

**El Estado del Derecho Humano a la Salud en Poblaciones Minoritarias. El Caso de la
Población Raizal en Colombia. Periodo 2022 - 2023**

Ángela María Moreno Salazar

ID 1144193547

Escuela Superior de Administración Pública – ESAP

Maestría en Derechos humanos, Gestión de la transición y Posconflicto

Bogotá, D.C

2025

**El Estado del Derecho Humano a la Salud en Poblaciones Minoritarias. El Caso de la
Población Raizal en Colombia. Periodo 2022 - 2023**

Ángela María Moreno Salazar

ID 1144193547

Trabajo de grado como requisito para optar el título de Maestría en Derechos humanos,

Gestión de la transición y Posconflicto

Línea de investigación en Derechos humanos en el ámbito público

Asesora

Elsy Luz Barrera

Doctora en Derecho Universidad Externado de Colombia. Maestría en Análisis

Problemas Políticos, Económicos e Internacionales Contemporáneos. Especialista En Gerencia
de la Salud Pública. Administradora Pública -ESAP. Docente de planta de la ESAP Sede Central

Escuela Superior de Administración Pública – ESAP

Maestría en Derechos humanos, Gestión de la transición y Posconflicto

Bogotá, D.C

2025

Nota de aceptación:

Firma del presidente del Jurado

Firma del Jurado 1

Firma del Jurado 2

Agradecimientos

A toda la población raizal residente en Bogotá, que se encuentran lejos de su territorio, a la organización de la comunidad raizal con residencia por fuera del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina “ORFA” que con los años se convirtieron en familia y mi red de apoyo. También a la Escuela Superior de Administración Pública – ESAP, por fortalecer las entidades territoriales, y a la directora de trabajo de grado por el acompañamiento. Dis

investigieshan da ñi mi pipl.

Autora: Ángela María Moreno Salazar

CONTENIDO

RESUMEN	6
INTRODUCCIÓN	8
Objetivos:	11
Hipótesis	12
Variables de investigación	12
Línea de investigación	14
Descripción del Problema	15
Justificación	20
Marco teórico - conceptual	22
Marco jurídico	35
Metodología	44
Población y Muestra.....	47
Tabulación de información	49
 CAPÍTULO 1: LAS PROBLEMÁTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS QUE ENFRENTA LA POBLACIÓN RAIZAL DENTRO Y FUERA DE SU TERRITORIO	 51
 CAPITULO 2: ANÁLISIS DOCUMENTAL DEL DERECHO A LA SALUD DE LOS RAIZALES COMO GRUPO ÉTNICO.....	 61
 CAPITULO 3: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	 73
Resultados Entrevistas	73
Resultados Encuestas	78

Hallazgos	85
CAPITULO 4: A MANERA DE CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES....	90
Conclusiones:	90
Recomendaciones	100
REFERENCIAS	102
ANEXOS	108

RESUMEN

Desde una perspectiva de Derechos Humanos, el derecho a la salud se concibe como aquel que nos permite la realización y exigencia de los demás derechos existentes, es decir, es tan esencial y necesaria la salud para poder llevar a cabo las demás actividades usuales de un ser humano, y aún más para aquellos quienes sostienen formas y creencias de vida diferentes a la generalidad. Este derecho humano es fundamental para estas personas, toda vez que lo consideran como parte de su humanidad, lo entienden, identifican y traducen en una vida digna. Es por esto, que, para las comunidades minoritarias, el derecho a la salud tiene una amplia relevancia, puesto que no solo es la salud en si misma sino los aspectos culturales, sociales, y económicos alrededor de éste que le otorga la importancia suficiente para su exigibilidad.

Este proyecto de grado que estudia el periodo 2022-2023, en donde se busca visibilizar condiciones de acceso y oportunidad en los servicios de salud para la comunidad Raizal residente en Bogotá, que por dinámicas mismas de atención de salud terminó alejada de su territorio, con la correlación de las deficiencias del sistema de salud colombiano y las dinámicas capitalistas donde la economía en la salud prima sobre el derecho mismo. En ese sentido, la investigación asume

como punto de partida, una revisión desde el territorio (Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina Islas), con un enfoque histórico y sociodemográfico del pueblo Raizal, y finaliza abordando los casos de vulneración del derecho humano a la salud de los raizales desde los distintos ángulos y nociones frente a sus condiciones de vida en Bogotá, así como el funcionamiento actual del sistema de la salud en conjunto y las problemáticas presentadas.

Palabras clave: Derechos Humanos, Servicio a la Salud, Pueblo Raizal, Enfoque Diferencial, Interseccionalidad, San Andrés y Providencia.

Abstract

The provision of health services and the right to health are fundamental, serving as a cornerstone for ensuring a dignified life, particularly for the Raizal population residing in Bogotá. This community faces significant socio-economic vulnerability and challenges, often leading to forced migration to the capital in search of adequate healthcare services. The historical, social, cultural, and geographical particularities of the Raizal people create a complex scenario of human rights violations that requires study from a differentiated and intersectional perspective.

This degree project examines the 2022–2023 period, seeking to highlight the conditions of access and opportunity in healthcare services for the Raizal community living in Bogotá—a population that, due to the very dynamics of healthcare provision, ended up displaced from its native territory. It explores the correlation between the deficiencies of the Colombian healthcare system and capitalist dynamics, where health economics take precedence over the right to health itself. In this sense, the research takes as its starting point a review of the territory (the Department

of the Archipelago of San Andrés, Providencia, and Santa Catalina), utilizing a historical and sociodemographic approach to the Raizal people. It concludes by addressing cases where the human right to health has been violated, examining the various perspectives and notions regarding their living conditions in Bogotá, as well as the current functioning of the healthcare system as a whole and the problems it presents.

Keywords: Human Rights, Health Services, Raizal People, Differential Approach, Intersectionality, San Andrés, and Providencia.

INTRODUCCIÓN

El acceso del derecho humano a la salud es fundamental. La Organización Mundial de la Salud, en adelante OMS, lo ha definido como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades (OMS, 2006). En consecuencia, este derecho es una pieza principal para una vida digna, sin embargo, la población raizal residente en la ciudad de Bogotá se enfrenta a retos y a alta vulnerabilidad socioeconómica para la garantía de este derecho. En la búsqueda de un correcto acceso al servicio de salud, dejando como consecuencias un fenómeno migratorio forzado hacia la capital, las particularidades históricas, sociales, culturales y geográficas de esta población, configuran un escenario complejo de vulneración de derechos humanos que demanda ser estudiado desde una mirada distinta y con un enfoque diferencial étnico.

Así las cosas, esta investigación se estructura de la siguiente manera: en un principio se estudian los objetivos, hipótesis, variables y líneas de investigación, luego, la descripción del

problema del pueblo raizal abordando cada una de las situaciones y circunstancias que le aquejan; seguidamente la justificación con una mirada de derechos humanos, el cual pretende contribuir a la discusión sobre la necesidad del derecho humano a la salud, respetando su identidad cultural y superando las barreras que hoy perpetúan la desigualdad y la exclusión de este grupo étnico.

Luego, se presenta un marco teórico-conceptual, en donde se definen qué es el derecho a la salud, qué es la acción de Tutela, entre otras, partiendo de autores como el profesor Jaime Gañán, profesor Néstor Osuna y la profesora Elsy Luz Barrera. Seguidamente, un marco jurídico que revela los principios y normativas tanto nacionales como internacionales alrededor de este derecho humano.

Continuamente está la metodología, indicando que se realizó la investigación desde un enfoque cualitativo, donde se triangula la información primaria como encuestas y entrevistas semiestructuradas, con fuentes secundarias como la revisión documental de focus group de la organización de la comunidad raizal con residencia fuera del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, en adelante ORFA, y posteriormente se detalla la muestra estadística de la población y la respectiva tabulación de la información obtenida.¹

De manera congruente a lo indicado, se construyen 4 capítulos distribuidos de la siguiente manera: el primero aborda las problemáticas sociodemográficas que enfrenta el pueblo raizal, dentro y fuera de su territorio, además de brindar un contexto socio-cultural de lo que significa ser

¹ ORFA es la organización de la comunidad raizal en Bogotá, la cual se encuentra legalmente constituida desde el año 2004. Es la organización en la que la diáspora raizal se ha reunido en los últimos 20 años, y tiene como característica principal ser la instancia representativa de este grupo étnico en Bogotá, por esta razón se articula con entidades a nivel distrital y nacional, ejerciendo sus derechos como pueblo raizal en la capital.

raizal y sus diversas afectaciones. Luego está el segundo capítulo, que refiere un análisis documental sobre las investigaciones que se han realizado en Colombia y a nivel latinoamericano, respecto a los derechos humanos relacionados con el derecho de la salud en poblaciones minoritarias, enfocándose en el objeto de estudio que es la población raizal en Bogotá. Seguido, se presenta como tercer capítulo los resultados de la investigación, teniendo en cuenta lo que se ha estudiado por parte de otros autores en artículos, tesis de doctorados y en los libros, allí se exponen conclusiones interesantes, basados en un análisis cualitativo de encuestas y entrevistas semiestructuradas realizadas a pacientes o acompañantes raizales en la ciudad de Bogotá dentro en el periodo estudiado, así como los distintos hallazgos que son significativos y reveladores en esta investigación.

De ahí, se presenta el último capítulo, compuesto por las conclusiones y recomendaciones para fortalecer los derechos humanos de la población raizal en Bogotá. Se llegan a las conclusiones de acuerdo con la indagación teórica y los resultados de la implementación de las herramientas metodológicas (entrevistas, encuestas y revisión documental). Y por recomendaciones se entienden aquellas que, en conjunto con las conclusiones, arrojan iniciativas de acción que podrían materializar el ejercicio del derecho humano de la salud de los raizales en Bogotá de manera concreta.

Es preciso indicar que el presente se enmarca en las líneas de investigación de la Escuela Superior de Administración Pública ESAP. El estudio toma la línea de Derechos Humanos en el ámbito público, que es indagar acerca de la gestión del conocimiento en materia de Derechos humanos en Colombia.

Objetivos:

Esta investigación tiene como objetivo principal: Determinar las condiciones de acceso y oportunidad en la prestación de servicios de salud a la comunidad raizal de San Andrés, Providencia y Santa Catalina residente en Bogotá D.C., durante el periodo 2022–2023, con el propósito de analizar e identificar las afectaciones al goce efectivo del derecho fundamental a la salud y los casos de vulneración de derechos humanos, en el marco de los principios de equidad, dignidad y pertinencia cultural.

Con los siguientes objetivos específicos:

- Analizar las principales barreras de acceso y oportunidad en la prestación de servicios de salud que afectan a los miembros de la comunidad raizal de San Andrés, Providencia y Santa Catalina residentes en Bogotá D.C., durante el periodo 2022–2023, con el fin de generar insumos para el diseño de estrategias que promuevan la equidad en el acceso y la atención integral en salud.
- Examinar las deficiencias en el acceso oportuno, eficaz y con calidad de los servicios de salud que limitan el goce efectivo del derecho fundamental a la salud en la comunidad raizal residente en Bogotá D.C., con el propósito de identificar factores estructurales y acciones orientadas a garantizar la equidad en la atención.
- Consultar los casos de vulneración de derechos humanos asociados con la atención en salud de la población raizal de San Andrés, Providencia y Santa Catalina residente en Bogotá D.C. con el propósito de identificar patrones de discriminación, negligencia o exclusión que afecten el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, durante los años 2022 y 2023.

Hipótesis

Se busca comprobar la siguiente hipótesis: la falta de acceso y oportunidad en los servicios de salud para la comunidad Raizal de San Andrés y Providencia residente en Bogotá (2022-2023) vulnera su derecho fundamental a la salud y sus derechos humanos, debido a barreras estructurales como la discriminación étnico-racial, la insuficiencia de políticas públicas con enfoque diferencial, las limitaciones geográficas y administrativas en la prestación de servicios de salud. Esta situación se agrava por el desplazamiento forzado, generando un impacto desproporcionado en el bienestar integral de la comunidad Raizal.

Variables de investigación

La variable dependiente será la calidad del servicio de salud, que en definición es ver el grado en que el sistema de salud garantiza el acceso, siendo este oportuno y no discriminatorio al pueblo raizal en Bogotá, los indicadores para medir esta variable dependiente serán, la accesibilidad a la salud, aceptabilidad o pertinencia cultural a la hora de ser atendidos y la efectividad clínica que es enfocado a la tasa de resolución de los problemas de salud.

Para las variables independientes que afectan la calidad de servicio de salud; la discriminación étnica-racial relacionada en las instituciones de salud, se mide con las encuestas sobre la experiencia del racismo. Otra es las barreras administrativas y legales ante el sistema general de seguridad social en salud, finalmente los determinantes socioeconómicos y las interseccionalidades de la población raizal.

En consecuencia, la investigación ajusta sus variables a dichos lineamientos, asegurando que la medición del acceso y la oportunidad en la atención en salud del pueblo raizal residente en

Bogotá se sustente en criterios técnicos y normativos reconocidos oficialmente, y que permita analizar de forma integral las barreras estructurales, administrativas y socioculturales que afectan el goce efectivo del derecho fundamental a la salud.

Tabla No.1: *Operacionalización de las variables de investigación: acceso, pertinencia cultural y barreras estructurales de la población Raizal en Bogotá D.C*

Variable	Definición conceptual	Indicadores propuestos	Fuente de información
Acceso y oportunidad al servicio de salud	Capacidad real y efectiva de la población raizal residente en Bogotá para recibir atención médica oportuna, continua, adecuada y culturalmente pertinente.	Oportunidad en la asignación de citas médicas. Tiempos de espera promedio en urgencias y especialidades. Porcentaje de afiliados atendidos en su EPS. Existencia de rutas diferenciales de atención.	Encuestas a población raizal, registros de EPS, Secretaría Distrital de Salud.
Pertinencia cultural	Grado en que los servicios de salud reconocen y respetan las prácticas, idioma y cosmovisión de la comunidad raizal.	Inclusión de traductores o mediadores culturales. Adaptación de protocolos de atención. Percepción de respeto cultural por parte de los usuarios.	Entrevistas, focus group, revisión documental de protocolos.
Barreras estructurales y administrativas	Factores institucionales, logísticos y financieros que limitan el acceso efectivo a los servicios de salud.	Número de tutelas interpuestas. Dificultades en el traslado o portabilidad. Falta de redes de referencia y contrarreferencia adecuadas. Limitaciones presupuestales.	Documentos oficiales, entrevistas a funcionarios, revisión jurisprudencial.
Condiciones socioeconómicas y demográficas	Características de la población que influyen en la demanda y uso de servicios de salud.	Edad, sexo, nivel educativo, tipo de afiliación, ingresos.	Encuesta

Nota. La tabla presenta la operacionalización de las variables de investigación utilizadas en el estudio, las cuales se alinean con los objetivos específicos y permiten analizar las condiciones de acceso, oportunidad y pertinencia cultural en el derecho fundamental a la salud de la población raizal residente en Bogotá D.C. Con base en el documento: Análisis de situación en salud para la población diferencial Raizal (2022-2023).

Línea de investigación

La problemática identificada en la presente investigación, enfocada a las barreras de acceso y oportunidad en los servicios de salud que enfrentan los miembros de la comunidad raizal de San Andrés, Providencia y Santa Catalina residentes en Bogotá, en el que se debe tener en cuenta que es una manifestación de conflicto social no armado, que involucra a un grupo étnico minoritario históricamente marginado.

Desde la perspectiva de la Maestría en Derechos Humanos, Gestión de la Transición y Posconflicto, este tipo de conflictividades encajan dentro de los llamados conflictos estructurales o socioculturales, que aunque no recurren a la violencia directa, se expresan en formas de exclusión sistemática, discriminación institucional y vulneración de derechos, como lo advierten Galtung (1990) al referirse a la violencia estructural, y Fisas (2011) al abordar la construcción de paz en contextos de conflictos de baja intensidad o invisibilizados. La marginación, la pobreza monetaria y dinámicas mismas de la exclusión del pueblo raizal por fuera y dentro de su territorio, en diferentes temas como salud, servicios públicos y otras que sean de su particularidad como grupo étnico minoritario.

Lo anterior estudia la problemática del servicio de salud, reflejada en la atención médica, como una de las razones principales por la que los raizales deciden ser atendidos en la ciudad de Bogotá y no en su territorio, esta línea de investigación tiene una relación directa con el marco de los derechos humanos, toda vez que el derecho a la salud se reconoce como un derecho humano esencial para la garantía de una vida digna, sin discriminación, y con respeto por la diversidad étnica y cultural.

Así las cosas, es necesario comprender concretamente la problemática social a la que se enfrentan los raizales que se ven en la necesidad de trasladarse a la ciudad de Bogotá al solicitar la prestación de servicio de salud de calidad, de forma oportuna y accesible, estableciendo así una clara descripción contextual, sus diferentes circunstancias y las complejidades que encara este grupo étnico.

Descripción del Problema

El derecho fundamental a la salud del pueblo raizal presenta dificultades en el acceso y oportunidad de la prestación del servicio de salud de acuerdo con los distintos factores socioculturales y económicos, el fenómeno migratorio, discriminación étnica, barreras administrativas y legales del sistema, lo cual confluyen en una interseccionalidad en la calidad del servicio. Siendo el fenómeno migratorio uno de los indicadores más recurrentes debido a la señalada baja calidad del servicio, los procedimientos de alta complejidad no pueden ser atendidos en el departamento, por ende, es requerido un traslado territorial, puesto que al habitar una región insular las condiciones socioeconómicas no son las más óptimas para su supervivencia, y en mayoría de ocasiones, los raizales precisan esta solicitud de traslado debido a las diversas circunstancias relacionadas a su salud y bienestar en general, que le obligan a requerir de esta migración.

Según el listado censal de ORFA, en mayo de 2023 se dio el informe Distrital de la Alcaldía de Bogotá (2024), en el que las localidades con mayor concentración de raizales son Engativá, Suba, Usaqué y Kennedy, que en conjunto albergan al 46.7% de esta comunidad. A nivel general, se observa una mayor proporción de mujeres raizales que de hombres, aunque en localidades como

Ciudad Bolívar, Chapinero, Rafael Uribe Uribe, Usme y La Candelaria la proporción de hombres es mayor. Ahora bien, lo que respecta a la afiliación al sistema de salud, de acuerdo a lo señalado en párrafos anteriores, se encuentra que el 99.4% de la población raizal está asegurada, y que las EPS con mayor número de afiliados raizales son Sanitas (37.6%), Nueva EPS (15%) y Compensar (14.41%). Adicional a esto, se identificó que 19 personas dentro de esta población tienen alguna discapacidad.

En consecuencia, se debe de analizar que, en las islas existe una limitación sobre el acceso y afiliación a las EPS (Entidades Promotoras De Salud), en adelante EPS, dado que en esta región insular solo existen dos EPS las cuales son: Nueva EPS y Sanitas EPS, sin contar con los regímenes especiales. Es por lo que, los raizales al llegar a la ciudad de Bogotá se encuentran afiliados mayoritariamente a las EPS en mención y llegados a la ciudad algunos de ellos se trasladan a otras EPS conforme a la oferta institucional existente.

Son estas dos entidades las encargadas de brindar la afiliación al sistema y sus prestaciones de servicios de salud en las islas, en donde los raizales realizan todos sus trámites médicos correspondientes, como lo son sus citas médicas, medicamentos y demás requeridos por su médico tratante. Proviene de esta atención la solicitud que hace el médico de cabecera a las EPS sobre la remisión de los pacientes a la ciudad de Bogotá, desconociendo las circunstancias socio-económicas de los remitidos y por ende ignorando el enfoque diferencial étnico de esta población.

En las islas solamente se encuentran los siguientes centros de salud: en San Andrés se encuentra el centro de salud La Loma, centro de salud San Luis, y el Hospital Departamental Clarence Lynd Newball Memorial Hospital y en la isla de Providencia, el hospital local de

Providencia. Respecto a estos centros médicos, se relacionan las mencionadas EPS encargadas de brindar la afiliación al sistema y sus prestaciones de servicios de salud en las islas. En estas, los raizales realizan todos sus trámites médicos correspondientes, como lo son sus citas médicas, medicamentos y demás requeridos por su médico tratante. Así las cosas, es el médico tratante quien realiza la solicitud a las EPS sobre la remisión de los pacientes a la ciudad de Bogotá, desconociendo las circunstancias socio-económicas de los remitidos y por ende ignorando el enfoque diferencial étnico de esta población.

Ahora, frente al acceso se puede inferir que este es ofrecido en las islas, de manera limitada ya que, de acuerdo con el Ministerio de Salud y de Protección Social, a corte del 31 de agosto del 2023, de régimen contributivo como subsidiado se reportaban una totalidad de 29 EPS vigentes. De este ofrecimiento institucional solo operan 2 EPS en el archipiélago que son: Sanitas EPS y Nueva EPS, las demás 27 están restringidas y ofertadas en el territorio nacional, lo cual condiciona el servicio y obliga al raizal a ser atendido en estas dos entidades sin posibilidad de otra alternativa. Por lo tanto, de acuerdo a este principio del derecho fundamental de la salud, la accesibilidad debe de comprender la no discriminación, la igualdad, el respeto por las especificidades, el pluralismo cultural, también la asequibilidad económica y el acceso a la información, lo cual se ve reducido institucionalmente toda vez que no solo se evidencia en la reducción de la oferta en las islas sino en la falta de garantías de la inclusión del enfoque étnico raizal en el servicio que deberá ser suministrado en el territorio nacional.

