

ARTÍCULO ORIGINAL

# El derecho a la salud en Colombia: El enfoque diferencial étnico en el marco de los actuales intentos de reforma

THE RIGHT TO HEALTH IN COLOMBIA: THE ETHNIC DIFFERENTIAL APPROACH WITHIN THE FRAMEWORK OF  
CURRENT REFORM EFFORTS

✉ Camilo Andrés Vargas Machado<sup>1</sup>; Juan Pablo Serrano Frattali<sup>2</sup>; Lainiver Mendoza Munar<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>[camilo.vargasma@campusucc.edu.co](mailto:camilo.vargasma@campusucc.edu.co); Universidad Cooperativa de Colombia. <https://orcid.org/0000-0003-0993-358X>  
<sup>2</sup>[juan.serranof@ucc.edu.co](mailto:juan.serranof@ucc.edu.co); Universidad Cooperativa de Colombia. <https://orcid.org/0000-0002-4795-9409>  
<sup>3</sup>[lainiver.mendoza@campusucc.edu.co](mailto:lainiver.mendoza@campusucc.edu.co); Universidad Cooperativa de Colombia. <https://orcid.org/0000-0002-1496-7699>



## Datos del artículo:

Recibido: 29/5/2025  
Revisado: 26/9/2025  
Aceptado: 2/10/2025

## Palabras clave:

*Grupo étnico, Derecho salud,  
Discriminación étnica,  
Igualdad de oportunidades*

## Keywords:

*Ethnic group, Right to health,  
Ethnic discrimination, Equal  
opportunities*



## Resumen

El documento analiza las barreras estructurales y normativas que limitan el acceso equitativo a la salud en comunidades étnicas de Colombia. Frente a un sistema sanitario marcado por desigualdades persistentes, racismo estructural y fallas institucionales, los grupos históricamente excluidos enfrentan atención discriminatoria y carencia de pertinencia cultural. La investigación empleó un diseño cualitativo hermenéutico, con análisis documental de leyes, jurisprudencia y fuentes primarias y secundarias, y utilizó un método interpretativo-deductivo para identificar las tensiones entre la normatividad y la realidad social, subrayando la importancia del reconocimiento intercultural y la equidad. Los hallazgos muestran deficiencias estructurales del sistema, prácticas discriminatorias continuas y ausencia de implementación efectiva del tratamiento diferencial étnico, lo que configura una vulneración sistemática del derecho fundamental a la salud. Ante ello, el estudio plantea la urgencia de articular políticas públicas con perspectiva intercultural, fortalecer la gobernanza sanitaria y promover la participación comunitaria en la toma de decisiones. Concluye que las reformas no han logrado la equidad esperada y aporta fundamentos jurídicos y bioéticos para orientar políticas públicas diferenciales y de justicia sanitaria intercultural.

## Abstract

The document analyzes the structural and regulatory barriers that limit equitable access to health care in ethnic communities in Colombia. Faced with a health system marked by persistent inequalities, structural racism, and institutional failures, historically excluded groups encounter discriminatory care and a lack of cultural relevance. The research employed a qualitative hermeneutic design, with documentary analysis of laws, jurisprudence, and primary and secondary sources, and used an interpretive-deductive method to identify the tensions between regulation and social reality, emphasizing the importance of intercultural recognition and equity. The findings show structural deficiencies in the system, ongoing discriminatory practices, and the absence of effective implementation of ethnically differential treatment, which constitutes a systematic violation of the fundamental right to health. In response, the study calls for urgently articulating public policies with an intercultural perspective, strengthening health governance, and promoting community participation in decision-making. It concludes that the reforms have not achieved the expected equity and provides legal and bioethical foundations to guide differential public policies and intercultural health justice.

<sup>1</sup>Profesor investigador, Facultad de Derecho de la Universidad Cooperativa de Colombia Sede Santa Marta; <sup>2</sup>Profesor investigador, Facultad de Derecho de la Universidad Cooperativa de Colombia Sede Bucaramanga; <sup>3</sup>Profesora investigadora, coordinadora de investigación, líder del grupo de investigación Humanitas Iuris y del Semillero de investigación Tecnología, Derecho y Negocios de la Facultad de Derecho de la Universidad Cooperativa de Colombia Sede Cali.

## Introducción

Las desigualdades en salud reflejan las desigualdades sociales. Aunque la Constitución Política de Colombia (Asamblea Nacional Constituyente, 1991) protege la diversidad en su artículo 7, los indígenas y afrodescendientes siguen excluidos. La inacción del Estado y el racismo estructural perpetúan violaciones de derechos humanos, desigualdad en el acceso a servicios y diferencias en indicadores de salud (Presidencia de la República de Colombia, 2016). La falta de políticas efectivas profundiza brechas históricas, afectando las condiciones de vida y contradiciendo los principios de igualdad. La exclusión persistente demuestra un sistema que no garantiza los derechos fundamentales.

Las bases constitucionales del derecho a la salud como servicio público esencial en Colombia se encuentran en los artículos 7, 13, 43 y 49 (Asamblea Nacional Constituyente, 1991), donde se expresa que el Estado colombiano debe garantizar salud y saneamiento bajo principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, regulando servicios públicos y privados con organización descentralizada. Ahí mismo se definen las competencias institucionales y la atención básica gratuita, exigiendo el deber individual de cuidado. Asimismo, se establece que debe proteger la diversidad étnico-cultural, la igualdad de género y prohibir la discriminación (WHO, 2022), con asistencia especial a mujeres embarazadas y subsidio posparto. Esto incluye a los extranjeros que se encuentren en Colombia, a quienes se les reconocen derechos civiles.

