

2. 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.

3. 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 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 internacional⁴⁸ 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 afirmativas⁴⁹ a favor de los grupos de especial protección constitucional.

4. 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 Caribe.⁵⁰

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

47 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, D.C.: Fundación Rockefeller; Organización Panamericana de la Salud, 2002).

48 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>

49 Corte Constitucional, Sentencia T-371 del 2000.

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

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).⁵¹

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 identificar:⁵²

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.
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.

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.

51 CRISTINA TORRES, *op. cit.*, nota 39.

52 PEDRO CORTÉS, *op. cit.*, nota 40.

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:

Construcción de la agenda

JORGE IVÁN CUERVO⁵³ 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 forma 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.

53 JORGE IVÁN CUERVO, op. cit., nota 7, p. 157.

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 NOEL 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*”.

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:

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.

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

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.

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.

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

CONCLUSIONES

De acuerdo con el análisis anteriormente reseñado, como conclusión 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.

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 sostenibilidad,⁵⁴ 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.

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 los artículos 1º y 7º de la Constitución Política, lo cual permitió identificar las principales necesidades de los ciudadanos de manera global.

54 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).

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 etnias⁵⁵ 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”*.⁵⁶ 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.

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

55 YOLANDA D'ELIA, op. cit., nota 35, p. 30.

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

y caracterizado a fondo la naturaleza del problema, impidiendo a la ciudadanía la exigibilidad de la política en construcción, de acuerdo con enfoques diferenciales.

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 progresividad⁵⁷ en la realización de los derechos humanos,⁵⁸ 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 civil.⁵⁹

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.⁶⁰

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:

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

58 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.

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

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

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*,⁶¹ implica el querer hacer las cosas con criterios de continuidad, con la mediatización de información confiable.

61 HERNANDO ROA SUÁREZ, Conceptualizaciones sociopolíticas, *Vniversitas Javeriana* n° 109, 641-698, 685 (2005).

BIBLIOGRAFÍA

- ABRAMOVICH, VÍCTOR, Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo, *Revista de la CEPAL*, n° 88, pp. 35-50, (2006).
- ACUÑA, MARÍA CECILIA, 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>.
- AGUILAR, LUIS FERNANDO, Estudio introductorio, en: *El estudio de las políticas públicas*, (Ed. Porrúa, Ciudad de México, 1996).
- 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).
- ARIZA, FRANCISCO, *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.
- *Lineamientos de política pública de atención en salud para grupos étnicos. Secretaría Distrital de Salud Pública*, Área de análisis y políticas, abril del 2006.
- BODNAR, YOLANDA, *El pueblo Rom (gitano) en Colombia, historia migratoria, presencia actual y caracterización cultural*, Universidad Externado de Colombia, Bogotá, Inédito 2005.
- BRESSER; CUNILLA Y OTROS, *Política y gestión pública*. Fondo de Cultura Económica. CLAD. Caracas, Venezuela p. 13, 2005.
- CORTÉS LOMBANA, PEDRO, *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).
- CUERVO, JORGE IVÁN, 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).
- 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).
- D'ELIA, YOLANDA; 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).
- 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, D.C.: Fundación Rockefeller; Organización Panamericana de la Salud, 2002).
- GARZÓN, LUIS EDUARDO, *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

- LEAL GONZÁLEZ, NILA, *Ciudadanía activa: la construcción del nuevo sujeto indígena*, 22 *Opción*, n° 49, pp. 9-24 (2006).
- MÉNDEZ, FRANCISCO, *La atención primaria en salud: un programa viable para las comunidades indígenas*, 7(1) Editado en: *Cuadernos de Salud Pública*, n° 1, p. 106 (1991).
- MOLINA ECHEVERRI, HERNÁN, Nuevos escenarios de vida indígena urbana: el caso de Bogotá, en: *Actualidad política participación en la ciudad indígenas de América investigación documentos*, 106 (2007).
- ROA SUÁREZ, HERNANDO, Conceptualizaciones sociopolíticas, *Vniversitas Javeriana* n° 109, 641-698, 685 (2005).
- TORRES, CRISTINA, 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).
- VARGAS VELÁSQUEZ, ALEJO, 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).
- ZAMBRANO RODRÍGUEZ, HÉCTOR, 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

Normas

- Acuerdo 119. *Bogotá sin indiferencia un compromiso social contra la pobreza y la exclusión*, de junio 3 del 2004.
- 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.
- 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).
- Ley 1131 de 1994, artículo 1°.
- 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>
- 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).
- Relatoría primer encuentro de saberes indígenas. Asociación de Cabildos Indígenas de Bogotá ASCAI, (2007).

Sentencias

Corte Constitucional

T-371 del 2000.

Páginas web

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

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

<http://www.cinu.org.mx/onu/documentos/pidesc.htm>

<http://www.ecosur.mx/ecofronteras/ecofrontera/ecofront16/pdf/politicapublicas.pdf>

http://www.javeriana.edu.co/fcea/convocatorias/memorias_1congreso_sp/congreso_%20salud_compilado/final/phzr.pdf