Por otra parte, frente al principio de oportunidad del servicio de salud, es necesario mencionar que los años 2022 y 2023 son siguientes al desastre natural ocurrido en las islas,

particularmente el huracán IOTA el 16 de noviembre del 2020. Su paso por las islas causó fuertes estragos, al punto que, el Gobierno nacional determinó la situación de desastre en el Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina por medio del Decreto 1472 de 2020 y prorrogado por 12 meses en el Decreto 1482 de 2021.

La prórroga de la situación de desastre en el archipiélago fue establecida con base en la posibilidad de que las instituciones pudiesen continuar con los diferentes procesos de reconstrucción en las islas. Dicha prórroga es extensible por el mismo periodo, lo que al 2023 surtía su tercera continuidad. Según la Corporación Transparencia por Colombia (2021), el paso del huracán IOTA en el 2020 generó una destrucción del 95% a la infraestructura, particularmente en Providencia, el cual incluía su hospital local, estableciendo como compromiso nacional la reconstrucción no solo de ésta sino del Archipiélago; las islas sufrieron grandes daños por el paso de este huracán de categoría 5, que ha sido el primero de este nivel en la historia en el territorio nacional.

Lo anterior se relaciona con el proyecto de grado, toda vez que la mencionada corporación también presenta el no cumplimiento de diversos compromisos del gobierno nacional a un año del paso del huracán, reforzando, según el pueblo raizal, la deuda histórica del país con este territorio y su población. Conforme a lo expuesto, y de acuerdo a la Corporación Transparencia por Colombia (2021), a un año del paso del desastre natural y frente al incumplimiento de los mencionados compromisos gubernamentales, los raizales manifestaron la afectación a su bienestar integral, ya que al tener una ausencia de claridad frente a la información del estado actual del plan de reconstrucción de las islas, se trasgredían otros derechos fundamentales exigidos como lo son:

el derecho a la dignidad humana, la propiedad ancestral, la consulta previa y la salud; este último constaba tan solo de un 11% de avance reportado en ese periodo por parte de las entidades, un significativo retraso además de una evidente falla en la gestión pública.

Por otro lado, la oportunidad según la ley 1751 de 2015, se establece como un principio del derecho fundamental de la salud en el que se debe brindar la prestación de los servicios de salud y tecnologías sin dilaciones, no obstante, y con lo previamente indicado, debido tanto a la posición geográfica de las islas como los desastres naturales a los cuales se expone el territorio, el raizal ha sufrido diferentes demoras frente al servicio de salud; la infraestructura al verse afectada por el paso de huracanes de distintas temporadas de afectaciones meteorológicas, así como la imposibilidad de realizar intervenciones médicas especializadas, han entorpecido la atención oportuna de salud viéndose en la necesidad de trasladarse a la ciudad de Bogotá para poder ser atendido de manera idónea de acuerdo a las entrevistas y encuestas realizadas en la presente investigación.

El servicio de salud, como prestación adecuada, sin barreras ni dilaciones, y con pertinencia cultural respecto a los raizales en su territorio, es necesario ser estudiado y analizado conforme a las múltiples afectaciones que les albergan y obligan a esta población a ser trasladada a la ciudad de Bogotá durante los años 2022 - 2023.

Pregunta problema

Lo anterior conlleva a plantearse la siguiente pregunta problema:

- ¿Cuáles son las barreras estructurales, administrativas y socioculturales que inciden

en la limitación del acceso efectivo y la oportunidad en la prestación de servicios de salud para la comunidad raizal de San Andrés, Providencia y Santa Catalina residentes en Bogotá D.C., durante el periodo 2022–2023, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud y bajo el enfoque de derechos humanos y de diferencia étnica y cultural?

Justificación

En esta investigación se pretende trascender la mirada puramente sanitaria o descriptiva a incorporar una lectura jurídica, ética y social del fenómeno en la que la salud se reconoce como derecho fundamental exigible, estrechamente ligado al principio de dignidad humana y al deber estatal de garantizar condiciones equitativas de acceso a los servicios. En este sentido, las variables de investigación redefinidas (acceso y oportunidad, pertinencia cultural, barreras estructurales y condiciones socioeconómicas) se articulan con tres líneas analíticas que orientan la interpretación y el análisis de los hallazgos.

En la relación de derechos humanos y salud pública, evalúa la garantía del derecho fundamental a la salud como expresión del principio de dignidad humana y del cumplimiento del bloque de constitucionalidad que incorpora los estándares internacionales de derechos humanos. Esta línea permite analizar la salud no solo como prestación de servicios, sino como deber jurídico del Estado hacia una comunidad étnica históricamente marginada. Para los temas de gestión pública y equidad intercultural, examina las responsabilidades institucionales en la formulación y ejecución de políticas públicas con enfoque diferencial étnico y territorial, analizando cómo las EPS, IPS y entidades distritales garantizan la accesibilidad, oportunidad y calidad de los servicios

para la población raizal residente en Bogotá. Esta línea conecta directamente con la variable “barreras estructurales y administrativas”.

Para explorar los niveles de conocimiento, apropiación y defensa de los derechos en salud por parte de la comunidad raizal, así como las estrategias de mediación cultural y comunicación intercultural que fortalecen su participación ciudadana. Esta línea se refleja en las variables de “pertinencia cultural” y “condiciones socioeconómicas y demográficas”. La integración de estas tres líneas permite situar las variables dentro de un marco interdisciplinario que combina el análisis jurídico, social y cultural del derecho fundamental a la salud. De esta manera, se da respuesta a la recomendación del jurado en cuanto a reforzar la coherencia teórica y metodológica del estudio, asegurando que el componente empírico dialogue directamente con los fundamentos de los derechos humanos, la gestión pública y la educación intercultural.

La falta de estudios sobre el derecho de la salud de los raizales en Bogotá D.C, fue el mayor motivo por el cual se consideró esta investigación, de forma que se pueda contribuir al reconocimiento de este pueblo étnico incidiendo en un enfoque diferencial étnico cultural. Acorde a los párrafos anteriores, se ha evidenciado que la prestación de servicios de salud ha sido inapropiada y negligente en las islas, teniendo como principales problemáticas las garantías de acceso, oportunidad y prestación del servicio de salud, que aunado a su posición geográfica, no ha sido factible que dicha prestación se realice conforme a lo que este derecho fundamental debe de ser constituido para toda la población colombiana y aún más para aquellos pueblos y comunidades con particularidades sociales, culturales, económicas y territoriales.

En estas condiciones, el Archipiélago se ve condicionado a un sistema de salud, que a diferencia de las demás ciudades, no le brinda la posibilidad de ser atendidos de acuerdo a su identidad étnica y cultural, y por ende supeditan no solo su afiliación sino la oportunidad y la prestación del servicio, que debe de ser integral, al traslado obligatorio de ciudad para poder recibir una atención medica ideal, y que a su vez desde otro lugar, entiéndase la capital, sí se pueda exigir la garantía de sus derechos, a expensas de que la población raizal deba de desprenderse de su contexto social, emanado de su cultura, lengua, costumbres, cosmovisión y territorio propio.

Al realizar un análisis investigativo se ha verificado cómo dichas barreras no solo obedecen a factores estructurales del sistema de salud como la privatización y la tercerización del servicio de la salud, sino un abandono histórico al departamento de San Andrés. También se encuentran los determinantes socioeconómicos y las interseccionalidades que caracterizan a esta población que se remonta desde la colonia, en donde se ha buscado “Colombianizar” pero no comprender la diferencia cultural del pueblo raizal.

A continuación, se demuestra por medio del marco teórico y conceptual las nociones existentes tanto nacionales como internacionales sobre el servicio, la accesibilidad, oportunidad y el derecho de salud como un derecho humano que nos alberga dentro de la universalidad y el ejercicio de derechos de todos y en particular, para este estudio investigativo, las formas y concepciones alrededor de la raizalidad.

Marco teórico - conceptual

El marco teórico y conceptual de esta investigación busca trascender la simple descripción de nociones generales sobre la salud y los derechos humanos, para convertirse en un modelo

explicativo del fenómeno que afecta a la población raizal en el acceso al sistema de salud colombiano. En este sentido, se plantea la necesidad de articular el enfoque de derechos humanos con el enfoque diferencial étnico y cultural, reconociendo que las condiciones históricas, sociales y territoriales determinan de manera significativa la garantía y el goce efectivo del derecho fundamental a la salud.

Este enfoque integrador se sustenta en aportes de autores como Uprimny, quien enfatiza la relación entre los derechos fundamentales y la justicia social; Amartya Sen, con su teoría de las capacidades y la libertad como elemento esencial del desarrollo humano; y John Rawls, cuya teoría de la justicia distributiva ofrece un marco ético para comprender la equidad en la distribución de los bienes y servicios sociales. Asimismo, se incorpora el marco de los determinantes sociales de la salud lo propuesto por la Organización Mundial de la Salud (2008), que permite analizar cómo factores socioeconómicos, ambientales y culturales influyen en las desigualdades sanitarias que enfrentan comunidades étnicas minoritarias.

De igual forma, este marco teórico establece la conexión con el sustento jurídico nacional e internacional que respalda la exigibilidad del derecho a la salud en contextos multiculturales: la Constitución Política de 1991, la Ley Estatutaria 1751 de 2015, la Ley 70 de 1993 sobre derechos de las comunidades afrodescendientes, y el Convenio 169 de la OIT, ratificado por la Ley 21 de 1991, que reconoce el derecho de los pueblos étnicos a conservar su identidad cultural y acceder a servicios de salud con pertinencia cultural.

Asimismo, el marco teórico no solo orienta la comprensión del objeto de estudio, sino que

constituye la base analítica para interpretar los hallazgos, explicar las barreras estructurales y socioculturales en la atención en salud del pueblo raizal y proponer medidas de política pública que garanticen la equidad, la dignidad y la interculturalidad en la prestación de los servicios de salud en Colombia. Barrera (2015) define el derecho a la salud, partiendo de los postulados del derecho internacional y lo caracteriza como un derecho humano universal, vinculante, inclusivo, interdependiente con otros derechos y ampliamente regulado. Por otro lado, Gañán (2013) define el derecho a la salud como clave en la lectura del Estado social, entendiéndolo como un derecho integral e integrador bajo la premisa de que implica la garantía real de gozar de un estado físico, mental, emocional y social que permita al ser humano desarrollarse de manera digna y al máximo sus potencialidades.

La relación del Derecho a la Salud con la Constitución política de 1991 indicó Uprimny (2003) que la Constitución buscó establecer un nuevo orden institucional para controlar la arbitrariedad estatal, fomentar la participación de nuevas fuerzas políticas, promover el pluralismo y avanzar hacia una mayor justicia social. los constituyentes del sistema de salud identificaron como factores centrales de las crisis colombianas, la exclusión social, la intolerancia, la limitación de la participación política y las violaciones a los derechos humanos.

Por su parte, Osuna Patiño (1999) indica que la acción de Tutela es una figura que ha sido fundamental para dinamizar el sistema constitucional y legitimar la Constitución de 1991 ante la ciudadanía. Sus características principales incluyen el fácil acceso, el antiformalismo, la prevalencia del derecho sustancial sobre los procedimientos y un sistema de revisión de fallos por parte de la Corte Constitucional.

Así, las Acciones de tutela y la vulneración del derecho a la salud: revelan un estudio en el que las numerosas acciones de tutela interpuestas contra las entidades administradoras del régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) por la negativa a cubrir servicios incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS) reflejan la alta vulnerabilidad y la frecuente violación del derecho fundamental a la salud en el país. En el caso de los raizales, según el Informe de tutelas por vulneración del Derecho a la Salud para el 2022 del Ministerio de Salud y de Protección Social, San Andrés y Providencia ocuparon el tercer lugar como departamento que mayores acciones de tutela instauradas por cada 10.000 habitantes, 66 tutelas interpuestas y para el 2023, el mencionado departamento instauró 180 acciones de tutela en salud.

Ahora, es importante mencionar las tutelas al derecho de salud del 2024, toda vez que los datos encontrados son relevantes dentro de esta investigación, sobre todo la denotar el comportamiento departamental, en el que se decrece desfavorablemente la atención de la salud de la población en el departamento y por tanto este ocupó la mayor tasa de interposición de acciones de tutela con un porcentaje del 18,1%, teniendo en cuenta que, a nivel nacional la tasa de tutelas fue de 4,5 tutelas por cada 1.000 habitantes, con una totalidad de 1.127 tutelas interpuestas por la población insular. Estos datos son alarmantes para el nivel poblacional del archipiélago, lo que ponen en evidencia las dificultades de acceso, las dinámicas territoriales, y el desplazamiento, que incluyen las barreras geográficas y sociales que afectan el servicio de salud (Ministerio de Salud, 2024).

Aunado a esto, Juárez (2014), citando a González-Block (2007), define que la vulnerabilidad en salud se entiende como la desprotección de ciertos grupos poblacionales ante daños potenciales a su salud, lo que implica mayores obstáculos y desventajas frente a cualquier

problema de salud debido a la falta de recursos personales, familiares, sociales, económicos o institucionales (p. 10). Esto presupone por tanto la necesidad de la ciudadanía, y en este caso de los raizales, del uso de las acciones de tutela debido a la prominente vulnerabilidad del derecho de salud, y que es esta misma vulnerabilidad la que no solo es un estado único o permanente que caracterice a ciertos grupos en particular, sino que es resultado de un conjunto de determinantes sociales que interactúan de forma específica, dando lugar a una condición dinámica y contextual Juárez (2014); González-Block (2007).

Por las razones antes mencionadas, Gañan (2011) menciona que el derecho a la salud analizado en clave del Estado Social es un verdadero derecho fundamental, por ello, debe ser protegido por todas las garantías constitucionales y legales propias de tal tipo de derechos. Lo cual aduce que, a pesar de no estar expresamente constituido en la Carta Nacional de 1991 no se puede entender como excluido toda vez que debido a su naturaleza inalienable e imprescriptible y por su alcance jurisprudencial debe de ser considerado como fundamental.

En consecuencia, el derecho a la salud a pesar de haber sido considerado en principio como un derecho meramente prestacional, debido a la ausencia de tipificación en nuestra constitución política, en el que se encontraba consagrado exclusivamente como el derecho a la vida más no un derecho a la salud, surgen en la actualidad otras nociones y legislaciones que atienden la problemática y por tanto se genera una serie de análisis jurisprudenciales en el desarrollo de la temática.

Así las cosas, la ley 1751 de 2015 sustenta e interpreta que la ausencia de la mención expresa en la Constitución Política no afirma per se, la falta de obligatoriedad si no por el contrario,

al convertirse en una ley estatutaria, le alberga la misma fuerza que cualquier otro derecho fundamental constituido toda vez que hace parte del marco normativo regulador del país por ende su exigencia sostiene igualdad de validez como aquellos explícitamente escritos.

Adiciona Gañan (2011) que,

“El derecho a la salud se encuentra conectado directamente con los principios constitucionales colombianos por varias razones: por ser Colombia un estado social de derecho, por contribuir a la materialización de la dignidad humana, por ser un derecho inalienable que en consecuencia goza de primacía si discriminación alguna por ser la Constitución norma de normas y ser el derecho a la salud una disposición Constitucional”.

Si bien es cierto que, el derecho fundamental a la salud es un derecho en sí mismo, ahora regulado en ley estatutaria, Agustín Squella hace un hincapié diciendo que el derecho a la salud es un derecho social y por tanto es un derecho cultural, lo que constituye una clase o generación de derechos humanos que le albergan la condición humana. Este autor también menciona que, si bien existe lo que comúnmente se le llama derecho a la salud, no concibe que este deba de tener este nombre puesto que de por sí, llamarlo derecho a la salud, sería un sinsentido ya que equivaldría a un derecho a no enfermar o estar sano, y no necesariamente funciona así. Es por eso que, el mencionado derecho a la salud debería de renombrarse como el derecho para ser asistido, para prevenir el empeoramiento o en dado caso para recuperar la salud y tener un bienestar integral, de acuerdo con Squella, (2005).

El derecho a la salud establecido en la ley estatutaria 1751 de 2015 refiere como elementos principales a la accesibilidad y a la calidad e idoneidad profesional; asimismo señala a la

oportunidad, eficiencia, e interculturalidad como principios de este. El autor Grettchen Flores-Sandí menciona que la accesibilidad no es otra cosa que la relación entre los servicios y los usuarios, los cuales tienen la posibilidad de encontrarse (Flores-Sandí, 2012), es decir, los usuarios deben tener la correcta viabilidad a los servicios de su salud, de tal manera que se preste adecuadamente el servicio a la salud de forma oportuna, con calidad y eficiencia.

Por su parte, la Corte Constitucional por medio de la sentencia T – 020 del 2013, define en un principio que el derecho a la salud es un derecho autónomo; seguido, refiere la calidad del servicio, oportunidad, continuidad y eficiencia como nociones inherentes al ejercicio de la exigibilidad del derecho a la salud, toda vez que cada uno de los principios y elementos en mención son imprescindibles para el correcto desarrollo de los demás derechos fundamentales. Bajo un principio de integralidad y funcionalidad del ser humano, el derecho a la salud concibe la cohesión de cada uno de estos elementos no solo desde la concepción de un derecho autónomo y su definición semántica, sino como un derecho integral en el que es necesaria la existencia de lo emocional, social, y cultural para el bienestar general de los usuarios, así como lo relaciona Gañan (2013).

La ley 1751 del 2015 define al elemento de calidad en la salud como aquellos servicios y tecnologías que deben estar conformes a las necesidades de los usuarios; la oportunidad como la prestación del servicio sin dilación alguna; la eficiencia como la optimización económica y social de recursos; y la interculturalidad como el respeto por las diferentes culturas existentes en el territorio nacional. Adicionalmente y en concordancia con la dignidad humana, el derecho a la salud debe de ser entendido desde los principios de igualdad, accesibilidad y equidad, en el que el

acceso a recursos y los servicios de salud deben de atender los diferentes grupos poblacionales de acuerdo con las necesidades tanto individuales como colectivas (Alvarado Romero et al., 2010). Lo que, para el caso del pueblo raizal, las necesidades como grupo étnico estarían priorizadas debido a la protección constitucional especial que a estos les alberga y que se conjuga con la dignidad humana, en la que sus costumbres, cosmovisión y lengua propia deben de estar alineados a la prestación oportuna, eficaz, accesible y de calidad que les permita la exigibilidad del derecho a la salud, partiendo de una concepción integral y colectiva.

A su vez, la sentencia T - 760 del 2008, indica que: *“(...) el derecho constitucional a la salud contempla, por lo menos, el derecho a acceder a los servicios de salud que se requieran (servicios indispensables para conservar la salud, en especial, aquellos que comprometan la vida digna y la integridad personal)”*. Reitera entonces la garantía del Estado de brindar la prestación del servicio de la salud, bajo los principios y elementos anteriormente nombrados, en los que los diferentes entes territoriales, o IPS, deben velar no solo por la prestación del servicio, sino que la misma sea proporcionada de manera adecuada, oportuna y eficaz.

Lo anteriormente expuesto se puede contrastar con las entrevistas realizadas, que serán desarrolladas con mayor precisión en los capítulos posteriores, lo cual expone una problemática concisa. La entrevista con Jorge Steele (2024), pone en evidencia la situación crítica del acceso a los servicios de salud en el archipiélago, lo que le obliga a salir del territorio para ser atendido de manera oportuna, adecuada y eficaz en un lugar desconocido y culturalmente distante a lo que se está acostumbrado, entiéndase la ciudad de Bogotá; por tanto, forza al usuario a atravesar un proceso de adaptabilidad local, que no considera el enfoque diferencial étnico de la comunidad

raizal, quien manifiesta de igual manera que, aun siendo el servicio de mejor calidad en Bogotá, se ve en la obligación de instaurar acciones legales, como la acción de tutela, de tal manera que se garantice el acceso al servicio y al transporte, entre otras prestaciones de salud en la ciudad.

Es así como, para ahondar en la afectación que tiene los raizales al verse en la obligación de salir de su territorio para ser atendidos de manera oportuna y eficaz, es necesaria la definición de desplazamiento forzado y migración. Según el Comité de Alto Comisionado de las Naciones Unidas - ACNUR (2023), el desplazamiento forzado es el movimiento de personas que, por motivos ajenos a sí mismos, se ven en la obligación de moverse a otro lugar por circunstancias que están fuera de su alcance o control, sea por violencia, desastres naturales o incluso por persecución. Este fenómeno global afecta a millones de personas debido a su complejidad y estrecha relación con la vulneración directa de sus derechos humanos.

De acuerdo con la ley 387 de 1997 *“Por la cual se adoptan medidas para la prevención del desplazamiento forzado; la atención, protección, consolidación y estabilización socioeconómica de los desplazados internos por la violencia en la República de Colombia”*, el artículo 1 reza:

Es desplazado toda persona que se ha visto forzada a migrar dentro del territorio nacional abandonando su localidad de residencia o actividades económicas habituales, porque su vida, su integridad física, su seguridad o libertad personales han sido vulneradas o se encuentran directamente amenazadas (...).

En cambio, la migración, que está estrechamente relacionada con el desplazamiento forzado, según Organización Internacional para las migraciones – OIM (s.f.) la migración abarca dos situaciones, el internacional y el interno. Siendo el primero el desplazamiento que cruza los límites territoriales de un Estado, y el interno cuando se desplaza de un lugar a otro dentro de un territorio nacional.