En el ámbito jurídico, antes de la actual Constitución (Asamblea Nacional Constituyente, 1991) ya se había iniciado un incipiente camino con el Decreto 1811 (Presidencia de la República de Colombia,

1990), por el cual se reglamentó parcialmente la Ley 10 (Congreso de la República de Colombia, 1990) en lo referente a la prestación de servicios de salud para las comunidades indígenas. De igual manera, antes de la carta política, a través de la Ley 21 (Congreso de la República de Colombia, 1991) se aprobó el Convenio número 169 (OIT, 1989).

El Sistema de Seguridad Social en Salud (en adelante SGSSS), creado por la Ley 100 (Congreso de la República de Colombia, 1993), sigue vigente pese a intentos fallidos de reforma. Aunque amplió la cobertura, no eliminó la discriminación en salud ni garantizó la equidad. Las comunidades étnicamente diferenciadas enfrentan barreras de acceso, falta de servicios culturalmente pertinentes y desigualdad territorial en la atención. A la par, persisten vacíos legales, insuficiencia de recursos y falta de reconocimiento de la medicina tradicional. La ineficiencia del sistema ha deteriorado su calidad de vida, exigiendo cambios estructurales urgentes.

La Ley 100 (Congreso de la República de Colombia, 1993), establece los regímenes de Prima Media y Ahorro Individual, en este sentido garantiza pensiones, salud y riesgos laborales y establece principios de: eficiencia, universalidad y solidaridad, con cotizaciones obligatorias de afiliados y participantes. Asimismo, dispone el aseguramiento de las pensiones de vejez, invalidez y sobrevivientes, con reajuste anual (Presidencia de la República de Colombia, 2016).

Por otro lado, la Ley 1751 (Congreso de la República de Colombia, 2015), conocida como Ley Estatutaria de Salud, reafirma el derecho a la salud como un derecho fundamental

autónomo en Colombia. Esta ley establece que el sistema de salud debe garantizar la atención con enfoque diferencial. La Ley 1751 (Congreso de la República de Colombia, 2015) asegura el derecho fundamental a la salud, proporcionando servicios oportunos e integrales bajo principios de universalidad, equidad y eficiencia. El Estado supervisa el sistema, prohíbe la negación de servicios y protege a poblaciones vulnerables. Además, promueve la participación ciudadana, regula la autonomía médica, los precios de medicamentos y el acceso a tecnologías. De igual forma, incluye los determinantes sociales de la salud, protege a comunidades indígenas y afrocolombianas, y regula el manejo de información en salud y la innovación científica (Arroyave, 2019).

En Colombia, el régimen subsidiado —que agrupa a la mayoría de población vulnerable— presenta mayores tasas de mortalidad que el contributivo, afectando de manera desproporcionada a afrocolombianos e indígenas debido a políticas sin enfoque diferencial (OXFAM, 2023). Así, las brechas raciales y sociales persisten por la falta de coordinación en las políticas de salud, lo que exige estrategias inclusivas que garanticen acceso equitativo a servicios de calidad para reducir desigualdades históricas. Dentro de sus principios, la Ley 1751 consagra el de aceptabilidad, estableciendo que “los diferentes agentes del sistema deberán ser respetuosos de la ética médica, así como de las diversas culturas de las personas, minorías étnicas, pueblos y comunidades, respetando sus particularidades socioculturales y cosmovisión de la salud” (Congreso de la República de Colombia, 2015, Arts. 6 y 7).

De manera proporcional, un estudio publicado en la Revista Panamericana de Salud Pública (2021) evidenció que el estatus étnico-

racial influye en el tipo de aseguramiento en salud, perpetuando la exclusión sanitaria. Las comunidades étnicamente diferenciadas enfrentan desigualdad en cobertura y calidad de atención, agravada por barreras estructurales y condiciones económicas adversas. La falta de políticas correctivas refuerza la discriminación en el acceso a servicios, manteniendo la inequidad y limitando la garantía del derecho a la salud para poblaciones vulnerables en Colombia (Viafara et al., 2021).

Otras investigaciones, como la de Romero, Homez y Santa (2019), han mostrado que las desigualdades en salud en Colombia derivan de las desigualdades sociales. Si bien la Constitución, en su artículo séptimo (1991), reconoce la diversidad étnica y cultural, los pueblos indígenas y afrodescendientes continúan sufriendo violaciones sistemáticas de derechos humanos en un contexto de racismo estructural (Jimara, Dayrina, Mauricio & María, 2021).

El SGSSS, creado por la Ley 100 (Congreso de Colombia, 1993), amplió la cobertura mediante un modelo de aseguramiento universal, sin embargo, no ha abordado específicamente la discriminación, la evidencia muestra que este sistema no ha superado las barreras que enfrentan las comunidades étnicas, como la falta de servicios culturalmente pertinentes y las desigualdades en el acceso.

El racismo estructural restringe el acceso a la salud de indígenas y afrodescendientes en América Latina, generando alta mortalidad y deficiente atención médica. Al respecto, la Organización Panamericana de la Salud subraya que la escasez de datos dificulta la formulación de políticas efectivas y que la baja representación de estos grupos en el sistema sanitario perpetúa la exclusión. Se identifican barreras económicas,

geográficas y culturales (Torres, 2011). En este sentido, Torres (2021) propone fortalecer la recopilación de información y aplicar estrategias interculturales que garanticen la equidad, mejoren el acceso y brinden atención pertinente a poblaciones vulnerables.

La discriminación racial en relación con la salud en el contexto colombiano puede describirse así:

[...] toda distinción, exclusión, restricción o preferencia basada en motivos de raza, color, linaje u origen nacional o étnico que tenga por objeto o por resultado anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio, en condiciones de igualdad, de los derechos humanos y libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural o en cualquier otra esfera de la vida pública (MinTrabajo, 2023).