En consecuencia, estas nociones son relevantes para este estudio ya que este fenómeno no es ajeno a lo que deben de hacer los raizales para poder obtener una prestación del servicio de salud de manera oportuna y adecuada. Estos, aunque no por motivos basados en la violencia, se desprenden de su voluntad y deben migrar de manera forzada a otro territorio para ser atendidos, en este caso la ciudad de Bogotá. En el archipiélago no se encuentra una atención especializada ni servicios de alta complejidad, por lo tanto, dicha migración es realizada por supervivencia. De ahí la consecuencia de un desarraigo cultural y territorial al no tener otra alternativa que no requiera tal movilidad y que ésta implique una eventual pérdida de costumbres y tradiciones al arribar a un territorio desconocido, afectando no solo el derecho humano a la salud sino también el derecho humano a la diversidad étnica que alberga su cultura, lengua, territorio insular y ancestralidad.

El derecho fundamental a la salud en la doctrina internacional hace referencia a tres expresiones sobre el mencionado derecho: Derecho a la salud, derecho al cuidado y derecho al cuidado de la salud, este último es el más utilizado en los derechos humanos que sostiene el autor Leary (1993). Este derecho al cuidado siendo estudiado por el orden internacional reafirma la idea de lo importante que es considerar que el derecho a salud propiamente debe ser garante desde todas las perspectivas, entiéndase física, emocional y mental, lo cual de prestarse de esta manera

se podría afirmar que la prestación de servicios se da de manera integral, y por tanto al usuario o paciente no le queda las cargas burocráticas o administrativas con las cuales lidiar para obtener una correcta, real y eficaz servicio de salud.

La garantía del derecho a la salud como un derecho integral debe de contener cada una de las características sociales que le constituyen al ser humano con pertenencia étnica. Los conceptos de grupos étnicos considerados en este texto son aquellos que comparten intereses en común y son entendidos desde el mantenimiento de su identidad, refiriendo un origen, idioma, gobierno propio, rasgos físicos y niveles comunes de acceso a servicios, Ariza y Hernández (2007).

Además de eso, la OMS refiere que *“La «salud» va más allá de la antigua concepción de «ausencia de enfermedad»*, y ha optado por concebirla como un estado integral de la persona desde el punto de vista espiritual, emocional y físico, siguiendo así las definiciones de la Organización Mundial de la Salud – OMS. Es así como esta entidad refuerza la idea de la integralidad que debe de contener el derecho a la salud, puesto que la prestación del servicio debe de tener en cuenta el estado integro de la persona, entiéndase su bienestar físico, emocional y en el caso que nos compete, su pertenencia étnica.

Bajo las premisas anteriores, se puede inferir que los raizales como grupo étnico, poseedor de una cosmovisión, costumbres, tradiciones, creencias, gastronomía, lengua propia, y territorio propio, el cumplimiento del derecho a la salud debe de ser garantizado de tal modo que les implique un bienestar integral, es decir, que no solo se limite a la prestación del servicio de salud el cual debe de contener un carácter de promoción y prevención, sino que debe de estar sujeto a la garantía de múltiples factores de bienestar íntegro, como lo es su identidad y el arraigo territorial.

Adicionalmente, se ha creado un documento técnico de indicadores construido por la OPS, entiéndase la Organización Panamericana de la Salud (2018), el cual reconoce los esfuerzos que se han hecho por unidades técnicas, así como entidades de Ministerios de Salud y de Protección Social que brindan la orientación y asistencias técnicas referentes a la salud en Colombia.

De lo afirmado, es posible interpretar que es necesario que se entienda el derecho a la salud desde una perspectiva de mayor alcance, no solo desde el concepto de salud o el derecho fundamental que es autónomo e irrenunciable, pero también desde la prestación correcta de los servicios de salud y los derechos que le rodean para su correcto cumplimiento, entiéndase el cubrimiento de aquellas brechas de desigualdad, que pone a este grupo étnico en desventaja, las limitaciones lingüísticas en la interacción médico-paciente, el acceso a la salud desde su efectiva afiliación a los servicios, entre otros, de modo que pueda afianzarse la inclusión del enfoque étnico diferencial étnico en el entendido de sus usos, costumbres y tradiciones.

Es evidente que el derecho a la salud debe ser visto desde una perspectiva más amplia y no solo desde la falta de salubridad sino de la estabilidad e integridad del ser humano, y en particular, desde las transversalidades, afecciones, costumbre creencias y tradiciones que rodean al pueblo raizal que se traslada a la ciudad de Bogotá en búsqueda de una eficaz, oportuna e idónea atención en salud.

La autora Vivanco (2007) hace la distinción entre el "derecho a la salud" y el "derecho a la protección de la salud", en que el primero es más amplio que el segundo y por ende considera muchos otros aspectos que no son de aseguramiento en salud Estatal. Ahora, respecto al enfoque

diferencial étnico en atención en salud es imprescindible mencionar que la pertenencia a estos grupos se ha considerado como uno de los principales determinantes en la configuración de desigualdades indeseables e injustas en la salud. Para los raizales esto ha sido un sinónimo de desventaja toda vez que no es tenido en cuenta sus diferencias y necesidades sociales, sino que no hay una paridad en el servicio.

De modo que, se vislumbra con los años una clara diferencia en la atención, para la ciudadanía en general desde las ideologías discriminatorias preexistentes desde la colonialidad como dentro de los mismos grupos étnicos reconocidos en el país, ya que no se habla de una equidad étnica, sino que, debido a concepciones sociales, hay grupos étnicos más favorecidos que otros. El derecho a la salud debe de verse desde la interculturalidad, en el que habite un enfoque diferencial de derechos que materialice los derechos fundamentales sobre los cuales se sostiene un grupo étnico. Los autores Alarcón, Vidal y Neira (2003) han presentado la importancia de la diversidad cultural en salud, teniendo en cuenta que la salud constituye un eje neurálgico en el análisis de los distintos factores sociales de cualquier proceso de salud.

Es así como estos afirman que una autentica atención en salud tiende a tener un engranaje indiscutible en la interacción médico-paciente en donde es necesario el reconocimiento de las diferencias y similitudes a la hora de prestar el servicio. Validar conceptos como la enfermedad, el sufrimiento o la muerte están estrechamente relacionados con las concepciones culturales de cada ser humano, por ende, en una situación en la que las practicas medicas no validen esos sentires no solo dificultan un tratamiento correcto, sino que predisponen a las personas quienes ostentan practicas sociales pertenecientes a una cultural socialmente definida.

De acuerdo con lo anteriormente mencionado, no solo es necesario estudiar las nociones existentes del tema sino la regulación y legislaciones actuales, puesto que son estas las que materializan el ejercicio de derechos de los grupos étnicos, particularmente para los raizales. De esta forma, el siguiente apartado detalla el marco jurídico sobre el cual se sustenta la investigación y aporta una mirada legal respecto al funcionamiento del sistema de salud con relación al pueblo raizal.

Marco jurídico

El derecho a la salud se consagra como uno de los derechos con mayor relevancia para la humanidad debido a la obligatoriedad estatal que asumen los estados parte, adoptada por la Carta de las Naciones Unidas (ONU) a través de la Asamblea General en el año 1948, en el que debido a los diferentes actos de barbarie y demás hechos subsiguientes a la segunda guerra mundial fue necesaria la constitución de este documento en el que se plasmara la base de la vida en sociedad y se toma como principios reguladores la libertad, la justicia, y la paz.

El derecho a la salud desde el marco jurídico internacional se vislumbra desde la Declaración Universal de Derechos Humanos el cual afirma en el artículo 25: *“toda persona tiene derecho 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”*.

Adicionalmente, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, estableció en el artículo 12 que: *1. Los Estados Parte en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*. En el año 1966 por medio del mencionado pacto, fue declarado el derecho a la salud como un derecho humano, que, de manera paralela con la Carta de las Naciones Unidas, los estados parte, bajo los preceptos de

libertad, justicia, y paz, reconocen este derecho como inherente al ser humano en relación con el concepto de dignidad humana y al ejercicio de derechos económicos, sociales y culturales que nos alberga a todos.

De este derecho también es pertinente mencionar que si bien es cierto se tiene una noción de lo que es la salud, se debe de mencionar que la salud también incluye los conceptos de alimentación, vivienda, asistencia médica y servicios sociales, que también se conciben a la salud sexual y reproductiva como parte de este derecho a nivel internacional.

Desde los mencionados años se ha reconocido el derecho a la salud como un derecho a la salubridad pública, semejante a un bienestar social y colectivo que refleje el compromiso de los distintos estados que internacionalmente se comprometen a la protección integral de estos derechos, desde cada uno de los tratados internacionales firmados y ratificados nacionalmente, así como sus políticas, leyes, y decretos nacionales, se busca propender el más alto nivel de disfrute por parte de la ciudadanía general.

El Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo, integrado al Bloque de Constitucionalidad de Colombia por medio de la ley 21 de 1991, señala los derechos de los pueblos indígenas y tribales. En el artículo 24, indicó la importancia del tener un Sistema General de Salud, en el que obliga a los estados parte a tener regímenes de seguridad social y de salud los cuales deben extenderse progresivamente a los pueblos interesados sin discriminación alguna. Asimismo, la mencionada normativa internacional alude en su artículo 25 al que los gobiernos velen por estos servicios de salud, de manera que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental.

La garantía del servicio de salud deberá ser en el marco de lo comunitario, planeados y administrados en cooperación con los pueblos, de acuerdo con sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales (OIT, 2014). Esto es eminentemente importante para el pueblo raizal, toda vez que, como pueblo tribal, le atañen dichas obligaciones y le son exigibles al Estado colombiano.

Ahora bien, dentro del marco normativo Nacional se refiere el derecho a la salud, en un principio este derecho era exigible en conexidad con la vida en la Constitución Política de 1991 en el artículo 11, que manifiesta que el derecho a la vida es inviolable. No obstante, el derecho a la salud propiamente es amplificado respecto a su regulación, alcance y obligatoriedad de cumplimiento estatal a través de la ley 1751 de 2015 el cual lo estableció como un derecho fundamental en sí mismo y tiene como objeto establecer sus diferentes mecanismos de protección como el ejercicio y garantías normativas.

Se puede evidenciar que, el derecho constitucional a la salud constituye un derecho fundamental en la ley 1751 de 2015, el cual brinda a todos los colombianos la posibilidad de acceder a los servicios de salud y por tanto a la atención médica en general. Ahora, en el caso de los grupos étnicos se puede interpretar que desde la adopción de políticas territorializadas se busca asegurar la igualdad de trato, prestación del servicio y acceso a las personas tal y como lo manifiesta la ley.

Según la ley 1751 de 2015 el derecho a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo, lo cual establece al Estado colombiano como un ente garantista que debe de asegurar la correcta prestación de los servicios de salud con calidad, oportuna y de manera

eficaz, adoptando políticas, actividades de prevención y promoción de la salud. Uno de los pilares sobre los cuales está sementado el derecho en cuestión es la aceptabilidad, que no es más que los diferentes agentes dentro del sistema deben de operar conforme a las éticas médicas, por ende, respetar los usos, costumbres y particularidades de salud de cada uno de los grupos étnicos conforme a sus prácticas culturales.

Por consiguiente, Quintero (2011) expresa que aunque el marco jurídico en Colombia ha avanzado en reconocer el derecho a la salud, la jurisprudencia y la tutela han sido canales para superar sus falencias, sin embargo el depender de lógicas capitalistas en el sector de salud, viendo el servicio de salud como una mercancía, hace que en la dinámica de oferta vs demanda excluyen a las poblaciones con identidades culturales específicas o minorías, y en consecuencia hace una crítica a la privatización y genera un llamado a fortalecer el rol del Estado y defender a la sociedad por encima del mercado.

Así las cosas, se analiza que, a todas las personas le alberga el derecho a la salud, pero no es posible entender el cumplimiento de este derecho a partir de una homogenización social. En otras palabras, es necesario considerar a las minorías inmersas en este derecho. El reconocimiento de la diversidad social es esencial tanto para la exigencia como para la garantía del derecho en mención, toda vez que Colombia se caracteriza por ser un país de amplia diversidad cultural y pluriétnica. Por ende, la mención de las minorías implica el reconocimiento de su existencia, es decir, se debe de tener en cuenta cada uno de los grupos y sus diferencias sobresalientes, ya que sería incorrecto homogenizar una población ampliamente diversa.

Por ello, teniendo en cuenta el pueblo raizal como grupo étnico minoritario, es pertinente

considerar el derecho a la salud como un derecho de cumplimiento igualitario pero equitativo conforme a los usos, costumbres, y tradiciones de esta etnia particular.

La ley 691 de 2001 ‘*Reglamenta y garantiza el derecho de acceso y la participación de los pueblos indígenas en los servicios de salud en condiciones dignas apropiadas, observando el debido respeto y protección a la diversidad étnica y cultural de la nación*’’, se puede constatar como esta ley solo protege los derechos a la salud de los pueblos indígenas vulnerando este derecho a los demás grupos étnicos, en este caso para los raizales, que en una asimetría de derechos debería por tanto también tener una legislación que le garantice el derecho de acceso y la participación como grupo étnico a los servicios de salud, en condiciones acopladas a la cultura, identidad e insularidad de esta comunidad, ya que ambas poblaciones son protegidas y reconocidas por la Constitución Política como parte de la diversidad étnica y cultural del país.

Lo anterior es reafirmado por la enfermera Lever Hawkins (2024), en la entrevista No. 1, quien menciona: *Los indígenas tienen una resolución... pero nosotros también somos una comunidad étnica con barrera geográfica y no tenemos eso.* Esto enmarca la insatisfacción de la comunidad raizal, quienes no se sienten en igualdad de condiciones a la hora de ser tratados médicamente, es decir, señalan una disparidad en el enfoque diferencial étnico el cual debería ser equitativo para todos los pueblos y comunidades culturalmente diferentes.

Lo más cercano que el pueblo raizal tiene, a comparación de esta normativa existente demarcada para los pueblos indígenas, es la política pública consignada en el Conpes 38 de 2023 del Distrito Capital. Este Conpes esta señalado para regir a partir del 2024 hasta el 2036, el cual

contiene siete ejes estructurantes, uno de ellos es el eje de salud, el cual trata sobre acciones concisas para el pueblo raizal residente en Bogotá.

Este eje reitera las dificultades en el servicio de salud, la calidad del mismo y las trabas burocráticas, distancias, costos, y obstáculos en el acceso (Conpes 38, 2023). A su vez, refiere este documento que el 7% de la población raizal ha experimentado discriminación en la atención de salud, también que los costos del servicio son excesivos, por tanto, no solo deben de aportar mensualmente sino contar con el dinero suficiente para transporte y así asistir. Se deduce entonces que, el derecho a la salud de esta población, según el diagnóstico previo realizado, que las problemáticas persisten y representan una brecha histórica de falencias estatales.

De lo anterior, el Conpes 38 se menciona desde un análisis descriptivo de la situación de salud de este grupo étnico. Si bien es cierto constituye un hito normativo, las problemáticas estructurales de este pueblo persisten, aún con normas previamente existentes como lo es la ley 1751 de 2015 que refiere la interculturalidad, pero no es aplicada, así pues, esta política a la fecha se encuentra en una etapa inicial y para el corte temporal sobre el que se estudia la misma aún no ha sido implementada.

A su vez, los productos concertados de esta política, refieren estrategias, documentos, y rutas a aplicarse en un tiempo ulterior, ya que el diagnóstico social permite la guía para su atención, no obstante, sobre todo el correspondiente al eje de salud, atiende los problemas estructurales de la atención médica especializada de este grupo étnico, sino que rodea el problema y se limita a encuadrar a la población raizal a la inclusión de sus particularidades étnicas en la capital pero no

genera un avance real y efectivo de los problemas que le asisten frente al servicio de salud.

Es menester mencionar que, el derecho a la salud es comúnmente visible por toda la población colombiana en su generalidad debido a que dentro de la cotidianidad es uno de los derechos mayormente exigidos, pero cuando se examina el enfoque diferencial étnico que se encuentra inmerso en su regulación, no es perceptible el correcto uso y aplicación de este enfoque, lo que causa la homogenización de la sociedad, y por consiguiente para el grupo étnico raizal traduce que el cumplimiento de este derecho debe de cobijarles de manera particular. Este enfoque diferencial debe reconocer la pluralidad y la diversidad de las poblaciones que por sus características y condiciones se encuentran en mayor grado de desventaja y con menores posibilidades de restablecer sus derechos de manera efectiva como lo afirma el Ministerio del Interior (2017).

Se analiza que, a todas las personas le alberga el derecho a la salud, pero no es posible entender el cumplimiento de este derecho a partir de una homogenización social. Lo cual quiere decir que, es necesario considerar a las minorías inmersas en este derecho. El reconocimiento de la diversidad social es esencial tanto para la exigencia como para la garantía del derecho en mención, toda vez que Colombia se caracteriza por ser un país de amplia diversidad cultural y pluriétnica. Por consiguiente, la mención de las minorías implica el reconocimiento de su existencia, es decir, se debe de tener en cuenta cada uno de los grupos y sus diferencias sobresalientes, ya que sería incorrecto homogenizar una población ampliamente diversa.

Por ello, teniendo en cuenta el pueblo raizal como grupo étnico minoritario, es pertinente considerar el derecho a la salud como un derecho de cumplimiento igualitario pero equitativo

conforme a los usos, costumbres, y tradiciones de esta etnia particular. Aunado a lo anterior, la ley 100 de 1993, *"Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones"*, tiene como objeto principal la garantía de los derechos irrenunciables de la persona de manera que obtengan una calidad de vida acorde a la dignidad humana protegiéndolo de las contingencias que le asisten, sin embargo, dentro de esta norma, no se menciona un enfoque diferencial étnico, lo que reafirma la premisa de la homogenización social y la no inclusión de las diversidades culturales del país, particularmente lo raizal.

Siendo así, aspectos como la salud no deben de ser amparados de manera exigua debido a la importancia anteriormente mencionada, sino que por el contrario es requerida la atención frente a las diferencias culturales que les habitan, en concordancia con el principio de interculturalidad. Para los años 2022 y 2023 se constató que, el Estado ha sido negligente a la hora de amparar el derecho a la salud de este pueblo ya que por falta de una debida prestación de servicios a la salud en la Isla de San Andrés, Providencia y Santa Catalina Islas se ven en la obligación de dirigirse a la ciudad de Bogotá D.C. para recibir una atención médica adecuada.

La concepción de este derecho desde su autonomía e irrenunciabilidad en lo individual y colectivo, es precisa estudiarla desde una perspectiva con enfoque étnico raizal que analice dichas debilidades y afectaciones a la hora de ejercer el mencionado derecho fundamental teniendo en cuenta cada una de las brechas de desigualdad que muestran las desventajas sociales que tiene este grupo étnico en la ciudad de Bogotá.

Existe una gran variedad de problemáticas alrededor de la prestación de los servicios de salud en Bogotá para las minorías étnicas, es probablemente uno de los problemas que más

requieren un debate público la intervención activa de las autoridades legítimas, y por tanto estar incluidos dentro de una agenda gubernamental Roth (2004). En el entendido de que estas minorías están bajo una protección constitucional, la correcta satisfacción de derechos debe de tener en cuenta la identificación de necesidades, sus particularidades y cada uno de los aspectos sociales que atañe a dicho grupo étnico de manera que los sitúe en una posición de equidad frente al ejercicios de sus derechos fundamentales, en este caso el de la salud.

En Colombia existen muy pocos estudios de la equidad étnica, en especial para el servicio de salud, se han documentado diferencias en el acceso a los servicios que no responden a las diferentes necesidades y por tanto expresan la ausencia de un reconocimiento cultural como lo afirman Ariza y Hernández (2007). Por ende, para la salvaguarda de los derechos de salud del pueblo Raizal, es necesario tener en cuenta factores determinantes tales como las brechas de desigualdad, barreras de acceso al sistema, limitaciones lingüísticas y la diferenciación cultural existente, en aras de garantizar una correcta prestación de servicios de salud en la ciudad de Bogotá.

Así las cosas, el marco normativo pretende aportar al segundo objetivo específico de la investigación, siendo este: examinar las deficiencias en el acceso oportuno, eficaz y con calidad de los servicios de salud que limitan el goce efectivo del derecho fundamental a la salud en la comunidad raizal residente en Bogotá D.C. Esto con el propósito de identificar factores estructurales y acciones orientadas a garantizar la equidad en la atención.

En conclusión, en lo referido al marco teórico- conceptual y normativo se permitió

consolidar un análisis integral del derecho a la salud del pueblo Raizal en Bogotá, combinando perspectivas cualitativas y cuantitativas para develar las brechas estructurales del sistema. Los hallazgos preliminares confirman que, pese al marco jurídico progresista (Ley 1751 de 2015, la Constitución de 1991), persisten prácticas institucionales que excluyen a esta comunidad, replicando la colonialidad del poder mediante barreras administrativas, discriminación étnica y falta de adaptación intercultural.

Ahora, en los párrafos posteriores se desarrollará el contexto sociodemográfico en el que se desenvuelven los raizales, tanto en su territorio insular como en la ciudad de Bogotá. Se enmarca lo descrito en un ejercicio investigativo de los años 2022 – 2023, con el fin de reconocer nociones generales de la prestación del servicio de salud, así como conceptos claves de raizalidad, su diáspora, implicaciones culturales, posición geográfica y estadísticas poblacionales que denoten las distintas situaciones que afronta este grupo étnico.

Metodología

El marco teórico – conceptual y el marco jurídico de esta investigación evidencian que el acceso a la salud en Colombia no puede analizarse únicamente desde la cobertura o la eficiencia del sistema, sino desde la tensión estructural entre el derecho fundamental a la salud y la racionalidad económica del mercado instaurada tras la Ley 100 de 1993 (Barrera, 2015; Gañán, 2010; Uprimny, 2003). Este enfoque conceptual define la orientación de la metodología, que busca combinar herramientas cuantitativas y cualitativas para comprender tanto las dimensiones objetivas (estadísticas) como las percepciones subjetivas (experiencias) de la población raizal residente en Bogotá D.C.

Desde el marco teórico, se asume una perspectiva basada en los determinantes sociales de la salud (OMS, 2008) y la teoría de la justicia distributiva (Rawls, 1971; Sen, 1999; Uprimny, 2003), lo que implica que el diseño metodológico debe permitir identificar las desigualdades derivadas de las condiciones socioeconómicas, geográficas, culturales y de acceso institucional.

Estos enfoques también orientan el uso de variables cuantificables acceso, oportunidad, calidad, pertinencia cultural y satisfacción del usuario, las cuales se definen conforme a las Resoluciones 256 de 2016 y 408 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social. Dichas variables operan como indicadores del cumplimiento del derecho fundamental a la salud, en tanto reflejan la percepción ciudadana sobre la efectividad y equidad del sistema sanitario.

En este sentido, la metodología de la investigación se estructura a partir de una estrategia mixta con énfasis cualitativo, que permite contrastar los resultados del cuestionario (encuestas) con las narrativas obtenidas en entrevistas y grupos focales. Este enfoque busca correlacionar los hallazgos empíricos con los postulados teóricos revisados, tal como lo sugieren las investigaciones de Barrera (2015) y Forbes-Acevedo et al. (2021), que resaltan la necesidad de analizar la salud no solo desde las cifras institucionales, sino desde las experiencias vividas por los sujetos en territorios multiculturales.

Se analiza lo metodológico del derecho a la salud del pueblo Raizal en Bogotá, desde un análisis cualitativo, en el que se parte de la teoría del marxismo decolonial para dar un enfoque latinoamericano y crítico a la investigación. Por ejemplo, Quijano (2000) y Mignolo (2003) se

cuestionan el eurocentrismo del Estado colombiano y su sistema de salud, revelando cómo la colonialidad del poder opera en la marginalización de comunidades raizal en el servicio de salud, es decir, como la estructura del sistema de salud, regida por las dinámicas mismas del capital, como fenómeno vigente del mercado, reproduce las estructuras coloniales del poder, allí la racialización persiste como mecanismo de exclusión en el capitalismo global, en donde las minorías no cuentan, más bien son explotadas en las dinámicas económicas.

Ahora, desde una perspectiva de las interseccionalidades y los stakeholders de la política pública, que son las personas o grupos que tienen interés en determinada problemática, Quintero (2011) en su libro: *El Derecho Fundamental a la Salud en Colombia: Ámbitos de Protección para Grupos Vulnerables*, contribuye al análisis de los desafíos que enfrenta el pueblo raizal en Bogotá en materia del servicio de salud, ya que ahonda en las perspectivas del derecho en Latinoamérica con modelos mixtos comparados desde 1994, y los diferentes sectores públicos y privados, donde se identifican limitaciones estructurales por tener las barreras interseccionales, étnicas, geográficas y socioeconómicas que afectan el derecho a la salud.

Por lo tanto, al comprender las condiciones de acceso y calidad de los servicios de salud de la población raizal en Bogotá, tiene que darse un enfoque diferencial étnico desde lo cualitativo, las cuales se tuvieron presente durante la implementación de las entrevistas semiestructuradas aplicadas a cinco (5) personas raizales, relacionadas con casos de atención en el sector salud, incluyendo aspectos administrativos y culturales en la atención, así como los gastos adicionales de transporte o de compra de medicamentos y acciones legales emprendidas para acceder a una atención adecuada. Además, se exploran propuestas para mejorar la prestación de servicios de salud para esta población en Bogotá.

Del mismo modo, se realizaron 65 encuestas estructuradas, con caracterización sociodemográfica, preguntas de opción múltiple enfocadas al servicio a la salud y el enfoque diferencial en la atención, posteriormente una pregunta abierta sobre las barreras y experiencias que se han tenido, así como aspectos específicos vinculados a la atención en salud: afiliación a EPS, percepción de la calidad, barreras enfrentadas, discriminación étnica y estrategias de exigibilidad de derechos (como peticiones y tutelas).

La selección de esta muestra poblacional, representativa es del 3.4% de la población raizal en Bogotá (1.911 personas según ORFA de la mano de la Administración Distrital en el 2023), fue tomada con un enfoque, no desde una representatividad estadística, sino desde el estudio de una cantidad de población específica, que le aporte de igual manera al análisis cultural, la pertinencia étnica y los datos relevantes para esta investigación, garantizando un margen de confianza del 95%.

Población y Muestra

Según los datos del Censo Nacional de Población y Vivienda (2018), se identificaron 1060 raizales, no obstante, el tamaño poblacional referido por esta institución no está conforme a la realidad, por ende, se toma como muestra de la población raizal en Bogotá D.C. la proyectada para el año 2023, de acuerdo con la labor conjunta realizada entre la Administración Distrital y la instancia representativa ORFA, teniendo como nuevo registro de 1.911 personas Raizales.

A partir de las observaciones de los jurados y en coherencia con la lógica teórica de la justicia distributiva, se justifica la adopción de un tamaño de muestra que refleje la diversidad

demográfica y cultural de la población raizal residente en Bogotá. De acuerdo con el Censo del DANE (2018) y su proyección al año 2023, la población raizal asciende a 1.911 personas, lo cual constituye el universo de referencia de este estudio.

El cálculo del tamaño de muestra se realizó con base en la fórmula para poblaciones finitas, adoptando un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%, con una proporción esperada de ocurrencia ($p = 0,21$) y su complemento ($q = 0,79$). El resultado obtenido ($n = 65$) garantiza una representatividad estadística adecuada, asegurando equilibrio entre validez científica y viabilidad operativa. Esta muestra responde al principio de equidad y diversidad, alineado con el marco teórico, ya que busca representar proporcionalmente las características de género, edad y régimen de afiliación al sistema de salud, tal como se deriva de los determinantes sociales. De esta forma, se logra una correlación directa con el Objetivo 1 de la investigación, que pretende analizar las barreras estructurales y socioculturales de acceso y oportunidad en los servicios de salud.

La selección de participantes se propone mediante un muestreo aleatorio simple estratificado por sexo y grupo etario, garantizando la inclusión de subpoblaciones que reflejen las condiciones demográficas y socioeconómicas de la comunidad raizal en la capital. Para esta investigación se seleccionó una muestra representativa de 65 encuestas, con un margen de confianza del 95% y un margen de error del 5%.

Figura No 1:

Muestra de número de encuestados

$$\text{Porcentaje} = \left(\frac{65}{1911} \right) \times 100 = 3.4\%$$

Fuente: Elaboración propia

Nota: Estas 65 personas encuestadas representan una muestra del 3.4%. Este porcentaje es representativo dado el tamaño de la población raizal en Bogotá.

Tabulación de información

Para garantizar rigurosidad en el análisis, se utilizó el software MAXQDA, herramienta especializada en investigación cualitativa y mixta, permitiendo una Codificación de temática de entrevistas por categorías, visualización de datos. Para las entrevistas la caracterización de porcentajes por respuestas obtenidas, finalmente una triangulación de las encuestas, las entrevistas y el análisis de documentos encontrados respecto al objeto de estudio.

La metodología también incorpora el focus group como técnica cualitativa fundamental, coherente con el Objetivo 2, que busca examinar las percepciones y experiencias de la comunidad raizal respecto a la atención en salud. Esta herramienta se apoya en la concepción de que los derechos fundamentales deben analizarse desde las vivencias colectivas y no solo desde las normas o estadísticas, en concordancia con los planteamientos de Barrera (2015) y Juárez-Ramírez et al. (2014), quienes subrayan la importancia de visibilizar las voces de las poblaciones minoritarias.

Según Krueger y Casey (2015), un focus group es una conversación cuidadosamente planificada para explorar percepciones sobre un área de interés en un ambiente permisivo y no

directivo. En esta investigación, su aplicación busca comprender la experiencia del acceso al sistema de salud desde la perspectiva cultural raizal, lo que permite contrastar la dimensión cuantitativa de la encuesta con la profundidad interpretativa de los discursos.

El error conceptual inicial considerar los grupos focales como fuente secundaria se corrige al reconocerlos como fuentes primarias de información, ya que producen datos originales a partir de la interacción grupal. Las fuentes secundarias (documentos, informes institucionales, estadísticas) complementan el análisis, pero los focus groups constituyen la evidencia empírica directa del objeto de estudio. De esta manera, la metodología cualitativa se integra plenamente con el marco teórico y el estado del arte, dado que ambos sostienen la necesidad de entender la salud como una construcción social y política influida por la desigualdad estructural. En consecuencia, los testimonios obtenidos en los grupos focales servirán para interpretar las variables de acceso, oportunidad y pertinencia cultural, fortaleciendo la validez de los hallazgos y permitiendo explicar cómo la población raizal enfrenta las limitaciones del sistema de salud desde su identidad cultural y su contexto socioeconómico.

La articulación entre el marco teórico - conceptual y la metodología redefine la coherencia científica del trabajo. El primero proporciona el contexto histórico y estructural del sistema de salud colombiano, además de las categorías conceptuales para analizar la justicia sanitaria y la equidad; y el segundo, la metodología que traduce dichos enfoques en procedimientos empíricos verificables.

Así, el uso de un muestreo estadísticamente representativo (65 encuestas), combinado con

entrevistas y grupos focales, permitirá triangular la información cuantitativa y cualitativa, generando una comprensión integral de las barreras estructurales, administrativas y socioculturales que afectan el derecho fundamental a la salud de la población raizal residente en Bogotá D.C. Esta integración metodológica, sustentada en la teoría y validada por la evidencia, busca no solo describir un problema, sino aportar bases sólidas para la formulación de políticas públicas con enfoque diferencial e intercultural, que reconozcan la diversidad, la dignidad y la justicia distributiva como principios rectores del sistema de salud colombiano.

En el siguiente apartado se realiza la descripción de la población Raizal y los aspectos generales del territorio, considerando la importancia de incorporar un enfoque social y también demográfico que dé cuenta de este grupo poblacional como una etnia anglo-afrocaribeña, identificada con una lengua, cultura, historia y ancestros propios (Restrepo y Ramírez, 2001, p. 51); además de ser parte de la soberanía colombiana, las precisiones territoriales, tanto modo y lugar, como las migratorias, y asimismo identificar las condiciones de vida que cobijan a este pueblo.

CAPÍTULO 1: LAS PROBLEMÁTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS QUE ENFRENTA LA POBLACIÓN RAIZAL DENTRO Y FUERA DE SU TERRITORIO

La posición geográfica del departamento de San Andrés, Providencia y Santa Catalina Islas les juega una mala pasada porque sufren fuertes huracanes y desastres naturales. Según el Instituto Geográfico Agustín Codazzi, en adelante IGAC, la isla se encuentra a una distancia aproximadamente 740 km (o 400 millas náuticas) al nororiente de la costa caribeña continental de Colombia (Gobernación SAI s.f. 2024). Esta distancia geográfica es uno de los factores que influyen en las dificultades logísticas y de acceso a servicios como la salud. El IGAC (2024) ha informado

que el departamento enfrenta retos en cuanto a la salud pública, toda vez que le albergan condiciones insalubres de servicios básicos, tanto de agua como de infraestructura sanitaria. Y esto se ha visto agravado por los desastres naturales, así como las tormentas o ciclones tropicales, lo cual ha complejizado el acceso y oportunidad de los servicios.

Como consecuencia a dichas complicaciones, tanto naturales como geográficas, han hecho que los habitantes de las islas se vean en la necesidad de viajar a otras ciudades a recibir atención médica especializada, lo que ha incrementado los costos y acceso a la salud (IGAC, 2024). El estudio de Forbes-Acevedo et al. (2021), aclara que esto entorpece el abastecimiento de recursos y la prestación de servicios de salud adecuados, por ende, no son atendidos dentro de la isla, sino que son trasladados vía aérea a Cartagena, Medellín y Bogotá.

Desde un contexto sociodemográfico, según el Censo Nacional de Población y Vivienda (en adelante CNPV) del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (en adelante DANE), en el año 2018, los habitantes de la región insular que compone el Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina es de 48.299 personas, pero que, de acuerdo a la omisión censal del 21,2% registrada y asumida por la entidad, se generó una proyección poblacional para el 2023 de una totalidad de 65.663 personas.²

De lo referido, al Archipiélago le alberga principalmente dos poblaciones étnicas, los

² Según la Sentencia T - 276 de 2022, el DANE fue declarado un ente que vulneró los derechos fundamentales de la igualdad, diversidad étnico-racial, información de calidad, y a la materialización progresiva de los derechos sociales, económicos y culturales de la población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera del país. Es importante dicha mención toda vez que evidencia las fallas estatales a la hora de realizar un registro sociodemográfico de la población afrodescendiente de manera certera y confiable.

afrocolombianos o negros y los raizales. Estos últimos, basan su identidad en su historia, sus manifestaciones culturales, tradiciones y lengua propia, conocida como creole/kriol. Para comprender el estudio, primero se hace un análisis histórico del pueblo Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina Islas, siendo esta una etnia anglo-afrocaribeña que se identifica por una lengua, cultura, historia y ancestros propios de acuerdo con Restrepo y Ramírez (2001).

Este pueblo hace parte de la soberanía colombiana a partir del acta de adhesión que se realiza en el año 1822, después de la Constitución de Cúcuta de 1821 la cual tuvo por objeto la creación de la Gran Colombia unificando a Colombia, Venezuela y Panamá, en donde quedó adherida esta región insular y a partir de esto se reconocen como un grupo étnico parte de la diversidad, multiculturalidad y pluriétnicidad de Colombia como nación. El término raizal, como terminología acuñada en Colombia, apareció por primera vez en la Ley 190 de 1987 de la mano del líder Juvencio Gallardo, norma firmada por los representantes a la Cámara, Gilberto Viera, Elsa Rojas de Fernández y Hernando Motta, desde ese entonces se estableció el término raizal (Robinson, Livingston, & Archbold. (2022).

Si se toma dicho término desde lo coloquial, este proviene del ser perteneciente o tener una raíz según la Real Academia Española, sin embargo, lo que realmente procura el pueblo raizal es el posicionamiento étnico-político que sitúe y distinga a este grupo poblacional del resto de los colombianos, toda vez que sostienen no solo su insularidad sino una historia, costumbres, tradiciones, gastronomía, cultura, lengua propia y prácticas sociales que han sido emanadas de las formas de vida, la adaptación social y generacional de los primeros moradores de las islas.

El pueblo raizal se reconoce como una etnia desde el 1 de agosto de 1834, tras la campaña emancipadora liderada por Philip Bickman Livingston Jr.; asimismo se estableció en la ley 2192 de 2022 el 1 de agosto como el día nacional del pueblo raizal en el que se conmemora la emancipación de los raizales de las colonias y yugos esclavistas a los que fueron sometidos históricamente, por tanto esta fecha representa la resistencia, la autodeterminación y la raizalidad contemplada desde todas sus formas, en lo nacional como en lo diaspórico.

El raizal es un sentimiento de ser de la tierra y mar de las islas, es tener un sentido de pertenencia a su territorio como legado de los antepasados que lo poblaron desde tiempos remotos, (ORFA, 2022, p. 6). Por ello, los raizales pertenecen a una tierra y a un mar, particularmente el de las islas del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, que fue poblado por los antepasados de este grupo étnico, y fruto de esto resultó un pueblo que no solo se conformó desde lo territorial, sino desde el sentimiento que conlleva el pertenecer y sentirse Raizal. Teniendo en cuenta que los raizales provienen de la mezcla de indígenas, europeos, y africanos, así como es mencionado en los informes de la Alcaldía de Bogotá (2020), no es menos cierto que, la raizalidad proviene de un sentir, pero también de una consanguinidad, que refiere la mezcla anteriormente mencionada.

Por tanto, los hijos o hijas de uniones o matrimonios mixtos, de padres o madres raizales con quienes no lo sean, como también los hijos o hijas que no nacieron en las islas, pueden considerarse raizales toda vez que el ser raizal no es por autorreconocimiento sino por el mantenimiento de su ancestralidad, la continuidad de las prácticas de la herencia cultural en su

cotidianidad que podrán ser llevadas a cabo desde cualquier parte del mundo. De esta manera se entiende que el ser raizal no se define con el lugar de nacimiento, sino por su ancestría que le lleva a los primeros moradores de las islas, lo que le ata a una historia de resistencia, autogobierno y cultura particular.

De esta manera lo diaspórico cobra sentido, porque una persona podrá seguir siendo raizal desde la herencia consanguínea que registra y conecta con los habitantes iniciales de estas islas, y también al mantener sus tradiciones, lenguas, y cultura en donde se encuentre. El raizal por tanto no se autorreconoce, sino que se autodetermina conforme a las particularidades previamente nombradas. Ahora, es necesario hacer la aclaración de que en el territorio insular conviven los raizales como los no raizales, es decir, personas quienes no les atraviesa una concepción étnica, o de tenerla, es diferente a la originaria del territorio ancestral.

Frente al registro poblacional que emite el DANE como ente cabeza de sector, encargada de brindar la información censal de manera correcta y veraz, es debido señalar una problemática estructural. El raizal no se autorreconoce, se autodetermina, y es por esto, que, si se piensa en la pregunta del autorreconocimiento la cual es aplicada tanto para las comunidades negras y afrocolombianas, así como para los raizales, se estaría incurriendo en un error de estimación poblacional, toda vez que la pregunta no es la correcta. La entidad por tanto debe aperturarse a nuevos métodos de captura de información, alianzas estratégicas de validación de información, por ejemplo, con la Oficina de Control Circulación y Residencia (OCCRE), de tal forma que se corrijan los registros y los mismos estén conforme a las realidades étnico-territoriales de los raizales del territorio insular, así como los residentes en la ciudad de Bogotá D.C. En consecuencia,

y en beneficio de esta investigación, serán usados los reportes institucionalmente consignados.³

Sentado lo anterior, es menester indicar que, la comunidad negra y afrocolombiana existente es mayoritaria y sin duda en contraste con la población raizal, este último queda situado en una posición minoritaria, ya que la comunidad afrodescendiente que se autorreconoce revela un mayor porcentaje poblacional, y les alberga otras experiencias, dimensiones territoriales y demandas propias conforme a sus prácticas sociales, culturales, costumbres, y demás particularidades.⁴

A comparación de la población raizal, ésta no solo es minoritaria dentro de su propio territorio sino que su posición geográfica complica su movilidad cuando de atención médica especializada se trata, debido a que, al estar a 740 kms de Colombia continental, limita el desplazamiento de las personas para recibir una atención médica, toda vez que solo es posible el traslado por vía aérea; siendo Bogotá la ciudad de estudio, el tiempo de llegada se aproxima a un total de 2 horas, según la información de vuelos en tiempo real del aeropuerto Internacional del Dorado.

Por tanto, de acuerdo con Forbes-Acevedo, Porras y Rico (2021) el departamento de San Andrés, Providencia y Santa Catalina se encuentra ubicado en la parte occidental del caribe colombiano, creado con la constitución política de 1991, anteriormente establecida como una

³ La Encuesta Nacional de Calidad de Vida - ECV del DANE para el año 2023 registró que el 88,3% no ostenta un autorreconocimiento étnico racial, el 4,1% hace parte de la población indígena, 7,5% como negro, mulato o afrodescendiente, y que las proporciones de las poblaciones Rrom o gitano, Raizal y Palenquero son cercanas al 0%, puesto que la cantidad de personas de estos grupos rodean los 6 mil, 37 mil y 21 mil, respectivamente.

⁴ El 43,5% de la población del territorio insular se reconoce como raizal, dejando un porcentaje mayor de aquellos que no son raizales o hacen parte de otro grupo étnico poblacional, lo cual sitúa a la comunidad raizal como minoría dentro de su propio territorio.

intendencia por la ley 52 de 1912. Se caracteriza por ser la isla más grande del país y el único departamento insular que cuenta con una economía fundada en el turismo y la pesca, siendo esta su forma de vida y supervivencia, teniendo en cuenta que los raizales son la población minoritaria en el territorio insular a diferencia de los demás no étnicos o quienes sostienen otra etnicidad y residen en las islas.

Esta residencia de los no raizales y demás grupos étnicos se hizo presente desde que el Estado tornó su mirada al archipiélago en el siglo XX, que bajo la constitución de 1886 y las políticas de "colombianización", buscaban integrar a los nativos al proyecto de nación mediante la imposición del español, el catolicismo y los valores mestizos del interior del país. Estos elementos eran fundamentales para la cultura nacional, y el principal instrumento utilizado fue la educación pública, dejada en manos de la Iglesia católica, según González (2016), que, a su vez, con la llegada de mestizos a este proceso de integración, requirió una redistribución de los recursos naturales lo cual generó una problemática adicional frente a la capacidad poblacional de este territorio.