En otro contexto, el Instituto Nacional del Cáncer de EE. UU. define el racismo estructural como un sistema institucional que perpetúa desigualdades raciales, impactando la salud, la educación y la vivienda (CTC, 2024). Las diferencias económicas y sociales limitan el acceso a servicios básicos, afectan la calidad de vida y restringen la movilidad social; además, la falta de políticas correctivas eficaces mantiene estas barreras, reproduce la discriminación y genera altos índices de enfermedad y mortalidad en poblaciones vulnerables, consolidando así una inequidad estructural persistente.

Teniendo en cuenta lo anterior, el propósito del presente artículo es analizar el estado actual del acceso a la salud en Colombia, especialmente en comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, con el fin de identificar barreras estructurales y normativas que persisten, y finalmente proponer recomendaciones jurídicas y de política pública para fortalecer el enfoque

diferencial étnico. A este respecto, este trabajo aporta a la discusión académica y legislativa sobre la equidad en salud, ofreciendo insumos prácticos para tomadores de decisiones y evidenciando la necesidad de políticas efectivas que cierren brechas históricas que han marcado la historia colombiana.

## **I. Diseño de la Investigación**

Este artículo analiza la inequidad en salud en Colombia, poniendo de relieve cómo la pobreza y las diferencias en el acceso a los servicios impactan de manera particular a los grupos étnicos. Se parte de la constatación de que el régimen subsidiado, con menor financiamiento, presenta mayores tasas de mortalidad y enfermedad que el contributivo. Precisamente, esta falta de acceso a servicios culturalmente pertinentes y la ineficacia del enfoque diferencial perpetúan estas brechas.

### **1.1 Problema de Estudio**

Desde este punto, se describe cómo las reformas estructurales y la articulación interinstitucional son necesarias para garantizar la equidad, mejorar el bienestar y reducir la exclusión en comunidades vulnerables (OXFAM, 2023), de acuerdo con los documentos revisados en el marco de la revisión sistemática, una de las características de la realidad social y política ha sido la vulneración diaria de los derechos fundamentales a la salud y a la vida digna de cientos de miles de personas en Colombia. Prueba de ello es que, en el año 2023, se interpusieron 197.767 acciones de tutela, de las cuales 15.251 presentaron incidente de desacato.

En este escenario de graves vulneraciones, surge una respuesta política desde la Cámara de Representantes de Colombia con el Proyecto de Ley 339 de 2023, acumulado con los Proyectos de Ley 340 (Cámara Representantes Col, 2023),

341 (Cámara Representantes Col, 2023) y 344 (Cámara Representantes Col, 2023).

En la actualidad, el último intento de reforma se presenta a través del Proyecto de Ley 410 de 2025 Senado. A modo de orientación el texto definitivo aprobado en primer debate del proyecto de ley no. 312 de 2024 cámara, acumulado con el proyecto de ley no. 135 de 2024 cámara, establecía en su artículo primero:

Artículo 1°. Objeto. La presente ley tiene por objeto transformar el Sistema General de Seguridad Social en Salud en un Sistema de Salud basado en el Aseguramiento Social en Salud, para garantizar el derecho fundamental a la salud. Así mismo, busca desarrollar un modelo de salud centrado en el marco de la atención primaria, organizar sus instancias para la gobernanza y rectoría del sistema con enfoque diferencial y territorial, articular a las instituciones prestadoras de servicios de salud, reorganizar los destinos y usos de los recursos financieros, establecer un sistema público unificado e interoperable de información, fortalecer la participación social y comunitaria, así como la inspección, vigilancia y control; igualmente definir condiciones para el trabajo digno del sector salud y fijar las reglas de transición y evolución de la institucionalidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Sistema de Aseguramiento Social en Salud” (Congreso de Colombia, 2024).

De igual manera, otra de las respuestas en el ámbito político ha sido la intervención de siete Entidades Promotoras de Salud (EPS) por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. En otras palabras, más de la mitad de las personas afiliadas en Colombia se encuentran en una EPS intervenida (El Espectador, 2024). Aunado a las graves fallas estructurales, el sistema de salud colombiano presenta profundas desigualdades que agravan aún más la situación de millones de

personas (Superintendencia Nacional de Salud, 2015).

En el marco de estas desigualdades, se ha observado que la condición étnico-racial se asocia con el hecho de tener o no aseguramiento y con el tipo de régimen. Cabe resaltar lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social (2024).

En este escenario de vulneraciones al derecho a la salud y de una enorme politización del tema, el presente capítulo tiene como objetivo responder: ¿cuál es el estado actual del acceso a la salud de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras?, y ¿cuáles son los principales retos para la implementación del enfoque diferencial étnico en salud para estas comunidades?

## 1.2. Diseño Metodológico

Para resolver el problema planteado, desde la orientación de Sabino (2014) se llevó a cabo un proceso de investigación que dio origen a este documento. Se empleó un diseño cualitativo, inscrito en un paradigma interpretativo y con un enfoque deductivo, utilizando el método hermenéutico y el análisis documental, a partir del uso de fuentes primarias y secundarias.

Las fuentes primarias incluyeron el marco normativo colombiano (Constitución Política, leyes, decretos y resoluciones), así como jurisprudencia relevante de la Corte Constitucional y documentos oficiales del Ministerio de Salud y Protección Social. Las fuentes secundarias comprendieron literatura académica, informes de organismos nacionales e internacionales, estudios previos sobre enfoque diferencial y desigualdades en salud, y análisis de organizaciones de la sociedad civil como OXFAM y la Organización Mundial de la Salud.

El análisis hermenéutico permitió interpretar

los textos normativos y jurisprudenciales dentro de su contexto social y político, identificando vacíos, tensiones y avances en la implementación del enfoque diferencial étnico en salud. A partir de esta interpretación crítica, se sistematizaron los hallazgos en torno a las barreras estructurales y normativas que persisten en el acceso de las comunidades indígenas, afrocolombianas, raizales y palenqueras al sistema de salud colombiano, con el fin de sustentar las propuestas de mejora y recomendaciones jurídicas presentadas en este trabajo.