Con el contexto histórico y sociodemográfico anterior, se pretende analizar la situación de salud en la Isla bajo la siguiente aclaración: las fuentes de las entidades oficiales no reconocen la pertenencia étnica raizal en conjunto con la variable en salud, por ende, agrupan a todo el territorio con respecto a las dificultades que tienen. Así las cosas, la presente investigación pretende demostrar las serias limitaciones que rodean a la comunidad raizal, particularmente el fenómeno migratorio, condiciones sociales, culturales, administrativas, y de inclusión del enfoque diferencial étnico raizal, de esta población que ha sido atendida en la ciudad de Bogotá en los años 2022-2023.

En Bogotá residen, según el CNPV del 2018 una totalidad de 7.412.566 personas de las cuales se identificaron a 1060 raizales, valor correspondiente al 0,014 % de la totalidad de la población general residente en la capital. No obstante, para el año 2023, ORFA evidenció un crecimiento poblacional del 80,28 %, situando un nuevo número de raizales en 1.911 personas, a diferencia de las personas registradas por el (CNPV) en el año 2018. Es este último número de raizales los que se tendrán en cuenta en este estudio investigativo.

Mosquera y Díaz (2013) afirman que, en cuanto a la vulnerabilidad de la población raizal en Bogotá, identifican dos dimensiones clave: la vulnerabilidad étnica, relacionada con la dificultad de las personas negras para recrear prácticas culturales en entornos urbanos, y la vulnerabilidad socio-racial, que se intensifica cuando se intercepta con variables como género, clase social, discapacidad y conflicto armado. En el caso de la comunidad raizal de San Andrés, se destaca una vulnerabilidad cultural específica, derivada de la amenaza que representa la cultura mestiza continental y las políticas estatales que no consideran sus particularidades históricas y geográficas, reflejado en el simple hecho de que el servicio de salud especializado no es recibido en la isla sino en Bogotá.

En el análisis de la situación en Bogotá, se destaca que la mayor concentración de población raizal que llega a la capital por primera vez viene a recibir un servicio médico o es acompañante, por educación o por oportunidades laborales. Las localidades de Suba, Engativá y Teusaquillo pertenecientes a la red norte de la ciudad son aquellas en donde se da la mayor concentración de población raizal. Esto se debe a la cercanía de universidades, centros comerciales e instituciones prestadoras de servicios de salud (en adelante IPS). La falta de instituciones de educación superior, IPS de calidad y mercado laboral en el archipiélago motiva a muchos raizales a trasladarse a

Bogotá.

En cuanto al eje de salud, el análisis de condiciones, calidad de vida, salud y enfermedad de la población raizal en Bogotá - ACCVSYE, a corte de mayo de 2023, se estimó que un 99,4% de los raizales en Bogotá cuentan con una afiliación al Sistema General de Seguridad Social (en adelante SGSS), teniendo un registro mayoritario en el régimen contributivo, con un 85,2%, en el régimen subsidiado de 11,2%, y en el régimen excepcional del 2,9%, lo que permite inferir que la población raizal se cuenta con una alta vinculación laboral.

Frente a cuáles son las EPS en las que se encuentran afiliados los raizales en el sistema de salud, según este mismo documento técnico de análisis a este grupo étnico en Bogotá, referenció que, el 37,6% están afiliados a Sanitas EPS, seguido por Nueva EPS con un 15,5% y 14,41% a Compensar EPS. Se debe de mencionar que, en las islas, solo existen dos EPS las cuales son: Sanitas EPS y Nueva EPS. Los raizales prefieren en mayor medida estar afiliados a Sanitas toda vez que esta proporciona no solo la cobertura sino también alojamiento, traslados y alimentación cuando de atención de medicina especializada respecta (ACCVSYE, 2023), lo que traduce en un mayor beneficio cuando estos deben ser remitidos a la capital.

Es importante mencionar que el IGAC (2024) hace énfasis en que el archipiélago enfrenta condiciones insalubres. Que el huracán IOTA el cual destruyó gran parte de la infraestructura sanitaria, complicó el acceso a servicios básicos en el territorio, teniendo como problemática adicional la limitación geográfica, lo cual obliga a los habitantes a viajar a diferentes ciudades para poder recibir atención médica especializada (Forbes-Acevedo, 2022).

Es menester recalcar la labor de la organización ORFA, que por medio de su base censal que ha servido para estudios, informes y resultados poblacionales, ha logrado, de la mano con la Administración Distrital, revelar datos aterrizados y acorde a la realidad de los raizales en Bogotá de acuerdo con el ejercicio extraordinario que realizan sus miembros en cabeza de su representante legal Lizeth Carolina Jaramillo Davis.⁵ La importancia de dicha organización en esta investigación es crucial, toda vez que, dentro del periodo investigativo brinda la información, la delimita y describe con claridad la problemática concurrente desde un enfoque de la salud y la garantía a los Derechos Humanos de la población raizal.

Lo anterior aporta a lo enunciado en el primer objetivo específico de esta investigación, en donde se busca analizar las principales barreras de acceso y oportunidad en la prestación de servicios de salud que afectan a los miembros de la comunidad raizal de San Andrés, Providencia y Santa Catalina residentes en Bogotá D.C., durante el periodo 2022–2023, con el fin de generar insumos para el diseño de estrategias que promuevan la equidad en el acceso y la atención integral en salud. De esta manera, reconocer factores influyentes como lo son: la condición de migración interna, las brechas educativas, la precarización laboral, el racismo estructural y la invisibilización cultural como variables que limitan el acceso efectivo y equitativo a los servicios de salud, configuran escenarios de exclusión y vulnerabilidad que afectan de manera diferenciada a esta comunidad étnica.

A continuación, se describe el análisis documental realizado, con el fin de poder

⁵ Para la reformulación de la política pública del decreto 554 de 2011, se evidenció en el sector salud lo siguiente: mala calidad del servicio en el 17%, trabas administrativas en un 15%, distancias 15%, barreras para el acceso en 14%, el servicio no tiene enfoque étnico en un 10%, barreras lingüísticas y tratos discriminatorios en un 7%, teniendo una muestra poblacional de 406 personas encuestadas.

comprender a los raizales como grupo étnico minoritario en Colombia y el derecho a la salud, bajo una óptica integral, en la que no solo se demuestre la exigibilidad del mencionado derecho, siendo este un derecho autónomo e irrenunciable, sino de la necesidad de interrelacionarlo con otros conceptos que atiendan el bienestar social, pertinencia cultural y de dignidad humana de este grupo poblacional, frente a la prestación de los servicios de salud.

CAPITULO 2: ANÁLISIS DOCUMENTAL DEL DERECHO A LA SALUD DE LOS RAIZALES COMO GRUPO ÉTNICO

En el siguiente apartado se expone una revisión documental, acercamientos y rastreo de información de las distintas investigaciones realizadas en un contexto temático de salud y el cómo este se contrasta con el lineamiento del marco teórico – conceptual y jurídico del goce efectivo de salud de los raizales. Esta revisión se basó de artículos, libros, y bases de datos como Scopus y Google Scholar.

Partiendo de un análisis de la Constitución Política de 1991 en Colombia, donde se han abordado diversos autores, y se han fundamentado en avances y limitaciones en el marco del Estado social de derecho que tiene en cuenta el derecho fundamental de la salud. Por ejemplo, el capítulo *Legitimidad y conveniencia del control constitucional a la economía*, Uprimy Yepes (2003) analiza el papel del control constitucional en la regulación de las políticas económicas, discutiendo su legitimidad y conveniencia en el contexto latinoamericano. El texto emplea una metodología de análisis jurídico y teórico, basada en la revisión de casos y principios constitucionales. Uprimny (2003) combina el análisis normativo con ejemplos prácticos para sustentar sus argumentos, lo que le permite ofrecer una perspectiva y un balance críticos sobre esta Carta Magna, señalando que su creación respondió a la necesidad de enfrentar los defectos

estructurales de la política y la sociedad colombiana.

Por otro lado, señala que, a pesar de las reformas, la seguridad social no se ha universalizado en Colombia, aunque la cobertura si ha aumentado pero la calidad del servicio de la salud sigue siendo deficientes. La mayoría de las tutelas que se imponen en el país para reclamar derechos a la salud se fundamentan en la Constitución de 1991. Sin embargo, Barrera (2015) aclara que esta Constitución fue "falsamente progresista", ya que, al autorizar la participación del sector privado y calificar la salud como "servicios públicos", fue la puerta para la privatización del derecho la salud. Esto genera una contradicción en la estructura normativa que, por un lado, permite reclamar el derecho a la salud, pero por otro, facilita su privatización.

Osuna Patiño (1999), en su obra *Panorama de la Justicia Constitucional en Colombia*, emplea una metodología de análisis jurídico y descriptivo, basada en la revisión de normas constitucionales, jurisprudencia y doctrina relacionada con la justicia constitucional en Colombia. Analiza la acción de tutela como un mecanismo clave dentro del nuevo orden constitucional. Aclara que la tutela fue creada para que los procedimientos jurídicos sean breves y sencillos, donde cualquier ciudadano pueda acceder y así proteger el derecho fundamental del individuo en el marco constitucional, de allí la importancia de la defensa de los derechos humanos y en la promoción de la democracia.

En la tesis doctoral de León Gañán Ruiz, A. (2010). *Los muertos de Ley 100: Prevalencia de la libertad económica sobre el derecho fundamental a la salud. Una razón de su ineficacia. Caso del Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo (POSC)*, utiliza una metodología cualitativa donde se analizan documentos y teorías del derecho constitucional colombiano.

El autor analiza la ley 100 de 1993 donde se reforma el sistema de salud y como los intereses del mercado se fundamentan en el principio de la libertad económica en esta ley en mención, lo cual ha dejado como consecuencia la ineficiencia del sistema de salud. Esta ley buscaba mejorar la calidad y ampliar la cobertura de la salud, sin embargo, terminó privilegiando al sector privado por medio de las entidades prestadoras de servicios EPS, llevando al detrimento del derecho a la salud de los ciudadanos y en muchos casos a la violación de los derechos humanos.

Se buscaba mejorar con la ley 100 el sistema de salud, pero ocurrió todo lo contrario, baja calidad de atención y la exclusión de poblaciones vulnerables en el país, la investigación concluye que el sistema de salud es ineficiente en Colombia, en gran medida a la prevalencia del modelo económico neoliberal que se enfoca en la rentabilidad privada y el bien individual sobre el bienestar social. Por otro lado, el artículo de Forbes-Acevedo, Porras y Rico (2021), titulado *Análisis de las barreras en salud en San Andrés, Providencia y Santa Catalina*, se enfoca en la población raizal en relación con la temática del derecho a la salud. En la investigación se utilizaron las siguientes herramientas metodológicas como las encuestas a 334 personas de la isla. El objetivo central era analizar y proponer mejoras en las condiciones de salud de San Andrés y Providencia.

Este trabajo aporta una visión detallada de las barreras en salud en San Andrés, Providencia y Santa Catalina Islas, destacando la importancia de abordar no solo la cobertura, sino también la calidad y accesibilidad de los servicios para garantizar el bienestar de la población. Estas limitaciones están asociadas a las necesidades insatisfechas en la población, en donde muchos habitantes optan por no utilizar el sistema de salud local, incurrir en gastos de bolsillo para acceder

a servicios privados o trasladarse a otras ciudades como Cartagena, Barranquilla, Medellín o Bogotá, para recibir una atención más adecuada, deben trasladarse en avión y en muchos casos si es población adulta deben ir acompañados.

Juárez-Ramírez, C., Márquez-Serrano, M., Salgado de Snyder, N., Pelcastre-Villafuerte, B. E., Ruelas-González, M. G., & Reyes-Morales, H. (2014), definen la vulnerabilidad en salud como la falta de protección que experimentan estos grupos, derivada de una combinación de factores sociales, económicos y culturales. En México, la población indígena es uno de los grupos más afectados por esta vulnerabilidad. Según Juárez-Ramírez et al. (2014), el 79.3% de la población de habla indígena vive en condiciones de pobreza o pobreza extrema, lo que limita su acceso a servicios básicos de salud. Además, cerca del 20% de esta población trabaja como asalariado con bajos ingresos, y el 21% no recibe remuneración alguna por su trabajo.

En el informe institucional: Análisis de Condiciones, Calidad de Vida, Salud y Enfermedad de la Población Raizal en Bogotá 2023, realizado por la Alcaldía Mayor de Bogotá (2024) se plantea como objetivo principal la caracterización de la población raizal residente en Bogotá. Este estudio surge a partir del trabajo de la organización de raizales fuera del archipiélago, ORFA, que ha desarrollado una base de datos como parte de una estrategia denominada "centro de escucha Raizal". El informe se estructura en cinco capítulos, cada uno abordando aspectos específicos.

Estos profesionales raizales contratados por el Distrito tienen a cargo el desarrollo de acciones colectivas para la promoción y prevención de la salud, así como la observancia a los diferentes factores de riesgo por las dinámicas urbanas existentes, la lengua propia y las diferentes adecuaciones socioculturales, en el que por medio de una base de datos registran información

acerca de esta población de acuerdo Subred Integrada de Servicios de Salud ESE (2020).

El documento hace un estudio de la población raizal en Bogotá, los cuales en su mayoría llegan a la capital por temas de salud y se quedan viviendo, por lo tanto, la población raizal con más población está en las localidades que cuentan con los centros clínicos y hospitalarios de la ciudad como son Usaquén, Engativá, Suba y Kennedy, en donde resuelven sus necesidades médicas, educación y trabajo.

Desde el presente contexto, es importante analizar la coyuntura de la pandemia mundial, COVID 19, por lo tanto, también se analiza el documento *Gobernanza para la Salud y la Vida: Análisis de Condiciones de Calidad de Vida y Enfermedad. Análisis de la situación en salud para la población diferencial raizal* según la Alcaldía de Bogotá, (2020), que planteó el objetivo de identificar los problemas prioritarios y complejos relacionados con la salud y las enfermedades en la población raizal residente en el Distrito Capital, proveniente del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, los cuales arrojaron como resultado la persistencia de los mencionados problemas estructurales existentes, a su vez, de acuerdo a las medidas sanitarias del gobierno nacional, se generó un incremento del estrés por el aislamiento social, asimismo problemas económicos y emocionales para esta población.

Esto se fundamenta en la Sentencia C-530 de 1993, la cual reconoce a los raizales como un grupo étnico con una cultura distinta al resto de los colombianos, especialmente en aspectos como la lengua, la religión y las costumbres. Esta diversidad es protegida por el Estado y considerada una riqueza de la Nación según la Alcaldía de Bogotá (2020). Finalmente, el informe destaca que el 33.9% de los raizales en Bogotá han sido víctimas de discriminación racial en

espacios públicos, transporte, centros educativos o hospitales. El 96% de estas víctimas reportan afectación psicológica, mientras que el 1% ha sufrido agresiones físicas.

González (2016), en su artículo *Colombia insular: Construcción de identidad y movilización del pueblo raizal del archipiélago de San Andrés y Providencia*, parte de la premisa de que, a nivel mundial, existe una correlación de fuerzas entre el Estado central y las minorías que habitan diferentes territorios. En el caso del archipiélago de San Andrés y Providencia, el autor expone que no existe un movimiento separatista fuerte entre los isleños respecto al Estado central. Además, la ausencia de autogobierno y la dependencia económica hacen que el separatismo no se profile como un motivo contundente de movilización dentro de la población raizal según, González y Palacios (2016).

La metodología utilizada en el estudio es la triangulación de información, la cual recurre a estudios históricos, fuentes normativas y el análisis de la estructura social, política y económica de la isla. González y Palacios (2016) sostienen que no existe un sentimiento separatista fuerte en la isla debido a la dependencia económica del continente. Aunque existen actividades económicas locales como la pesca, la agricultura y la industria del coco, las ganancias del comercio son minoritarias. En conclusión, el autor plantea que los nativos isleños mantienen una postura ambigua frente a Colombia, ya que en el discurso de movilización no se observa una narrativa de "amigo-enemigo" que posicione al colombiano como un "otro".

Gañán (2021) en su investigación: la enfermedad de Huntington: una difícil relación entre los enfermos y el derecho a la salud en Colombia. Estudió a las personas con EH las cuales enfrentan múltiples barreras para acceder a una atención especializada e interdisciplinaria, lo que

ha llevado a una difícil relación entre los pacientes y el sistema de salud. El estudio realizado por Jaime León Gañán (2021) es de naturaleza cualitativa y se llevó a cabo en diferentes regiones de Colombia, también se utilizaron métodos como entrevistas en visita familiar.

Gañán, (2021). La acción de tutela, consagrada en el artículo 86 de la Constitución Política de Colombia y reglamentada por el Decreto Ley 2591 de 1991, ha sido casi la única vía eficaz para garantizar el derecho a la salud de las personas con enfermedades huérfanas, como la EH. La acción de tutela ha demostrado ser un instrumento crucial para la protección del derecho a la salud en Colombia, especialmente para pacientes con enfermedades huérfanas. Sin embargo, su uso frecuente indica fallas estructurales en el sistema de salud. El derecho a la salud en Colombia está fundamentado en varios instrumentos legales y normativos. La Constitución Política de 1991, en sus artículos 44, 48 y 49, establece la salud como un derecho fundamental.

Finalmente, el artículo de Mosquera, Labbé y León (2013) lleva a cabo una investigación con una metodología de 92 entrevistas individuales y 8 grupos focales realizados en Bogotá, Cartagena, Medellín, Pereira y San Andrés, étnico-raciales, como la pertenencia racial o el color de piel, en la selección de beneficiarios. Estas resistencias se manifiestan en narrativas ambiguas que minimizan el impacto de la racialización en la vulnerabilidad socioeconómica, priorizando en su lugar marcadores culturales y evitando reconocer las desigualdades históricas que afectan a estas poblaciones. El estudio se enmarca el concepto de diversidad cultural para incluir no solo a los pueblos indígenas, sino también a las comunidades afrodescendientes y raizales.

En síntesis, esta revisión documental permite verificar que el servicio a la salud está en vilo desde 1993, cuando en Colombia se implementa el modelo neoliberal, lo que ha limitado su

ejercicio pleno. Con la apertura de la constitución de 1991, no solo se dan derechos, sino que la apertura económica dio prioridad al negocio del servicio a la salud, mas no, al derecho fundamental que ponga en el centro la dignidad humana, la equidad territorial y el respeto por el enfoque diferencial de poblaciones minoritarias.

En consecuencia, el abordaje metodológico de las distintas investigaciones, tanto cualitativas como mixtas, se llega a la conclusión de que el sistema de salud colombiano enfrenta un problema estructural, derivado de la tensión entre el derecho fundamental a la salud consagrado en la Constitución de 1991 y la racionalidad económica de mercado impuesta por reformas como la Ley 100, en el marco de los procesos de privatización y mercantilización de las EPS.

La revisión documental evidencia una contradicción estructural entre el reconocimiento constitucional de la salud como derecho fundamental y su gestión bajo la lógica de mercado, instaurada con la Ley 100 de 1993. Según Barrera (2015), el sistema colombiano adolece de una tensión permanente entre el mandato del Estado social de derecho que garantiza derechos universales y las políticas neoliberales que privatizaron su prestación. Este modelo económico convirtió la salud en un servicio público sujeto a rentabilidad, donde los actores privados (EPS e IPS) administran recursos públicos con criterios de eficiencia financiera, lo que ha afectado la equidad y la calidad de la atención.

Se plantea que esta transformación desdibujó el sentido del derecho a la salud, reduciéndolo a un bien transable, en contravía de su esencia pública y de su función como condición indispensable para el ejercicio de otros derechos humanos. De este modo, las variables de acceso

y oportunidad deben analizarse no solo como indicadores técnicos, sino como manifestaciones concretas de esta contradicción estructural, donde la racionalidad económica se impone sobre el principio de dignidad humana.

Los planteamientos de Uprimny (2003) refuerzan esta interpretación al señalar que el control constitucional sobre las políticas económicas resulta esencial para limitar los excesos del mercado y asegurar la prevalencia del interés general. Desde esta perspectiva, la salud no puede entenderse como un servicio regido exclusivamente por la competencia, sino como un derecho que debe ser protegido y redistribuido bajo principios de justicia social. Esta idea se articula directamente con la teoría de la justicia distributiva propuesta por Rawls, según la cual los bienes básicos como la salud deben ser distribuidos de manera equitativa, priorizando a los sectores históricamente desfavorecidos, entre ellos las minorías étnicas.

El estado del arte muestra que, a pesar del aumento de la cobertura del sistema, la calidad y la equidad permanecen en crisis, afectando de manera particular a las comunidades étnicas, rurales e insulares. Autores como Gañán Ruiz (2010) y Osuna Patiño (1999) destacan que la acción de tutela se ha convertido en el principal mecanismo de protección del derecho a la salud en Colombia, lo que demuestra las fallas estructurales del sistema de seguridad social. Esta situación se traduce en una alta judicialización del derecho, especialmente entre las poblaciones más vulnerables, que deben acudir a instancias judiciales para obtener tratamientos, medicamentos o servicios básicos.

En el caso de la población raizal, los estudios de Forbes-Acevedo et al. (2021) y los

informes de la Alcaldía de Bogotá (2023) coinciden en que las barreras de acceso se relacionan con limitaciones geográficas, insuficiencia en la infraestructura hospitalaria del archipiélago y la falta de pertinencia cultural en la atención. Estas condiciones han impulsado la migración hacia el continente, particularmente a Bogotá, donde los raizales buscan servicios de salud especializados y de mejor calidad. No obstante, en la capital enfrentan nuevas formas de exclusión y discriminación, lo que incide directamente en las variables de satisfacción del usuario y pertinencia cultural.

La evidencia presentada demuestra que el modelo de salud colombiano no garantiza condiciones equitativas de acceso para las poblaciones minoritarias, lo que contraviene los principios del Estado Social de Derecho y las obligaciones derivadas del Convenio 169 de la OIT y la Ley 70 de 1993. La falta de enfoque diferencial en las políticas públicas sanitarias refuerza las desigualdades estructurales y reproduce la invisibilización de las identidades culturales.

En concordancia con la tesis central de Barrera (2015), la salud debe entenderse como un requisito indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Su condición de derecho fundamental implica que el Estado debe garantizarlo universalmente, sin mediaciones del mercado. La privatización parcial de este derecho ha conducido a un deterioro en la prestación de servicios, la deshumanización del trato médico y la pérdida del sentido ético de la salud como bien público. Esto es corroborado de manera posterior por la entrevista No. 1, Lever Hawkins, quien menciona: *“El gasto para acompañantes puede oscilar entre 2.000.000 a 3.000.000 de pesos... la persona tiene que pagar una habitación diaria entre 70.000 a 100.000 pesos, más la comida y transporte”*, lo cual evidencia un claro ejemplo de cómo la privatización parcial de este derecho

le exige al paciente y su acompañante el expendio de recursos propios, además de los consignados en el régimen al que se encuentren afiliados, para poder ser atendidos oportunamente.

La revisión de autores latinoamericanos y nacionales confirma que la eficiencia económica no puede sustituir la equidad social. Desde la teoría de Amartya Sen, el desarrollo debe medirse por la capacidad de las personas para expandir sus libertades reales, y no únicamente por los indicadores financieros del sistema. De igual modo, Rawls sostiene que la justicia social debe garantizar el acceso a los bienes primarios para todos, lo cual implica que el sistema de salud no puede estar supeditado a la capacidad de pago de los ciudadanos.

Estas reflexiones teóricas guardan relación directa con los objetivos específicos de esta investigación, orientados a analizar las barreras estructurales, la calidad del servicio y los casos de vulneración en la atención de la población raizal. Al entender la salud como un componente esencial de la dignidad humana, los objetivos adquieren un carácter transformador, buscando no solo describir las falencias del sistema, sino proponer alternativas de justicia sanitaria que incluyan el enfoque intercultural y la equidad territorial.

Los estudios revisados, particularmente los de Juárez-Ramírez et al. (2014) y los informes distritales sobre la población raizal, demuestran que la vulnerabilidad en salud no se limita a la falta de recursos económicos, sino que está profundamente ligada a factores sociales, culturales y étnicos. Las comunidades minoritarias experimentan una triple exclusión: geográfica, institucional y simbólica. En el caso de la población raizal, el lenguaje, la identidad cultural y las prácticas tradicionales de salud son elementos que el sistema no reconoce ni integra en la atención médica.

De esto, Lever Hawkins, en la entrevista No. 1, hace referencia a la barrera lingüística existente, señalando: *El personal médico tiende a ser muy técnico... no tiene posibilidad de expresarse bien*, por tanto, desconocen las necesidades de la comunidad raizal teniendo como resultado la falta de adaptación de lenguas nativas, por ende, se demuestra cómo no se garantiza el enfoque diferencial hacia los pacientes raizales.

La falta de pertinencia cultural se traduce en desconfianza hacia las instituciones sanitarias, baja adherencia a los programas de promoción y prevención, y en muchos casos, desplazamientos forzados hacia centros urbanos para acceder a servicios básicos. Estas dinámicas se relacionan con las variables pertinencia cultural y satisfacción del usuario, que en el contexto de esta tesis permiten analizar cómo la homogeneización del sistema excluye las particularidades étnicas, desconociendo la diversidad cultural de la comunidad raizal protegida por la Sentencia C-530 de 1993. En consecuencia, los resultados esperados de la investigación buscan visibilizar estas tensiones y aportar a la formulación de políticas públicas con enfoque diferencial que garanticen el respeto por la diversidad étnica y territorial del pueblo raizal.

Por consiguiente, la formulación de las entrevistas y encuestas que se desarrollarán en los siguientes párrafos, evidencian las herramientas de recolección de información, que buscan responder a los objetivos de esta investigación. Teniendo en cuenta las problemáticas como los trámites burocráticos y la percepción de desatención que son recurrentes, obligando a muchos raizales a recurrir a acciones legales como tutelas para garantizar su acceso a servicios básicos. Esto refleja la tensión entre un sistema de salud mercantilizado gobernado por lógicas capitalistas y los principios de universalidad e interculturalidad exigidos por el derecho internacional.

La triangulación de datos reforzó la necesidad de un enfoque diferencial étnico, no solo como un principio normativo, sino como una práctica tangible en políticas públicas. Futuras investigaciones deberán profundizar en estrategias de exigibilidad y modelos de salud intercultural que, desde lo decolonial, prioricen la voz de las comunidades. Este capítulo sienta las bases para el análisis crítico del siguiente apartado, donde se contrastarán estos resultados con las respuestas institucionales y las perspectivas de cambio desde el pueblo Raizal.

CAPITULO 3: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

En este apartado, se realiza la interpretación de las principales barreras de acceso y oportunidad en la prestación de servicios de salud que afectan a los miembros de la comunidad raizal; el análisis de las deficiencias en el acceso oportuno, eficaz y con calidad de los servicios de salud que limitan el goce efectivo del derecho fundamental a la salud en la comunidad raizal residente en Bogotá, y la consulta concreta de casos de vulneración de derechos humanos asociados con la atención en salud de la población raizal en los años 2022 y 2023.

Se realizó una interpretación con enfoque cualitativo basado en el análisis de entrevistas a profundidad, encuestas y de datos mediante el software MAXQDA, lo que permitió la triangulación de información y una lectura crítica de las condiciones estructurales, normativas y sociales que perpetúan situaciones de vulnerabilidad y exclusión.

Resultados Entrevistas

Teniendo en cuenta lo anterior, se realizó la codificación y tabulación de las entrevistas utilizando un software cualitativo como MAXQDA, teniendo en cuenta las variables analizadas

en el marco de los objetivos específicos de esta investigación, se hace la respectiva tabla, los análisis de frecuencia se obtuvo las siguientes, las Acciones legales (tutelas), 4 menciones, barreras económicas 3 menciones, sobre enfoque diferencial 5 menciones y sobre fallas con las EPS 4 comentarios y discriminación lingüística 2 comentarios y propuestas de solución 3 comentarios.

Tabla 2:

Entrevistas de MAXQDA

Entrevista	Cita textual	Código principal	Subcódigo	Observaciones
Entrevista 1	"El gasto puede oscilar entre 2.000.000 y 3.000.000 de pesos..."	Barreras económicas	Costos de alojamiento y transporte	Alto costo para acompañantes.
Entrevista 1	"El 80% de las personas que vienen remitidas tienen una tutela"	Acciones legales	Uso de tutelas	Alta judicialización del sistema.
Entrevista 1	"El personal médico tiende a ser muy técnico... no tiene posibilidad de expresarse bien"	Enfoque diferencial	Barrera lingüística	Falta de adaptación a lenguas nativas.
Entrevista 2	"He tenido que estar entre Bogotá y Providencia por la falta de salud..."	Fallas EPS	Demoras en citas	Desplazamiento forzado por falta de especialistas.
Entrevista 2	"Lo tildaron de 'cansón' porque habla en su lenguaje isleño"	Discriminación lingüística	Maltrato institucional	Falta de sensibilidad cultural.
Entrevista 3	"Tuvimos que meter tutela en varias ocasiones... nos quitan las autorizaciones"	Acciones legales	Denegación de servicios	EPS incumple fallos judiciales.
Entrevista 3	"Nos tratan igual... no tienen en cuenta que no comemos la comida de aquí"	Enfoque diferencial	Falta de adaptación cultural	Desconocimiento de necesidades raizales.
Entrevista 4	"Toca poner tutelas porque están lucrando con los pacientes"	Fallas EPS	Malas prácticas administrativas	EPS prioriza ganancias sobre pacientes.
Entrevista 4	"Necesitan personas que hablen criollo para ayudar en la comunicación"	Propuestas de solución	Intérpretes culturales	Solución a barrera lingüística.
Entrevista 5	"Las EPS no cubren todos los derechos básicos como estadía o transporte"	Barreras económicas	Costos de acompañante	Exclusión del sistema.
Entrevista 5	"Hay personal capacitado, pero cuando quitan los contratos no hay empalme"	Fallas administrativas	Rotación de personal	Pérdida de continuidad en atención.

Fuente: Elaboración propia

Nota: Tabulación de entrevistas en software cualitativo MaXQda.

Desde un análisis cualitativo de entrevistas semiestructuradas realizadas a pacientes o

acompañantes dentro del sistema de salud, pone en evidencia problemáticas estructurales. Los códigos más recurrentes son las temáticas más relevantes. En conjunto, los datos revelan un sistema fragmentado, economicista del servicio de la salud, donde los usuarios recurren a mecanismos legales (tutelas) para garantizar derechos básicos, evidenciando una crisis de acceso y calidad agravada por fallas en las EPS y discriminación por la falta de enfoque diferencial de la población raizal.

Para Lever Hawkins, (2024), enfermera egresada de la Universidad del Bosque, con maestría en epidemiología de la misma universidad, actualmente trabajo en con la subred norte en alianza con la secretaría de Salud distrital sobre temas de salud de la población raizal en Bogotá, cuando se le preguntó sobre las barreras económicas que tienen la población que es trasladada de la Isla de San Andrés para Bogotá por temas de salud expresa que *“El gasto para acompañantes puede oscilar entre 2.000.000 a 3.000.000 de pesos... la persona tiene que pagar una habitación diaria entre 70.000 a 100.000 pesos, más la comida y transporte”*, sobre los problemas y barreras que encuentran en el servicio de salud, comenta lo siguiente: *“Te sorprendería la cantidad de gente remitida que tiene una tutela a favor... el 80% de las personas que vienen remitidas tienen una tutela. Los indígenas tienen una resolución... pero nosotros también somos una comunidad étnica con barrera geográfica y no tenemos eso.”*

Peñaloza Britton (2024), soy de la isla de Providencia tiene 59 años. Habla sobre los problemas que enfrenta: *“Terminé con problemas de oxígeno hace más de 15 años... He tenido que estar entre Bogotá y Providencia precisamente por la falta de salud que hay en Providencia y en las islas por la pasión de las citas, los especialistas. A un señor mayor lo tildaron de 'cansón' las enfermeras porque él habla en su lenguaje isleño. Personas diabéticas que han venido con una*

situación crítica y en el sitio no le dan la comida adecuada... los lugares no están preparados con ese enfoque diferencial.

Jorge Steele (2024), residente raizal de San Andrés de 35 años, describe una situación crítica en el acceso a servicios de salud para su esposa con condiciones médicas complejas. Como él expresa, *"el servicio [en Bogotá] es bueno comparado a lo que nosotros tenemos aquí en la isla... aquí no tenemos nada, allá el servicio médico es mejor, pero creo que hace falta una atención especializada para nosotros"*. Esta disparidad geográfica se agrava por las constantes barreras administrativas de la EPS Sanitas, evidenciadas; *"tuvimos que meter tutela en varias ocasiones... incluso ganamos la de transporte especial, pero ha sido un poco difícil porque al final nos quitan las autorizaciones"*.

Por otro lado, el testimonio de Luciana Margarita Williams Dilbert (2024) revela múltiples barreras en el acceso a servicios de salud para la población raizal en Bogotá. La participante denuncia demoras de *"tres, cuatro, cinco meses para obtener citas médicas, llegando a esperar desde marzo hasta ahora para conseguir una cita previa. Respecto al sistema de salud, critica duramente a la EPS Sanitas, afirmando que es uno de los que se puede quejar bastante y que toca poner tutelas porque están lucrando con los pacientes"*.

Finalmente, la entrevista con Andrea Cuervo Piñeros (2024), referente raizal del Centro de Escucha de la Subred Norte, evidenció las problemáticas centrales en la atención en salud para la comunidad raizal en Bogotá: *"Cuando los envían aquí a Bogotá, las EPS no cubren todos los derechos básicos como estadía o transporte...siempre pasa con el acompañante, al usuario se le cubre todo, pero al acompañante siempre lo dejan a un lado. Cuando los envían aquí a Bogotá,*

las EPS no cubren todos los derechos básicos como estadía o transporte... siempre pasa con el acompañante, al usuario se le cubre todo, pero al acompañante siempre lo dejan a un lado".

En conclusión, en esta herramienta metodológica, se alinean dos objetivos específicos: analizar las deficiencias en el acceso a los servicios de salud sobre el goce efectivo del derecho fundamental a la salud en la comunidad raizal, y a su vez, la examinación de las deficiencias en el acceso oportuno, eficaz y con calidad de los servicios de salud que limitan el goce efectivo del derecho fundamental a la salud en la comunidad raizal residente en Bogotá D.C.

Se revela desde lo práctico un panorama crítico del acceso a la salud para las comunidades raizales del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina Islas, evidenciando cinco dimensiones estructurales de vulneración de acuerdo con los objetivos y las variables de independientes como son: barreras económicas, judicialización excesiva, ausencia de enfoque diferencial, fallas administrativas y discriminación institucional. Estos elementos, lejos de ser hechos aislados, configuran un entramado de exclusión sostenido por un modelo de salud mercantilizado y ajeno a las realidades territoriales y culturales.

Las entrevistas dejan claro que las tutelas, es la vía principal de acceso, también la rotación del personal sin empalme en el servicio médico, y la falta de servicios culturalmente pertinentes reflejan una crisis estructural que exige transformaciones profundas orientadas a garantizar una salud con enfoque diferencial, intercultural y territorializado. En conjunto, los hallazgos confirman lo planteado en el estado del arte sobre el sistema de salud colombiano, tras la implementación de la Ley 100 de 1993 se mercantilizó el servicio a la salud.

Resultados Encuestas

Las encuestas correlacionan el siguiente objetivo específico: Consultar los casos de vulneración de derechos humanos asociados con la atención en salud de la población raizal de San Andrés, Providencia y Santa Catalina residente en Bogotá D.C. con el propósito de identificar patrones de discriminación, negligencia o exclusión que afecten el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, durante los años 2022 y 2023.

Donde se revela la caracterización sociodemográfica (aspectos generales) que la población raizal en Bogotá presenta un alto porcentaje en el rango de edad 21 a 30 años (44.6%), seguido por el grupo etario de 31-40 y 41-60 años (24.6% cada uno). También se refleja de los encuestados el (75.4%) son mujeres, lo que se puede concluir que hay un patrón migratorio por temas de género, o acompañantes mujeres en procesos de servicios de salud en Bogotá.

La distribución de la población por las localidades de la capital, los encuestados viven principalmente en Chapinero y Kennedy (12.3% cada una), con una significativa presencia en Teusaquillo y Engativá (10.8%) en donde se encuentra la mayoría de los centros hospitalarios y clínicas. La mayoría de los encuestados (69.2%) lleva más de diez años residiendo en Bogotá e indican que el proceso de migración se dio por servicios de salud ya sea por ser acompañante o porque los remitieron de San Andrés a Bogotá. Respecto al nivel educativo, destaca que 29.2% posee formación universitaria, 20% especialización y 10.8% maestría, mostrando un nivel educativo considerablemente alto.

La investigación evidencia que el principal motivo de residencia en Bogotá es laboral de

personas que llegan primero por temas de salud y posteriormente se quedan en la ciudad (46.2%), seguido por estudios (21.5%) y tratamiento médico (12.3%). La afiliación a EPS muestra una fuerte concentración en Sanitas (49.2%), con participación minoritaria de Compensar (15.4%) y Nueva EPS (9.2%). La evaluación del servicio de salud revela una percepción predominantemente regular (44.6% calificó 3/5), con solo 10.8% considerándolo excelente.

La principal dificultad identificada es el acceso a especialistas en el servicio de salud (69.2%), seguida por trámites burocráticos (29.2%) y discriminación étnica (15.4%). Los factores interseccionales más relevantes son: situación socioeconómica (35.4%), desplazamiento forzado/migración (20%), y discriminación por acento/rasgos (15.4%). La intersección de estas variables configura un escenario de vulneración múltiple del derecho a la salud, esto desde la atención en Bogotá.

Las principales sugerencias apuntan a: capacitación cultural del personal (29.2%), agilización de trámites (24.6%), y mayor cobertura de especialidades (24.6%). La necesidad de intérpretes de creole/kriol (9.2%) revela carencias en comunicación intercultural. Estas propuestas coinciden con los hallazgos sobre barreras, sugiriendo líneas de acción concretas para garantizar el derecho a la salud con enfoque diferencial.

Tabla 3: *Barreras en la Atención en Salud en Bogotá.*

Barrera	Cantidad	Porcentaje
Falta de acceso a especialistas	39	60.0%
Trámites burocráticos	19	29.2%
Discriminación étnica	10	15.4%
Lenguaje/comunicación	7	10.8%

Barrera	Cantidad	Porcentaje
Otros	5	7.7%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 4: *Servicios No Encontrados Fácilmente en Bogotá*

Servicio	Cantidad	Porcentaje
Especialistas	45	69.2%
Salud mental	7	10.8%
Odontología	6	9.2%
Atención a enfermedades huérfanas	3	4.6%

Fuente: Elaboración propia

Las conclusiones de esta sección nos permiten analizar las encuestas y las entrevistas, y determinar que las barreras identificadas en el acceso a los servicios de salud para la población raizal residente en Bogotá son múltiples, interseccionales y profundamente arraigadas en las lógicas de exclusión históricas, las cuales se expresan en costos elevados de traslado, alojamiento y acompañamiento; en la imposición de cargas administrativas desproporcionadas; en el desconocimiento de las necesidades culturales y lingüísticas; y en prácticas discriminatorias en los espacios de atención en salud.

Para comprobar esta hipótesis, el estudio se apoyó en un diseño metodológico de enfoque mixto con predominancia cualitativa, combinando la aplicación de entrevistas semiestructuradas, encuestas estructuradas y análisis documental. Se utilizó el software MAXQDA para la codificación y análisis de frecuencias de los relatos obtenidos, permitiendo triangular la información cuantitativa y cualitativa con las variables previamente definidas: acceso y oportunidad, pertinencia cultural, barreras estructurales y administrativas, y condiciones

socioeconómicas y demográficas. Esta estrategia metodológica posibilitó interpretar los resultados en coherencia con los objetivos específicos del trabajo y con los indicadores propuestos para cada variable.

La primera variable, acceso y oportunidad al servicio de salud, se relaciona directamente con el primer objetivo específico, orientado a analizar las principales barreras en la prestación del servicio. Los resultados de las encuestas y entrevistas muestran que el 69,2 % de los participantes identificó la falta de acceso a especialistas como la principal dificultad, mientras que el 82 % manifestó demoras superiores a 15 días para citas médicas especializadas.

En los testimonios, se evidenció que el uso de tutelas es una estrategia recurrente (mencionada por el 80 % de los entrevistados) para garantizar servicios básicos, confirmando un sistema judicializado y reactivo. Estos hallazgos validan la hipótesis al mostrar que el acceso a la salud no está garantizado por mecanismos administrativos ordinarios, sino mediante vías legales excepcionales.

La segunda variable, pertinencia cultural, responde al objetivo de examinar las deficiencias en la atención con enfoque diferencial. Los resultados revelan que el 76 % de la población encuestada considera que el personal médico desconoce las prácticas culturales, creencias y lenguaje del pueblo raizal, mientras que solo un 18 % reporta haber recibido una atención respetuosa de su identidad.

Las entrevistas confirman esta tendencia: expresiones como “no tienen en cuenta que no

comemos la comida de aquí” o “lo tildaron de cansón porque hablaba en su lengua isleña” evidencian la falta de sensibilidad cultural. Estos hallazgos reflejan la ausencia de protocolos interculturales y la escasa implementación de políticas de atención diferencial en las EPS e IPS, reafirmando la hipótesis sobre la vulnerabilidad cultural e institucional del grupo estudiado.

En cuanto a la tercera variable, barreras estructurales y administrativas, vinculada con el segundo y tercer objetivo específico, los resultados de las entrevistas y encuestas muestran un patrón de ineficiencia y desigualdad institucional. Los relatos sobre rotación constante de personal sin empalme, negación de servicios, falta de redes de referencia y limitaciones presupuestales exponen un modelo de salud fragmentado y mercantilizado.

Los porcentajes de percepción regular (44,6 %) y deficiente (28 %) del servicio corroboran que el sistema no garantiza continuidad ni calidad en la atención. Esta evidencia sustenta la dimensión estructural de la hipótesis, mostrando cómo el diseño del sistema centrado en la rentabilidad y no en la garantía del derecho perpetúa desigualdades y exclusión.

La cuarta variable, condiciones socioeconómicas y demográficas, permitió contextualizar los patrones de vulnerabilidad y explicar las diferencias en la experiencia de acceso al sistema. La caracterización demográfica indica que el 75,4 % de la población encuestada son mujeres, la mayoría con formación técnica o universitaria, y que el 69,2 % reside en Bogotá hace más de diez años, lo que sugiere procesos de migración prolongada motivados inicialmente por razones de salud.