## II. Desarrollo

### ***2.1 Enfoque Étnico Diferencial del Derecho a la Salud en la Jurisprudencia Constitucional***

La jurisprudencia de la Corte Constitucional de Colombia ha señalado que es deber del Estado la construcción de un sistema de salud acorde con las diferencias y necesidades propias de los pueblos y comunidades indígenas, comunidades negras, afrocolombianas, raizales, palenqueras y pueblo rrom. En otras palabras, el reconocimiento pluriétnico y multicultural, todo esto con el ánimo de fortalecer y reivindicar los derechos de los miembros de estas comunidades, en especial los derechos a la salud, a la autodeterminación y a la identidad étnica y cultural (España, 2020), en cumplimiento de las obligaciones surgidas de la Carta Política, los tratados internacionales ratificados por Colombia y demás normas que regulan la materia (Botero, 2003). A ello, el Ministerio de Salud y Protección Social sostiene que el enfoque diferencial:

[E]s una construcción cultural e histórica en

la que confluyen la necesidad de reconocer y tener en cuenta la identidad, la diversidad y las diferencias individuales y de colectivos como titulares de derechos, con el fin de adoptar medidas que hagan real y efectiva la igualdad. (2021, pág. 18)

A modo de orientación, en el plano jurisprudencial, una de las sentencias más importantes en materia de salud se da con la Sentencia T-760 (2008) donde la Corte Constitucional aborda las fallas estructurales del sistema de salud colombiano realizando el proceso de revisión de diversas sentencias adoptadas en diferentes partes de Colombia. Con base en esta decisión la Corte Constitucional ordenó la unificación del Plan de Beneficios en Salud y del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado, junto con la ejecución efectiva de las acciones de tutela y la implementación de un plan de contingencia para pagos de recobro, en el caso tratado, la Corte Constitucional exigió regular los recobros ante el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA). Asimismo, se establecieron indicadores de gestión en salud y se fijó la meta de garantizar cobertura universal antes de 2010. En este tenor, se ordenó la eliminación de barreras administrativas, la reforma en la gestión de las EPS y la supervisión del cumplimiento de órdenes judiciales, asegurando un sistema de salud más equitativo y eficiente. Un punto concreto en dicha decisión se da en “no habrá lugar a copagos en los casos ‘de indigencia debidamente verificada y las comunidades indígenas’.

Un pronunciamiento especialmente relevante para la comprensión del enfoque étnico en materia de salud se encuentra en la Sentencia SU-092 (2021), en la cual la Corte Constitucional sostuvo la protección del derecho fundamental a la salud de los pueblos indígenas, enfatizando la necesidad de asegurar sus diferentes

dimensiones. Al mismo tiempo, ha puesto de manifiesto que estas comunidades figuran entre las más impactadas por las deficiencias estructurales que caracterizan al sistema de salud en Colombia.

Otros aspectos se abordan en la Sentencia T-179 (2022), en la cual la Corte Constitucional estudió el derecho de comunidades indígenas a escoger su EPS. Si bien reiteró que la libre elección hace parte del derecho a la salud, conforme a la Ley 691 (Congreso de Colombia, 2001) y la jurisprudencia previa, añadió que debido a la liquidación de Ambuq EPS el traslado no fue viable.

Por esto se declaró la carencia actual de objeto, instando a la Defensoría del Pueblo a mediar para asegurar que la comunidad acceda a servicios de salud adecuados y sin discriminación.

Este análisis se amplía en la Sentencia T-445 (2022), fallo en el que se protegieron los derechos de la Comunidad Yajotja, en riesgo de exterminio, ante la omisión estatal en su reconocimiento. En esta decisión la corte resolvió amparar los derechos a la identidad cultural, a la autonomía y autodeterminación, al territorio ancestral y colectivo, al debido proceso administrativo y a la subsistencia étnica. En su argumentación se reitera como los pueblos indígenas son sujetos de especial protección constitucional dado que se encuentran en condiciones de vulnerabilidad. Tienen, además, el derecho a que el Estado tome medidas para revertir los procesos históricos que han puesto en riesgo sus formas de vida y han conducido, en algunos casos, a su extinción.

En atención a ello, desde el punto de vista jurídico, el enfoque diferencial puede definirse como: “el conjunto de medidas y acciones que, al dar un trato desigual o diferenciado a algunos grupos poblacionales, garantizan la igualdad en

el acceso a las oportunidades sociales” (UARIV, 2012).

## ***2.2 Enfoque Étnico Diferencial del Derecho a la Salud en las Normas Colombianas***

Colombia cuenta con varias leyes y decretos que han desarrollado el marco constitucional del derecho a la salud, incorporando un enfoque diferencial para garantizar que los grupos étnicos y las poblaciones vulnerables accedan a servicios de salud adecuados a sus necesidades y particularidades. Estas normas buscan cerrar la brecha de desigualdades históricas y garantizar el goce efectivo del derecho a la salud para todos los colombianos.

Otro punto importante a resaltar es como en este Plan Decenal Salud Pública (MinSalud, 2022) formulo seis premisas que ubican la vida como valor supremo que orienta el desarrollo de los ejes estratégicos los cuales son: Gobernabilidad y gobernanza de la salud pública, Pueblos y comunidades étnicas, población campesina, genero-diversidades, condiciones y situaciones, Determinantes Sociales de la Salud; Atención Primaria en Salud; Cambio climático, emergencias, desastres y pandemias; Conocimiento en salud pública y Soberanía Sanitaria; y Personal de salud.

### **2.2.1 Enfoque Diferencial en Salud**

Si bien en la Constitución Política no fue reconocido el derecho a la salud como un derecho fundamental, en la actualidad es reconocido como tal ya que, al ser el derecho a la vida y la dignidad humana un derecho fundamental, por conexidad la vulneración al derecho a la salud afecta directamente los derechos fundamentales a la vida y la dignidad humana (Vargas, Vargas, & Armenta, 2023), lo que hizo que la Corte Constitucional (2011; 2021; 2022), por medio de jurisprudencial se amplió el catálogo de derecho fundamentales,

incluyendo para el Estado Colombiano el derecho a la salud como derecho fundamental autónomo y tal como lo ha indicado la Corte Constitucional (Parra, 2003).

**Tabla 1**

*Normatividad colombiana sobre salud y su aporte al enfoque diferencial étnico*

Norma / Documento	Año	Institución emisora	Contenido relevante	Aportes al enfoque diferencial étnico en salud
Ley 100	1993	Congreso de la República de Colombia	Creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y estableció principios como la universalidad en el acceso a la salud.	Sentó las bases para la inclusión de grupos étnicos, al consagrar en el art. 2 literal b el principio de universalidad, elemento clave para sustentar el enfoque diferencial, aunque no se contempló explícitamente.
Ley 691	2001	Congreso de la República de Colombia	Reglamentó la participación de comunidades indígenas y afrocolombianas en el SGSSS.	Garantizó el acceso con pertinencia cultural. El art. 22 estableció el principio de concertación, permitiendo que autoridades indígenas participen en el diseño e implementación de planes y programas de salud.
Decreto 2716	2004	Presidencia de la República de Colombia	Reglamentó la Ley 691 para implementar el enfoque diferencial en la prestación de servicios a grupos étnicos.	Definió mecanismos concretos para adaptar la prestación de servicios de salud a las características culturales de comunidades indígenas y afrocolombianas.
Ley 1751 (Ley Estatutaria de Salud)	2015	Senado y Congreso de la República de Colombia	Reafirmó el derecho fundamental a la salud, con carácter universal y equitativo.	Estableció que el sistema de salud debe garantizar la atención con enfoque diferencial, reforzando la obligación estatal de considerar diversidad cultural y étnica.
Resolución 050	2021	Ministerio de Salud y Protección Social	Modificó la Resolución 1841 de 2013 para incluir un capítulo específico para pueblos y comunidades indígenas en el Plan Decenal de Salud Pública.	Institucionalizó el enfoque diferencial indígena dentro de la política pública de salud, vinculando saberes y prácticas tradicionales al sistema oficial.

Resolución 1964	2024	Ministerio de Salud y Protección Social	Adoptó lineamientos para la implementación del enfoque diferencial étnico en comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras.	Fortaleció la pertinencia cultural de los servicios de salud. Incluyó la participación comunitaria, capacitación al personal y asignación de recursos; sin embargo, se identificaron limitaciones estructurales locales que dificultan su materialización.
--------------------	------	--	--	--

*Fuente: Elaboración propia a partir de la construcción del estado del arte.*

Tal como se menciona en el informe sobre desigualdades en salud, el 80 % de los municipios del país presentan bajos niveles de acceso potencial a servicios de salud, afectando de manera desproporcionada a poblaciones indígenas y afrocolombianas en zonas rurales y periféricas (OXFAM, 2023). Esta situación se relaciona con la necesidad urgente de desarrollar políticas de salud con enfoque diferencial que aborden las inequidades raciales y territoriales mediante acciones específicas, como lo establece la Resolución 050 (Minsalud, 2021).

Es por ello que el Estado colombiano cuenta con un marco jurídico robusto que integra normas constitucionales, leyes nacionales, tratados internacionales y jurisprudencia de la Corte Constitucional, los cuales sustentan y desarrollan este enfoque diferencial. Dicho enfoque no es solo una política o una estrategia, sino un principio que debe guiar la acción del Estado en materia de salud. Según la Ley 1438 (Congreso Col, 2011), en su artículo 3.6, el enfoque diferencial se define como un principio que:

Reconoce que hay poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, raza, etnia, condición de discapacidad y víctimas de la violencia, para las cuales el Sistema General de Seguridad Social en Salud ofrecerá especiales garantías y esfuerzos encaminados a la eliminación de las situaciones de discriminación y marginación. (p. 1)

Verbigracia, las comunidades indígenas y afrocolombianas enfrentan barreras culturales y geográficas que dificultan su acceso a los servicios de salud, mientras que las personas con discapacidad y las víctimas del conflicto armado requieren atención especializada y enfoques integrales que respondan a sus necesidades específicas, en este sentido, la Corte Constitucional ha sido clara en señalar que el enfoque diferencial es una herramienta esencial para garantizar la igualdad material y el goce efectivo de los derechos fundamentales (Sentencia T-760, 2008). En decisiones posteriores (Sentencia SU-092, 2021; Sentencia T-179, 2022), la Corte Constitucional estableció que el Estado colombiano debe adoptar medidas específicas para garantizar el acceso a la salud de las poblaciones vulnerables, incluyendo la implementación de políticas públicas con enfoque diferencial.

De acuerdo con Acosta (2014), las diferencias entre las regiones colombianas no solo son evidentes en su geografía e indicadores económicos, sino también lo son en los índices sociales; y en estos, particularmente, la región Pacífico, región con profundas desigualdades sociales y con índices elevados de violencia, resalta sobre las demás en términos de condiciones adversas en materia de: ingresos, valor agregado, cobertura, calidad y acceso a servicios como el de salud, entre otros sectores.