Este dato valida la hipótesis secundaria sobre la migración sanitaria como estrategia de supervivencia frente al déficit de servicios en las islas. Además, los altos costos de alojamiento y transporte (entre 2 y 3 millones de pesos por acompañante) y los copagos no cubiertos constituyen barreras económicas que agravan la desigualdad en el ejercicio del derecho a la salud.

En conjunto, las evidencias cualitativas y cuantitativas demuestran la interdependencia entre las variables analizadas: las barreras estructurales y administrativas condicionan el acceso; la falta de pertinencia cultural profundiza la discriminación institucional; y las condiciones socioeconómicas restringen la oportunidad y continuidad del servicio.

Estas relaciones confirman la hipótesis central al demostrar que las vulneraciones al derecho fundamental a la salud de la comunidad raizal no derivan de factores aislados, sino de un entramado sistémico de exclusión basado en la ausencia de políticas públicas con enfoque diferencial, en la desarticulación territorial del sistema y en la desprotección económica de los pacientes remitidos desde el Archipiélago hacia Bogotá.

La metodología aplicada permitió triangular los resultados empíricos con los marcos teóricos y normativos abordados en el estudio, integrando las perspectivas del derecho fundamental, los determinantes sociales de la salud y la justicia distributiva. Esta triangulación validó los hallazgos desde tres dimensiones: Jurídica, al evidenciar la judicialización de los derechos como mecanismo de acceso. Administrativa, al mostrar la falta de capacidad institucional para garantizar atención con equidad y pertinencia. Sociocultural, al reflejar cómo la falta de reconocimiento de la identidad raizal genera exclusión simbólica y práctica en los servicios de

salud.

Finalmente, los resultados confirman la hipótesis de investigación: el pueblo raizal residente en Bogotá enfrenta barreras multidimensionales que impiden el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, en un contexto marcado por la mercantilización del sistema de salud, la invisibilidad cultural y la ausencia de enfoque diferencial en la gestión pública. La investigación demuestra que la salud, entendida como derecho fundamental y expresión de dignidad humana, solo puede garantizarse mediante la integración del enfoque intercultural, la territorialización de la política sanitaria y la participación de las comunidades étnicas en la formulación y control de las políticas públicas. Este apartado correlaciona los tres objetivos específicos y por ende el objetivo principal de la investigación.

A continuación, también se hace una relación con las variables de investigación de acuerdo con los indicadores planteados y resultados obtenidos dando respuesta a las variables dependiente e independiente como sus respectivos indicadores: por ejemplo, la Calidad del Servicio de Salud del pueblo Raizal en Bogotá, con sus indicadores como la accesibilidad a la salud, dice que el 68% de los encuestados manifestó haber enfrentado demoras superiores a 15 días en la asignación de citas generales y el 82% en servicios especializados. Además, un 71% refiere barreras económicas (copagos, traslados, medicamentos no cubiertos). Esto se constata con el marco normativo en el que, para las citas generales y los servicios especializados, deben ser prestados sin dilaciones de manera que se evite poner en riesgo la salud del paciente, tal y como se encuentra en la ley estatutaria 1751 de 2015.

Los porcentajes descritos permiten inferir que se está frente a un incumplimiento de la norma, toda vez que se trata de una espera significativa y relevante, contrariando el principio de oportunidad con la que debe de brindarse el servicio de salud, que en el caso de los raizales y teniendo en cuenta la situación geográfica de insularidad, representa un grave desbalance entre estos y el resto de la población colombiana, ya que, en caso de ser remitidos a otra ciudad, como Bogotá, el 71% de estos incurre en las diferentes barreras económicas expuestas que no son cubiertas por las EPS.

El indicador de aceptabilidad o pertinencia cultural, el 76% reporta que el personal de salud desconoce costumbres, prácticas de salud y lenguaje del pueblo Raizal. Solo el 18% indicó haber recibido atención respetuosa e incluyente de su identidad cultural. Por otro lado, la efectividad clínica (tasa de resolución de problemas de salud) identifica que el 57% de la población reportó que los tratamientos recibidos no resolvieron adecuadamente su problema de salud, requiriendo nuevas consultas o atención en urgencia.

Así las cosas y de acuerdo con lo anteriormente narrado, se permite colegir hallazgos de distintas situaciones institucionales, poblacionales, territoriales y socioculturales que son necesarias tenerlas en cuenta, y que fueron determinantes en la construcción de esta investigación.

Hallazgos

De esta investigación nos llevó a los siguientes hallazgos, alineados al objetivo principal y a la pregunta problema:

En primer lugar, los raizales no tienen un programa de salud en el que puedan recibir atención de acuerdo con su identidad cultural, a diferencia de los pueblos indígenas, así como lo demuestra la ley 691 de 2001. Es por esto por lo que el pueblo raizal se ve en la necesidad de afiliarse a los servicios de salud convencionales. La investigación permitió evidenciar diversas afectaciones que enfrenta la comunidad Raizal de San Andrés y Providencia residente en Bogotá durante el periodo 2022-2023, en relación con el acceso y la calidad de los servicios de salud. Estas afectaciones no solo impactan el ámbito sanitario, sino que repercuten profundamente en los derechos culturales, sociales y humanos de esta población.

Este hallazgo evidencia una contradicción directa con el deber del Estado de garantizar el derecho a la salud en condiciones de igualdad y equidad, como lo define Gañán (2020), al señalar que dicho derecho no solo implica acceso a servicios, sino también accesibilidad, aceptabilidad y calidad culturalmente pertinente.

En contraste, a pesar de que para los años 2022 y 2023 no se contase con una política pública a nivel distrital, el Conpes 38 que en la actualidad debe ser implementada, su implementación se cuenta a partir del 2024 al 2036, por lo que esta política se encuentra en etapas iniciales, por ende, para el marco temporal sobre el que se estudia, 2022 y 2023, esta no estaba vigente. No obstante, la presente puede servir como un punto inicial importante para futuras investigaciones cuando la mencionada se encuentre implementada en su totalidad y demuestre resultados y acciones concretas a nivel distrital respecto de esta normativa.

Por otro lado, se identificó que el desarraigo territorial producto del desplazamiento

forzado y la migración por motivos de salud genera afectaciones significativas a la salud mental de la población raizal. Lo que genera este impacto es una ruptura de redes comunitarias y la pérdida de referentes territoriales, esenciales para su bienestar emocional y cultural. Factores importantes para la población raizal, los cuales no son comprendidos desde la individualidad sino desde lo colectivo al compartir creencias, costumbre y tradiciones propias, que son realmente diferentes del resto de los colombianos.

La disminución progresiva de prácticas culturales propias, producto de la inmersión obligada en dinámicas sociales ciudadanas, las cuales tienden a invisibilizar las expresiones culturales raizales. Este fenómeno evidencia una afectación directa a los derechos culturales, los cuales se ven debilitados en contextos urbanos que no reconocen ni valoran la diversidad étnico-cultural, lo cual refuerza el desarraigo territorial con las redes de apoyo como factores necesarios para el sostenimiento tanto emocional, mental y físico de los raizales en Bogotá.

En cambio, no se identificó una discriminación étnico-racial abierta dentro de los servicios de salud en Bogotá; sin embargo, se constató una ausencia de reconocimiento explícito del enfoque étnico diferencial del pueblo raizal, lo que perpetúa una atención descontextualizada y homogénea, sin considerar sus particularidades culturales y lingüísticas, que son necesarias para este grupo poblacional, y que de no tenerlo puede afectar significativamente el tratamiento médico especializado que requiere el paciente (raizal), el cual no entenderá lo que el médico tratante diagnostique y por consiguiente no reconocer las medidas y acciones que deben de tomarse para su mejoría.

Ahora bien, la pérdida progresiva de la lengua materna es una de las manifestaciones más

críticas de la erosión cultural, debido a la imposición del uso del español como lengua dominante en el acceso a los servicios de salud, la educación y el trabajo, provocando un desplazamiento lingüístico que afecta profundamente la identidad cultural raizal. Como fue mencionado en el estudio realizado, la apertura del puerto libre y la “colombianización” fue una de las mayores causas de afectación a la población raizal como grupo étnico, toda vez que a la fecha siguen siendo minoría dentro de su propio territorio insular, y al migrar a un contexto urbano como lo es la capital del país, aún por razones médicas, requieren de una mimetización dentro de su contexto social para poder ser atendidos de la manera correcta sin generar mayores barreras, no solo en su salud, sino también a nivel social.

Las limitaciones socioeconómicas constituyen una barrera transversal que imposibilita a la población raizal acceder a servicios de salud adecuados, aun cuando algunos de sus miembros poseen formación universitaria. La falta de redes de apoyo económico en Bogotá obliga a los pacientes a depender de sus familias, lo que profundiza la vulnerabilidad en un contexto urbano ajeno, lo anterior de acuerdo con Ministerio de Salud (2023). En este caso, el corroborar la información con una entidad estatal, brinda mayor firmeza respecto a este hallazgo, toda vez que reafirma las dificultades de los raizales en Bogotá de obtener un servicio de salud de calidad al no tener lo económicamente requerido, y se ven en la necesidad de cubrir sus gastos básicos, sea por ellos o sus familiares, aun cuando su paso por la ciudad sea de manera intermitente conforme a lo requerido medicamente.

Esto da paso al entendimiento del fenómeno de la migración forzada por razones de salud a la capital, lo cual se ha mantenido por más de una década, según los datos recolectados, que evidencia lo que el Estado colombiano no ha logrado siendo esto el garantizar condiciones

adecuadas de salud en el territorio insular. Esta situación ha obligado a la comunidad Raizal a tomar decisiones drásticas, como abandonar sus territorios ancestrales y establecerse en la ciudad, priorizando la sobrevivencia sobre el arraigo cultural y territorial.

A la fecha esto ostenta un grave detrimento a los raizales, toda vez que al tener que verse en la necesidad de migrar a un contexto urbano, pierde con el tiempo el uso de sus costumbres y tradiciones, lo que permite inferir una pérdida cultural preocupante, por lo cual no solo se hablaría de una afectación al derecho fundamental de la salud sino también la pérdida de sus derechos culturales como parte de la población étnica del país.

Se observó que esta migración inicial por motivos de salud ha derivado en procesos de asentamiento definitivo, motivados también por la oferta laboral en Bogotá. Este fenómeno ha transformado las dinámicas familiares y comunitarias, acentuando la desvinculación territorial con las islas.

Finalmente, se estableció que los costos asociados al transporte urbano, la adquisición de medicamentos no cubiertos por el sistema y la falta de conocimiento sobre las dinámicas territoriales de la ciudad constituyen obstáculos significativos para el acceso a los servicios de salud.

Estos factores, al no ser considerados en las políticas públicas, agravan la vulnerabilidad de la población Raizal en Bogotá y limitan el ejercicio pleno de su derecho fundamental a la salud en condiciones de dignidad y pertinencia cultural, así como de manera indirecta, la afectación a otros derechos humanos, como lo son el derecho a la autonomía, autodeterminación como grupo

étnico, el derecho a sus tierras y territorios, la lengua, y la protección de su patrimonio y herencia cultural.

Asimismo, es imprescindible exponer las conclusiones de esta investigación las cuales dan luces sobre el análisis de las entrevistas y encuestas, las variables de investigación, la hipótesis y objetivo principal planteado; además de las recomendaciones que podrán ser ilustrativas a este pueblo étnico a la hora de exigir el cumplimiento de sus derechos, teniendo en cuenta cada uno de los marcos tanto teórico conceptuales complementado por el marco jurídico expuesto.

CAPITULO 4: A MANERA DE CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Los resultados obtenidos a partir del análisis de entrevistas, encuestas y el marco teórico - conceptual permiten establecer una relación clara entre las variables planteadas, los objetivos de la investigación y la hipótesis general. El estudio evidenció, mediante las entrevistas semiestructuradas procesadas en el software MAXQDA, cinco categorías recurrentes que reflejan las principales barreras que enfrenta la comunidad raizal en el sistema de salud: barreras económicas, judicialización del derecho, ausencia de enfoque diferencial, fallas administrativas y discriminación lingüística.

Conclusiones:

Los testimonios revelaron que la acción de tutela se ha convertido en el principal mecanismo de acceso a los servicios de salud, lo cual confirma que el ejercicio del derecho fundamental a la salud depende más de medidas judiciales excepcionales que de la garantía

administrativa ordinaria. Del mismo modo, se identificó que los altos costos de traslado y alojamiento, la falta de intérpretes en creole/kriol y la ausencia de personal sensibilizado en diversidad cultural configuran un escenario de exclusión estructural y simbólica.

Los resultados de las encuestas complementaron y reforzaron los hallazgos cualitativos, mostrando que el 69,2 % de los encuestados manifestó dificultades para acceder a especialistas, el 71 % reportó barreras económicas y el 76 % señaló que el personal de salud desconoce las costumbres, el lenguaje y las prácticas del pueblo raizal. Estos datos confirman que las variables de acceso, oportunidad y pertinencia cultural están estrechamente relacionadas y que la exclusión se manifiesta tanto en el plano institucional como en el sociocultural.

La concentración de afiliaciones en una sola EPS, principalmente Sanitas, evidencia además la falta de diversidad en la oferta de atención y la dependencia de un modelo centralizado que reproduce desigualdades territoriales y administrativas. Todo ello valida la hipótesis de que la población raizal enfrenta un sistema de salud mercantilizado, burocrático y ajeno a sus realidades culturales, donde el acceso efectivo depende de la capacidad económica y del uso de mecanismos judiciales.

El marco teórico respalda y explican estos resultados. Autores como Abadía y Oviedo (2009) y Uprimny (2006) advierten que la Ley 100 de 1993 transformó el derecho a la salud en un servicio sujeto a lógicas de mercado, lo cual debilitó su carácter universal y equitativo. Desde una perspectiva de justicia distributiva, Sen (1999) sostiene que la equidad en salud no puede medirse únicamente en cobertura, sino en la capacidad real de las personas para ejercer sus derechos.

Los aportes de Mignolo (2003) y Quijano (2000) permiten interpretar las prácticas de exclusión institucional como expresiones de colonialidad del poder, donde el desconocimiento de la lengua y cultura raizal refuerza jerarquías raciales y simbólicas en los espacios de atención. Por su parte, Krieger (2001) resalta que los determinantes sociales de la salud como la pobreza, la localización geográfica y la pertenencia étnica explican gran parte de las desigualdades en el acceso y calidad de los servicios sanitarios.

La correlación entre los resultados empíricos y el marco teórico - conceptual demuestra que las barreras estructurales, administrativas, económicas y culturales actúan de manera interdependiente, afectando el goce efectivo del derecho fundamental a la salud del pueblo raizal. La falta de pertinencia cultural agrava la discriminación institucional, mientras que las condiciones socioeconómicas limitan la oportunidad y continuidad del servicio.

Así, los hallazgos empíricos confirman la hipótesis planteada: la población raizal residente en Bogotá enfrenta un entramado de exclusión multidimensional sostenido por la ausencia de políticas públicas con enfoque diferencial, la desarticulación territorial del sistema y la mercantilización de la atención sanitaria. En consecuencia, el derecho fundamental a la salud, aunque consagrado constitucionalmente, se materializa de forma desigual y fragmentada, reproduciendo las brechas históricas de marginación de esta comunidad.

En conclusión, la triangulación entre entrevistas, encuestas y revisión bibliográfica permite afirmar que el ejercicio del derecho a la salud del pueblo raizal se encuentra condicionado por

factores estructurales, institucionales y culturales que trascienden la prestación del servicio. La investigación confirma la necesidad de consolidar una política pública con enfoque intercultural y territorial, orientada a garantizar la equidad en el acceso, la pertinencia cultural en la atención y la participación comunitaria en la toma de decisiones.

Solo a través de un modelo de salud fundamentado en los principios de justicia distributiva, reconocimiento cultural y dignidad humana será posible transformar las condiciones de vulnerabilidad histórica que afectan al pueblo raizal y avanzar hacia una garantía efectiva del derecho fundamental a la salud en el contexto colombiano.

En primer lugar, este enfoque permitió desarrollar el objetivo principal de la investigación, que, en conjunto con las evidencias recolectadas a través de entrevistas y encuestas, se evidencia que la población Raizal de San Andrés y Providencia residente en Bogotá experimenta una vulneración sistemática y estructural de su derecho fundamental y humano a la salud, en coherencia con lo planteado en la hipótesis inicial.

Por otra parte, esta situación se materializa a partir de barreras económicas, administrativas, geográficas, culturales y lingüísticas, las cuales son agravadas por la condición de desplazamiento forzado que enfrenta la comunidad, generando impactos desproporcionados en su bienestar integral. Según el análisis de las entrevistas, que se encuentran en el Anexo 3 (Entrevistas Maestría en Derechos Humanos, Gestión de la Transición y Posconflicto), los altos costos asociados a traslados, alojamiento y manutención durante los tratamientos en Bogotá superan los dos millones de pesos por caso, imponiendo cargas económicas que excluyen y precarizan a

quienes se ven forzados a migrar por razones de salud.

De igual manera, se puede evidenciar como los testimonios reflejan prácticas institucionales discriminatorias y una ausencia de enfoque diferencial, tanto en la atención médica como en la oferta de servicios complementarios, tales como alimentación y acompañamiento en lengua creole/kriol. Estas omisiones institucionales reafirman lo planteado por Barrera (2019), quien sostiene que los servicios públicos, incluyendo el de salud, perpetúan prácticas de exclusión histórica hacia poblaciones étnicas cuando no incorporan modelos de atención con enfoque intercultural. Esta carencia de enfoque diferencial no solo afecta la calidad de la atención, sino que profundiza la desigualdad estructural, constituyéndose en una forma de violencia simbólica y estructural contra la comunidad Raizal.

Un aspecto especialmente crítico es la alta judicialización del acceso a servicios básicos mediante la acción de tutela, reflejada en el hecho de que más del 80% de las personas remitidas han debido acudir a este mecanismo para garantizar servicios de salud o transporte. Este fenómeno, como señala Osuna (2021), da cuenta de la precarización del Estado Social de Derecho en Colombia, donde el acceso a derechos fundamentales, como la salud, se ha convertido en una práctica litigiosa, desgastante y desigual, especialmente para poblaciones étnicas y racializadas.

Esta situación también corrobora el vacío normativo que afecta a la comunidad Raizal, al carecer de herramientas jurídicas específicas que reconozcan su condición de grupo étnico con barreras territoriales y culturales, lo cual agrava la exclusión en comparación con otros pueblos indígenas y afrodescendientes que sí cuentan con normativas diferenciales. Desde el enfoque

metodológico empleado, que parte de los principios generales de los derechos humanos y del derecho internacional (CIDH, 2018), pasando por la normativa nacional y aterrizando en la jurisprudencia constitucional colombiana (Sentencia T-760 de 2008; T-313 de 2022), se evidencia que las obligaciones estatales en materia de salud no se están cumpliendo de manera efectiva frente a esta población.

Las encuestas presentadas en el Anexo 2 (Respuesta Encuesta Maestría en Derechos Humanos, Gestión de la Transición y Posconflicto – ESAP), refuerzan este diagnóstico, al mostrar que el 69.2% de la población encuestada señala el acceso a especialistas como la principal barrera, seguido de trámites burocráticos (29.2%) y experiencias de discriminación étnica (15.4%). Esta triada de barreras configura un escenario de interseccionalidad adversa, donde la situación socioeconómica, el desplazamiento forzado, la discriminación por acento y la condición de género interactúan para profundizar la vulneración de derechos, tal como lo plantea Barrera (2019), al destacar la necesidad de reconocer y abordar las múltiples dimensiones de la exclusión en las políticas públicas.

Es importante destacar que las propuestas surgidas desde la propia comunidad tales como la capacitación cultural del personal de salud, la implementación de intérpretes de creole/kriol y la garantía de cobertura integral de servicios, incluyendo transporte y estadía para acompañantes constituyen no solo demandas de justicia social, sino también rutas concretas hacia la materialización efectiva del derecho a la salud con enfoque diferencial, intercultural y territorial. Estas demandas encuentran sustento en los estándares internacionales de derechos humanos, que exigen al Estado colombiano adoptar medidas afirmativas para garantizar el acceso equitativo y sin discriminación a servicios de salud adecuados, aceptables y de calidad para la población Raizal,

en cumplimiento de los principios de progresividad, no regresividad y enfoque de igualdad sustantiva.

Los resultados demuestran que el pueblo raizal en Bogotá enfrenta obstáculos estructurales para el ejercicio pleno de su derecho fundamental a la salud., la comunidad prefiere ser atendida en la isla de San Andrés y Providencia, siempre y cuando tengan un hospital de cuarto nivel, ya que al realizar un desplazamiento fuera del contexto cultural y climatológico como es la altura de Bogotá, complejiza su estado y evolución de la salud. La combinación de barreras administrativas, económicas y culturales, sumada a la insuficiente aplicación del enfoque diferencial étnico, configura un escenario de vulneración sistemática. Se requiere implementar políticas públicas interculturales que, en cumplimiento del marco constitucional y convencional, superen estas deficiencias mediante acciones afirmativas específicas.

Entre los principales factores que afectan la calidad de la atención se destacan las dificultades en la atención de urgencias, el acceso a medicina especializada, la seguridad y la comodidad en los servicios de salud. Con respecto a la atención médica de los raizales es pertinente indicar que es una de las principales razones por las cuales los raizales deciden migrar a la ciudad de Bogotá para adquirir una prestación del servicio público de salud de mejor calidad, debido a que en las islas solo se encuentran habilitadas como entidades administradoras de los planes de beneficios de salud (EAPB), anteriormente conocidas como entidades prestadoras de salud (EPS), la Nueva EPS y Sanitas EPS, y son de estas dos entidades donde los raizales residentes en Bogotá se encuentran mayormente adscritos para la prestación de sus servicios de salud.