A pesar de los avances normativos y jurisprudenciales, la implementación del enfoque diferencial en Colombia enfrenta varios desafíos. Por un lado, persisten barreras estructurales, como la falta de recursos y la insuficiente capacitación del personal de salud para atender las necesidades específicas de estas poblaciones, lo que dificulta su aceptación y uso por parte de las comunidades. Por otro lado, en el caso de los pueblos indígenas colombianos, es fundamental que los servicios de salud respeten sus tradiciones, prácticas médicas ancestrales y cosmovisión.

En este sentido, la Constitución Política de Colombia establece en su artículo 1° que:

Colombia es un Estado social de derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general. (Asamblea Nacional Constituyente, 1991, p. 1)

El artículo constitucional anterior es de gran relevancia no solo por ser el fundamento del ordenamiento jurídico colombiano, sino también por el sustento conceptual que brinda al enfoque diferencial, un principio que busca garantizar la igualdad material y el respeto a la diversidad en un país multicultural como Colombia. En este orden de ideas, el pluralismo, consagrado en dicho artículo, se entiende como el reconocimiento y el valor que el Estado colombiano otorga a la existencia de múltiples identidades, culturas, creencias y formas de vida dentro del territorio nacional.

Desde este entendimiento, el derecho a la salud no puede concebirse únicamente como la ausencia de enfermedad, sino como un estado de bienestar físico, mental y social que debe ser garantizado para todos los ciudadanos y que está ligado al derecho fundamental de la dignidad humana. En este marco, la Corte Constitucional de Colombia, en la Sentencia T-012 (2020), señaló que: "... el derecho a la salud es un elemento estructural de la dignidad humana que reviste la naturaleza de derecho fundamental autónomo e irrenunciable" (Corte Constitucional, 2020, pág. 1), como resultado de lo anterior, la Corte refuerza la idea de que la salud no es un privilegio, sino un derecho inherente a todas las personas, independientemente de su condición social, económica o cultural.

En general, la implementación del enfoque diferencial en Colombia continúa enfrentando retos significativos, cabe mencionar que muchas veces los servicios no son culturalmente pertinentes, lo que dificulta su aceptación y uso por parte de estas comunidades.

En el caso de los pueblos indígenas, es fundamental que los servicios de salud respeten sus tradiciones y prácticas médicas ancestrales, Whittingham (2010) explica que el enfoque diferencial se convierte en una herramienta esencial para materializar el mandato constitucional de igualdad y no discriminación en la materia, ya que no se trata simplemente de garantizar el acceso a servicios médicos, sino de asegurar que estos servicios sean adecuados a las necesidades y particularidades de cada grupo, esto implica, entre otras cosas, la participación activa de las comunidades en el diseño e implementación de las políticas de salud, así como la asignación de recursos suficientes para garantizar su efectividad, es decir, la materialización de la gobernanza,

que debe entender en este sentido como el conjunto de relaciones políticas establecidas entre diversos actores que intervienen en la formulación, ejecución y análisis de decisiones vinculadas a asuntos de interés público.

Este proceso puede concebirse como una dinámica de poder en la que coexisten cooperación y competencia como principios esenciales, y donde participan tanto estructuras institucionales formales como informales. De forma textual lo expresa así:

La gobernanza es la realización de relaciones políticas entre diversos actores involucrados en el proceso de decidir, ejecutar y evaluar decisiones sobre asuntos de interés público, proceso que puede ser caracterizado como un juego de poder, en el cual competencia y cooperación coexisten como reglas posibles; y que incluye instituciones tanto formales como informales. La forma de interacción entre los diversos actores refleja la calidad del sistema y afecta a cada uno de sus componentes, así como al sistema como totalidad. (Whittingham, 2010, p. 222)

Dicho lo anterior, es por esta comprensión que la participación comunitaria resulta tan relevante en el proceso de construcción de políticas públicas en materia de salud, ya que permite que los grupos que requieren el enfoque diferencial sean realmente escuchados, tenidos en cuenta y tengan de manera real una incidencia en la toma de decisiones en materia de salud.

### **III. Propuesta de Reforma a la Salud en Colombia**

El sistema de salud colombiano sigue sobreviviendo a pesar de sus múltiples fallas estructurales que han producido la muerte de personas y las deudas crecientes de las Entidades

Promotoras de Salud (EPS). Superficialmente, todos los sectores coinciden en que el sistema de salud debe ser reformado, pero no existe un consenso serio y real que permita materializar una reforma con una perspectiva en la que todos los sectores aporten propositivamente para lograr un mejor sistema de salud. En el actual gobierno de Colombia (DPN, 2022), estos intentos de reforma anteceden a la coyuntura política actual desde hace varios años.

La pandemia de COVID-19 exacerbó las fallas estructurales del sistema: la escasez de recursos hospitalarios, la precariedad laboral del personal de salud y las marcadas desigualdades regionales e inequidades en el acceso a tratamientos hicieron evidente la necesidad de una reforma profunda (Uribe & Bedoya, 2025). A pesar de ello, los diversos proyectos de reforma a la salud presentados no se han materializado.

En todo este escenario convulso uno de los intentos de reforma que más presencia tuvo en el escenario político se dio el 13 de febrero de 2023, donde la ministra de Salud y Protección Social radicó ante la Cámara de Representantes el Proyecto de Ley 339 (2023). Con la que se pretendía reestructurar el SGSS, y desarrollar sus principios, enfoque, estructura organizativa y competencias. Este Proyecto de Ley 339 tuvo varias modificaciones y fue aprobado por la Cámara de Representantes (en sesión plenaria del 5 de diciembre de 2023).

En particular, la reforma contemplaba siete elementos esenciales del SGSS: la obligatoriedad de los aportes, la parafiscalidad, la humanización del servicio de salud, la eficiencia del sistema, su eficacia, la intersectorialidad, la participación vinculante y el enfoque de género.

En primer lugar, los aportes al SGSSS son obligatorios para todos los trabajadores, empleadores, pensionados y rentistas de capital. En segundo lugar, los recursos de destinación específica al SGSSS, incluidos los asignados por el Presupuesto General de la Nación, son de carácter parafiscal, inembargables y de naturaleza pública, por lo que no pueden destinarse a fines distintos a los previstos por la ley.

En tercer lugar, se busca fortalecer la relación entre el personal de los servicios de salud y los individuos, familias y comunidades, basada en el conocimiento de sus necesidades y la confianza mutua en los diferentes ámbitos de prestación de servicios a lo largo del ciclo vital.

En cuarto lugar, se pretende lograr resultados en salud para la población, expresados y publicados periódicamente como indicadores dentro del Sistema Público Único Integrado de Información en Salud.

En quinto lugar, se plantea una articulación estructural y sistémica de los sectores estatal, social y privado para garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, incidir sobre los determinantes sociales y mejorar las condiciones de vida y el progreso social de diferentes comunidades.

En sexto lugar, se promueve la intervención efectiva de las personas y las comunidades en la toma de decisiones, la gestión, la vigilancia y el control de los establecimientos de salud y en las instancias de formulación, implementación y evaluación de planes y políticas públicas en materia de salud.

De igual manera, se plantea la superación de las barreras y restricciones a los derechos sexuales y reproductivos, el reconocimiento y la autodeterminación plena sobre el cuerpo, las

concepciones y valoraciones sobre el cuidado, la eliminación de estereotipos basados en lo biológico y el reconocimiento histórico de las múltiples situaciones y circunstancias que afectan los derechos de las mujeres y de las personas sexualmente diversas (Hoyos, Vargas, & Roncancio, 2025).

De igual modo, un punto que merece especial atención es el contenido en el artículo 31 de la propuesta de reforma (Cámara Representantes Col, 2023) que contemplaba la creación del Consejo Nacional de Salud, como instancia asesora del Sistema de Salud; la cual tendría a su cargo la concertación de iniciativas en materia de política pública de salud, la presentación de propuestas normativas de carácter reglamentario y la evaluación y generación de informes periódicos sobre el funcionamiento del sistema. Se señala también que este consejo estaría conformado por seis representantes del gobierno nacional y sería presidido por el Ministro de salud y protección social. Aunado también se daría representación a trabajadores; organizaciones representativas de los profesionales de la salud; pacientes; academia, facultades y escuela de salud; empresario, Grupos étnicos, campesinos y víctimas del conflicto armado. En este artículo también se indica que este Consejo Nacional de Salud estará conformado también por el Superintendente Nacional de Salud y el director de la Administradora de Recursos para la Salud (ADRES), los cuales participaran con voz, pero sin voto; y contempla la potestad para que el Consejo pueda invitar a instituciones y personas naturales o jurídicas que consideren importantes.

Por último la última iniciativa legislativa presentada es el Proyecto de Ley 410 (Senado Col, 2025), retoma varios de los elementos mencionados en iniciativas anteriores y busca consolidar un modelo de salud con enfoque diferencial, territorial y participativo, en el marco de la actual coyuntura en salud

caracterizada por la sistemática violación del derecho a la salud en pacientes de alto costo. De acuerdo con lo indicado en los apartados anteriores, la Tabla 2 detalla la cronología de los eventos y hechos señalados (Página 158).

#### IV. Discusión y Recomendaciones

Si bien en el caso colombiano, en el plano constitucional y legal existe el reconocimiento de un tratamiento diferenciado, teniendo en cuenta la existencia de grupos poblacionales que por sus condiciones y características étnicas que merecen especial atención en el marco del sistema de salud colombiano; su implementación presenta retos.

Pese a que la Constitución Política reconoce la diversidad étnica y cultural de la nación, basado en el reconocimiento pluriétnico y multicultural donde con su desarrollo normativo se ha buscado garantizar el derecho a la salud de las comunidades indígenas con pertinencia cultural, la realidad es que una de las vulneraciones de los derechos fundamentales a los grupos étnicos es precisamente el derecho a la salud.

Las metas consignadas en el Plan Decenal de Salud Pública (MinSalud, 2022) incluye elementos de diversidad que fundamentan el enfoque hacia los sujetos de derecho y la cualificación de las intervenciones en salud pública. Este marco reconoce como dimensiones estructurales de la condición humana el curso de vida y la perspectiva de género, por considerarlas inherentes a todos los habitantes a quienes está dirigido. En el caso de los pueblos y comunidades étnicas, se otorga especial relevancia a la etnicidad, entendida desde su identidad milenaria y sus cosmovisiones propias, las cuales resignifican las nociones de curso de vida y género. Asimismo, el plan incorpora enfoques diferenciales asociados a la discapacidad, la migración, el conflicto armado.

Se debe tener en cuenta que el derecho a la salud tiene una dimensión evolutiva, ajustándose a cambios culturales, económicos y políticos, por ello cobra objetividad al interactuar con principios constitucionales y ser redefinido como un derecho fundamental. La Ley 1751 (Congreso de Colombia, 2015) en donde *expressis verbis* consagra: “El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo.” No obstante, el sistema de salud enfrenta graves obstáculos estructurales, entre ellos la falta de coherencia en los convenios institucionales, los problemas recurrentes de afiliación, las restricciones financieras y los altos niveles de corrupción, factores que en conjunto deterioran la gestión del sistema y comprometen la calidad, oportunidad y continuidad en la atención a los usuarios.

El lenguaje inclusivo se convierte en una herramienta esencial para la aplicación de un tratamiento diferenciado, por ello cobra relevancia evitar expresiones peyorativas y facilitando el acceso a la información (Hernández et al., 2024), por ello es importante tener en cuenta el modelo de atención el cual debe considerar las necesidades particulares de cada grupo étnico, reconociendo la diversidad de conceptos y prácticas relacionadas con la salud y la enfermedad, incluyendo los sistemas económicos propios de las comunidades indígenas, determinados por las características del entorno, el conocimiento y las técnicas de manejo de los recursos. Por ello, es indispensable el diálogo intercultural que permita la articulación entre el sistema de salud y las necesidades de cada comunidad.