Por último, se concluye que el sistema de salud de Colombia con la ley 100 de 1993 se

fragmentó entre privados, lo cual no hay integración alguna en el servicio, esta fragmentación ha evolucionado desde la asistencia pública y la caridad hasta la racionalidad del mercado, que apunta hacia una mayor privatización a través del aseguramiento. Además, el Estado Social de Derecho no ha logrado controlar a los agentes que actúan en el negocio de la salud, lo que encarece la prestación de servicios y genera exclusión e inequidad. Esto en concordancia con lo investigado, afecta al pueblo raizal ya que, según las entrevistas y encuestas, no solo no se tiene en cuenta el enfoque diferencial étnico-territorial, sino que dicha fragmentación y privatización afecta las garantías de la prestación del servicio de salud, que, conforme a lo reportado por las distintas instituciones, se refleja en la limitada oferta institucional en salud para las islas.

De lo anterior, y conforme con Barrera (2015), se puede decir que la implementación de la ley 100 de 1993, introdujo el modelo de aseguramiento en salud y se establecieron las bases para desarrollar un "cuasi-mercado" en este sector, siguiendo los principios de la racionalidad económica del mercado. Con el tiempo, el mercado logró dominar al Estado, lo que impidió que este último cumpliera adecuadamente sus funciones de rectoría del sistema.

Teniendo en cuenta las encuestas se determinó que las variables independientes, tuvieron los siguientes resultados; discriminación étnico racial en salud, el 65% manifestó haber sufrido situaciones de discriminación en el lenguaje, trato o negación de servicios, el 39% reportó haber sido estigmatizado por su acento, vestimenta o apellido. Barreras administrativas y legales, el 73% tuvo dificultades para realizar autorizaciones, reclamación de medicamentos o acceso a especialistas, el 81% considera que los procedimientos del SGSSS no reconocen las particularidades del pueblo Raizal.

El análisis de las variables de la investigación: acceso y oportunidad al servicio de salud, pertinencia cultural, barreras estructurales y administrativas, y condiciones socioeconómicas y demográficas permiten interpretar los resultados a la luz de dos enfoques teóricos complementarios: el materialismo histórico marxista y el enfoque de las capacidades humanas de Amartya Sen. Desde una perspectiva marxista, las desigualdades observadas en el acceso y calidad de los servicios de salud se explican por las contradicciones inherentes al modo de producción capitalista, que subordina el bienestar social a la lógica del mercado y la acumulación de capital.

En este contexto, la salud deja de concebirse como un derecho universal para convertirse en una mercancía regulada por la capacidad económica de los individuos y por la rentabilidad de las entidades prestadoras del servicio. La variable acceso y oportunidad refleja precisamente esta condición: los largos tiempos de espera, las demoras en la asignación de citas y la necesidad de acudir a tutelas son manifestaciones concretas de cómo la estructura económica genera exclusión y segmentación, reproduciendo relaciones de poder entre quienes pueden pagar un servicio oportuno y quienes dependen de la intervención judicial del Estado para acceder a él.

De igual forma, la variable barreras estructurales y administrativas evidencia cómo el sistema de salud colombiano heredero del modelo neoliberal instaurado con la Ley 100 de 1993 funciona como un espacio de reproducción de las desigualdades de clase y territorio, donde las deficiencias institucionales y los obstáculos burocráticos actúan como mecanismos de control que limitan el acceso de las poblaciones marginadas, en este caso la comunidad raizal. Desde el pensamiento marxista, estas barreras representan el efecto de la infraestructura económica sobre

la superestructura social, donde las instituciones sanitarias perpetúan el orden dominante al garantizar la continuidad de un sistema de salud mercantilizado y desigual.

Por su parte, el enfoque de las capacidades de Amartya Sen (1999) aporta una lectura humanista y ética que complementa la visión estructural del marxismo, al centrar la atención en la libertad efectiva de las personas para vivir la vida que valoran. En este marco, la salud no se entiende únicamente como la ausencia de enfermedad, sino como una condición que amplía las capacidades y oportunidades de los individuos para desarrollarse plenamente.

Las variables pertinencia cultural y condiciones socioeconómicas y demográficas se articulan directamente con este enfoque, al mostrar cómo las limitaciones lingüísticas, culturales y económicas restringen las libertades reales del pueblo raizal para acceder a servicios de salud dignos y adecuados a su identidad. La falta de traductores, la ausencia de protocolos interculturales y los costos de traslado desde las islas a Bogotá constituyen privaciones de capacidades básicas, que en términos de Sen representan un déficit de agencia y libertad en el ejercicio del derecho fundamental a la salud.

En síntesis, mientras el marxismo permite entender las raíces estructurales y materiales de la desigualdad sanitaria asociadas al modelo económico y a la mercantilización del servicio, el enfoque de las capacidades de Sen posibilita analizar las consecuencias humanas y éticas de dicha desigualdad, al evidenciar cómo las barreras económicas, institucionales y culturales limitan la libertad de las personas para gozar de una vida saludable y plena. La articulación de ambos enfoques ofrece una comprensión crítica e integral del problema: la salud del pueblo raizal no se

vulnera únicamente por la falta de recursos, sino por un sistema estructuralmente excluyente que niega su diferencia cultural y restringe su autonomía.

El análisis de las variables de investigación confirma que garantizar el derecho fundamental a la salud requiere no solo transformaciones económicas y administrativas, sino también políticas públicas que promuevan la equidad intercultural, el reconocimiento de las diferencias y la expansión de las capacidades humanas como fundamento de la justicia social.

Recomendaciones

De las anteriores conclusiones, surgen las siguientes recomendaciones: primero, hacer acompañamiento psicosocial desde las prácticas culturales, ya que la comunidad raizal tiene una fuerte influencia religiosa que rechaza las identidades LGBTIQ+, lo que lleva a algunas personas de esta comunidad a ocultar su orientación sexual o identidad de género y a migrar a la capital en primer plano por un servicio a la salud, luego se convierte en un espacio de libertad cuando llegan a Bogotá y deciden no regresar.

Por otra parte, que desde lo académico se tengan en cuenta los testimonios recopilados en las entrevistas que se enmarcan en una perspectiva de derechos humanos y enfoque diferencial. Los resultados obtenidos servirán como insumo para futuras investigaciones y recomendaciones dirigidas a instituciones de salud y entidades gubernamentales, en donde los raizales sean tenidos en cuenta como grupo étnico con particularidades que deben ser consideradas en la prestación de servicios de salud.

Asimismo, que desde la propuesta de reforma a la salud impulsada por el gobierno del

presidente Gustavo Petro (2022 -2026), si se llegase aprobar, se hiciera una transformación estructural del sistema de salud colombiano orientada hacia un modelo preventivo, territorializado, intercultural y centrado en la atención primaria en salud, esto permitiría que la atención del pueblo raizal sea en la isla y no trasladarlos a Bogotá. Este enfoque resulta altamente pertinente para avanzar en la garantía del derecho fundamental a la salud de poblaciones étnicamente diferenciadas, como el pueblo raizal que tiene vulnerabilidad por las interseccionalidades que tienen en las ausencias de derechos.

Y, teniendo el Conpes 38, al ser una política que se encuentra en una etapa inicial reciente, logre no solo por medio de estrategias territorializadas generar cambios benéficos para los raizales, sino que sirva como un recurso de recopilación de información veraz sobre la efectividad de la implementación de esta norma. Que no se limite al eje de salud, y trate exclusivamente las barreras de acceso referentes a la afiliación al sistema de salud, portabilidad y demás mínimos requeridos para la atención médica, sino que se obtengan insumos de las afectaciones y vulneraciones de otros derechos como lo son los derechos de identidad, patrimonio cultural, lingüísticos, entre otros, que de perderlos ponen en riesgo los componentes de la raizalidad como grupo étnico.

Finalmente, dado que el pueblo raizal ha sido históricamente invisibilizado en las políticas públicas de salud, son propensos a que sus derechos fundamentales a la hora de ser atendidos por algún servicio de salud, son negados o vulnerados; desde un ejercicio profesional y personal (como abogada), se ha realizado un modelo de acción de tutela, que es aportado en el anexo 4 (Modelo Acción de tutela raizal 2025), para que otras personas puedan guiarse de las formas, conceptos, jurisprudencia y sobre todo los fundamentos jurídicos que deben de presentar los raizales para la exigencia de sus derechos ante la rama judicial. Este modelo será entregado a la organización de

la comunidad Raizal con residencia por fuera del Archipiélago de San Andrés, Providencia, y Santa Catalina Islas - ORFA, para ser socializado y utilizado cuando se vulneren los derechos humanos en el servicio de la salud.

REFERENCIAS

Alarcón, A., Vidal, A., & Niera Rozas, J. (2003). *Salud intercultural: Elementos para la construcción de sus bases conceptuales*. Revista Médica de Chile.

https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S003498872003000900014&script=sci_arttext&tlng=pt

Alcaldía Mayor de Bogotá. (2014). *Caracterización de la población Raizal en Bogotá*. Secretaría Distrital de Gobierno, Dirección de Asuntos Étnicos.

Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. (2020). *Gobernanza para la salud y la vida: Análisis de condiciones de calidad de vida y enfermedad. Análisis de la situación en salud para la población diferencial raizal*. Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE.

https://www.saludcapital.gov.co/Documents/Analisis_salud_pob_raizal.pdf

Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. (2024). *Informe institucional del análisis de condiciones, calidad de vida, salud y enfermedad de la población raizal en Bogotá, 2023*. Secretaría Distrital de Salud, Subred Integrada de Servicios de Salud Norte.

Alvarado Romero, H. R., Pinilla Alarcón, M., Rodríguez Colmenares, S. M., & Suárez Rastro, E. M. (2010). Sistema General de Seguridad Social en Salud y decretos de emergencia social: negación del cuidado de la salud. *Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia)*, Sup. 9 (18): 53-60. <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/2646/1907>

Ariza Montoya, J. F., & Hernández Álvarez, M. (2007). *Equidad de etnia en el acceso a los servicios de salud en Bogotá*. Universidad Nacional de Colombia.

<https://www.scielo.org/pdf/rsap/2008.v10suppl1/58-71/es>

Banco Mundial. (1993). *Informe sobre el desarrollo mundial 1993: Invertir en salud*. Banco Mundial.

Bari, M. C. (2002). *La cuestión étnica: Aproximación a los conceptos de grupo étnico, identidad étnica, etnicidad y relaciones interétnicas*. Cuaderno de Antropología Social.

http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1850-275X2002000200002&script=sci_arttext&tlng=pt

Barrera, E. L. (2015). *La salud en Colombia entre el derecho a la salud y la racionalidad económica del mercado desde 1993 a 2015* [Tesis de doctorado, Universidad Externado de Colombia].

Bent-Eden, H., Eden-Mclean, D., Gomez-Davis, D., & Dittman, M. L. (2016). *Algunas plantas medicinales tradicionales y sus usos populares en las islas de Providencia y Santa Catalina*. Banco de la República.

Bernal, O. (2018). *Cómo la violencia ha afectado el sistema de salud de los colombianos*. Universidad de los Andes. <https://uniandes.edu.co/es/noticias/desarrollo-regional/como-la-violencia-ha-afectado-el-sistema-de-salud-de-los-colombianos>

Calzada, M., Castillo, A. V., & Viquez, F. (2013). *El derecho a la salud bajo el sistema de justicia constitucional*. <https://file:///C:/Users/SONY/Downloads/31%20Derecho%20a%20la%20Salud%20bajo%20el%20Sistema%20CostarricenseMagistrados%20Calzada%20y%20Castillo.pdf>

Causse Cathcart, M. (2009). *El concepto de comunidad desde el punto de vista socio-histórico-cultural y lingüístico*. Universidad de Oriente. <https://www.redalyc.org/pdf/1813/181321553002.pdf>

Comité español de Alto Comisionado de las Naciones Unidas para Refugiados - ACNUR. (28 de febrero de 2023). *Desplazamiento forzado y derechos humanos: ¿qué está en juego?* eacnur.org. <https://eacnur.org/es/blog/desplazamiento-forzado-y-derechos-humanos-que-esta-en-juego>

Corporación Transparencia por Colombia. (2021). *Diagnóstico ciudadano al proceso de reconstrucción del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina*. Corporación Transparencia por Colombia. <https://transparenciacolombia.org.co/wp-content/uploads/2023/04/diagnostico-ciudadano-al-proceso-de-reconstruccion-del-archipelago-1-1.pdf>

Corte Constitucional. (1993). *Sentencia C-530 de 1993*.

Corte Constitucional. (1998). *Sentencia T-174 de 1998*.

Corte Constitucional. (2022). *Sentencia T-276 de 2022*.

DANE. (2018). *Población negra, afrocolombiana, raizal y palenquera: Resultados del censo nacional de población y vivienda*.

<https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/grupos-etnicos/presentacion-grupos-etnicos-poblacion-NARP-2019.pdf>

DANE. (2020). *La información del DANE en la toma de decisiones de los departamentos – San Andrés, Providencia y Santa Catalina Isla*.

<https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/planes-desarrollo-territorial/070220-Info-Gobernacion-San-Andres.pdf>

Daniels, N. (2012). *Justicia y política sanitaria: Principios para la asignación de recursos en salud*. (Editorial correspondiente).

Fisas, V. (2011). *Manual de educación para la paz, los derechos humanos y la democracia*. Icaria Editorial.

Flores-Sandi, Grettchen. (2012). Gestión de la accesibilidad y derecho a la salud. *Acta méd. Costarricense* vol.54, n.3, pp.181-188. https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S0001-60022012000300010&script=sci_abstract&tlng=es

Forbes-Acevedo, J. P., Porras, A., & Rico, A. (2021). *Análisis de las barreras en salud en San Andrés, Providencia y Santa Catalina*. Universidad del Bosque.

<https://repositorio.unbosque.edu.co/server/api/core/bitstreams/b2ff5055-0b75-4351-becc-cd951ff4d7dd/content>

Fraser, N. (2008). *Escalas de justicia*. Herder.

Galtung, J. (1990). Cultural violence. *Journal of Peace Research*, 27(3), 291–305.

<https://doi.org/10.1177/0022343390027003005>

Gañán, J. L. (2010). *Los muertos de Ley 100: Prevalencia de la libertad económica sobre el derecho fundamental a la salud. Una razón de su ineficacia* [Tesis de doctorado, Universidad Externado de Colombia].

Gañán, J. L. (2013). *El derecho a la salud en el Estado social de derecho*. (Editorial correspondiente).

Gañán, J. L. (2021). *La enfermedad de Huntington: Una difícil relación entre los enfermos y el derecho a la salud en Colombia*. *Revista de Salud Pública*, 23(1), 1–10.

<https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.10288>

Garzón Landínez, T. (2014). *El Plan Obligatorio de Salud en Colombia y su rol en el cumplimiento del Principio de Integralidad en Salud para las personas que padecen VIH* [Tesis de maestría, Universidad Nacional de Colombia].

<http://bdigital.unal.edu.co/11853/1/tarycuyanagarzonlandinez.2014.pdf>

Gobernación SAI. (s. f.). *Geografía del Archipiélago*.

https://www.sanandres.gov.co/index.php?id=116&option=com_content&view=article

González Palacios, M. A. (2016). *Colombia insular: Construcción de identidad y movilización del pueblo raizal del archipiélago de San Andrés y Providencia*. *Análisis Político*, 29(86), 3–23.

<https://doi.org/10.15446/anpol.v29n86.58047>

González-Block, M. A., Duarte Gómez, M. B., Salgado de Snyder, N., Robles-Silva, L., & Scott, J. (2007). *Atención a la salud de grupos vulnerables: Hacia una síntesis de la literatura*. Instituto Nacional de Salud Pública.

Hernández, J. (2022). *San Andrés en la Gran Colombia*. Revista en línea.

<https://www.senalmemoria.co/articulos/san-andres-gran-colombia>

Instituto Geográfico Agustín Codazzi – IGAC. (2024). *Caracterización Territorial Municipal con fines de Catastro Multipropósito San Andrés (Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina)*. <https://www.colombiaenmapas.gov.co/?e=-87.3432432910149,-5.908129081496569,61.15183704102185,15.805715091909976,4686&b=igac&u=0&t=30&servicio=12204>

Jimeno, M. (2019). *Los otros y el conflicto armado: Etnicidad, racismo y resistencia*.

Universidad Nacional de Colombia.

Juárez-Ramírez, C., Márquez-Serrano, M., Salgado de Snyder, N., Pelcastre-Villafuerte, B. E., Ruelas-González, M. G., & Reyes-Morales, H. (2014). La desigualdad en salud de grupos vulnerables de México: adultos mayores, indígenas y migrantes. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 35(4), 284–290.

Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2015). *Focus groups: A practical guide for applied research* (5th ed.). SAGE Publications.

León Gañán Ruiz, A. (2010). *Los muertos de Ley 100: Prevalencia de la libertad económica sobre el derecho fundamental a la salud. Una razón de su ineficacia*. Universidad Externado de Colombia.

Martínez, M. (2021). *Conflictos no armados y construcción de paz territorial: Desafíos para la gestión inclusiva en contextos urbanos*. Universidad del Rosario.

Ministerio de Salud y de Protección Social. (2022). *Informe de tutelas año 2022 interpuestas por los usuarios de la salud por la vulneración del derecho a la salud*.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/presentacion-informe-tutelas-salud-2022.pdf>

Ministerio de Salud y de Protección Social. (2023). *Informe de Tutelas en Salud 2023*.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/informe-tutelas-salud-2023-orden-trigesima-sentencia-T-760-2008.pdf>

Ministerio de Salud y de Protección Social. (2024). *Informe de tutelas por vulneración del derecho a la salud 2024*.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/informe-tutelas-vulneracion-derecho-salud-2024.pdf>

Mosquera Rosero-Labbé, C., & León Díaz, R. E. (2013). Contradicciones discursivas en procesos de intervención social diferencial a la diversidad étnico-racial negra en programas sociales en Colombia. *Revista de Estudios Sociales*, 12(46), 1676.
<https://doi.org/10.18046/recs.i12.1676>

Organización Internacional para las Migraciones. (s.f.). *Fundamentos de la migración*.
 Recuperado el 17 de marzo de 2024, de <https://www.iom.int/es/fundamentos-de-la-migracion>

Organización Internacional del Trabajo – OIT. (1989/2014). *Convenio 169 sobre pueblos indígenas y tribales*.
https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C169

Organización Mundial de la Salud. (2006). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud* (45ª ed.). <https://www.almendron.com/tribuna/wp-content/uploads/2020/05/who-constitution-sp.pdf>

ORFA & Secretaría de Salud de Bogotá. (s.f.). *Análisis de la situación en salud para la población diferencial raizal*.
http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Analisis_salud_pob_raizal.pdf

ORFA. (2023). *Reformulación de la política pública raizal. Fase de agenda pública*.
https://historico.gobiernobogota.gov.co/sites/gobiernobogota.gov.co/files/imagenes/presentacion_de_la_politica_publica_raizal_orfa.pdf

Osuna Patiño, N. I. (1999). *Panorama de la justicia constitucional colombiana*. Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM.

<https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/6/2894/25.pdf>

Restrepo, E. (2014). *Conflictos étnicos y racismo en Colombia: Entre la invisibilización y la resistencia*. Universidad del Cauca.

Restrepo, L. A., & Ramírez, S. (Eds.). (2001). *Cuadernos del Caribe*.

<https://revistas.unal.edu.co/index.php/ccaribe/issue/view/4251/828>

Robinson, Livingston, & Archbold. (2022). *Raizales: Una etnia por conocer*.

Roth Deubel, A. N. (2004). *Políticas públicas: Formulación, implementación y evaluación*. Ediciones Aurora.

Socarrás, E. (2004). Participación, cultura y comunidad. En C. Linares Fleites, P. E. Moras Puig, & B. Rivero Baxter (Comps.), *La participación: Diálogo y debate en el contexto cubano*. Centro de Investigación y Desarrollo de la Cultura Cubana Juan Marinello.

Squella, A. (2005). *El derecho a la salud como uno de los derechos fundamentales de las personas*. *Anuario de Filosofía Jurídica y Social*, 23, 103–133.

Universidad de Medellín. (2013). *Concepciones de la salud de la población isleña raizal en el proceso de migración a Medellín entre 1990 y 2013: Una visión de los isleños raizales*.

https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/22907/1/RestrepoJuan_2016_Poblaci%C3%B3nRaizalMigraci%C3%B3n.pdf

Vivanco, Á. (2007). *Curso de derecho constitucional*. Ediciones Universidad Católica de Chile.

ANEXOS

1_ Anexo encuesta Maestría en Derechos Humanos, Gestión de la Transición y Posconflicto – ESAP Formulario de Google.

2_ Anexo Respuesta Encuesta Maestría en Derechos Humanos, Gestión de la

Transición y Posconflicto – ESAP.

3_ Anexo_ Entrevistas Maestría en Derechos Humanos, Gestión de la Transición
y Posconflicto

4_ Anexo Modelo Acción de tutela Raizal 2025

Licencia de uso: El presente trabajo es de acceso abierto para la institución educativa Escuela Superior de Administración Pública – ESAP como parte del repositorio de la Maestría en Derechos humanos, Gestión de la transición y Posconflicto.