Para optimizar el tratamiento diferenciado étnico en el sistema de salud colombiano, se requiere una transformación estructural y cultural que vaya más allá de la simple inclusión de políticas. Es indispensable una articulación más robusta entre los sistemas de salud occidentales y los

**Tabla 2**

*Descripción y Detalle de los Eventos Descritos más Destacados y del Generador del Evento*

Año	Detalle	Responsable
1989	Convenio 169 OIT protege salud de pueblos indígenas y tribales.	Organización Internacional del Trabajo
1990	Decreto 1811 regula salud indígena y desarrolla Ley 10.	Presidencia República de Colombia
1991	La Constitución reconoce la salud como derecho y servicio público esencial.	Asamblea Nacional Constituyente
1993	Creación del SGSSS con regímenes contributivos y subsidiados.	Congreso República
2001	La Ley 691 garantiza la participación étnica en el sistema de salud.	Congreso República
2004	Decreto 2716 implementa enfoque diferencial en atención sanitaria indígena.	Presidencia República
2008	Sentencia T-760 ordena eliminar barreras administrativas en salud.	Corte Constitucional
2011	Ley 1438 reforma SGSSS y fortalece el enfoque diferencial étnico.	Congreso República
2015	La Ley 1751 reconoce la salud como derecho fundamental autónomo.	Congreso República
2021	Resolución 050 integra salud indígena al Plan Decenal.	Ministerio Salud
2023	Proyecto de Ley 339 busca reformar el SGSSS y garantizar la equidad.	Ministerio Salud y Congreso
2024	Decreto 968 fortalece el Sistema Indígena de Salud Propio.	Presidencia República
2024	Sentencia SU-092 reafirma consulta previa en políticas de salud.	Corte Constitucional

*Fuente: Elaboración propia de los autores a partir de la matriz de revisión documental, de la primera parte de la investigación.*

sistemas propios de las comunidades indígenas, garantizando un modelo verdaderamente intercultural y equitativo.

Al mismo tiempo, se debe garantizar que los programas de salud incluyan:

- *Enfoques diferenciales de género y*
- *Ciclo de vida y discapacidad.*

Lo anterior con fin de atender las necesidades de cada persona. La implementación de un tratamiento diferencial étnico en salud requiere un sistema de información robusto que permita registrar, analizar y utilizar datos desagregados por etnia para monitorear el progreso y tomar decisiones basadas en evidencia.

En esta misma línea, es necesario reconocer que la salud de los pueblos indígenas está intrínsecamente ligada a la protección de su territorio y de su cultura, esto implica fortalecer acciones que promuevan la soberanía alimentaria, la autonomía territorial y la recuperación de prácticas ancestrales.

Es vital asegurar una coordinación real y continua entre el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y los sistemas de salud propios de las comunidades indígenas, así mismo, las instituciones sanitarias deben pasar de un reconocimiento meramente formal a una implementación efectiva de servicios que se adapten a las cosmovisiones, costumbres y prácticas de cada grupo étnico.

Las reformas en salud deben reconocer y respetar las normas y valores de los pueblos indígenas (Presidencia de Colombia, 2024). En este marco, resulta esencial armonizar el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI) con el Plan Decenal de Salud Pública, estableciendo mecanismos de seguimiento, respuesta y coordinación que garanticen el derecho al “buen vivir” de la población indígena.

Como corolario, la innovación en la gestión y administración de los recursos es fundamental, al igual que la adaptación de la infraestructura a las realidades de los pueblos indígenas. La calidad en la atención en salud debe ser concebida como un proceso de mejora continua que tenga en cuenta la comunicación y la relación entre los servicios institucionales y las prácticas tradicionales. Asimismo, se requiere la formación permanente del personal de salud y la apertura a la participación de distintos actores con visiones diversas sobre los procesos de salud y enfermedad.

## Conclusiones

La vulneración al acceso a la salud en Colombia continúa afectando de manera creciente a buena parte de la población en el territorio colombiano. Prueba de ello es la enorme frecuencia con que los afectados recurren al mecanismo constitucional de la acción de tutela, cuyo número ha venido en aumento en los últimos años, junto con el desacato de buena parte de estos fallos por parte de los accionados. De hecho, puede afirmarse sin lugar a dudas que el derecho a la salud constituye el derecho humano fundamental más vulnerado en Colombia

Esta sistematicidad y grave violación al derecho a la salud impacta de forma desproporcionada a grupos históricamente discriminados: Los Grupos Étnicos. La constante discriminación es heterogénea y varía según la región, generando impactos diferenciados. A modo de ejemplo, en los departamentos del Pacífico y en Nariño el acceso a servicios y medicamentos es especialmente desigual (OXFAM, 2023), lo que constituye un claro ejemplo de las inequidades sociales en salud en Colombia.

Desde un punto de vista jurídico, la Ley Estatutaria de Salud (Congreso de Colombia, 2015) establece el principio de progresividad, según el cual el Estado debe reducir de manera

gradual y continua las barreras culturales y económicas. Sin embargo, en muchos territorios apartados estas barreras no solo persisten, sino que incluso se agravan, constituyendo tanto una causa como una consecuencia del problema. Pese a que en el discurso político se reconoce que su eliminación es fundamental para mejorar el servicio de salud, la práctica evidencia indiferencia en la solución de esta dramática situación que padecen miles de usuarios.

De igual modo, a pesar del principio de universalidad, las desigualdades en el acceso a los servicios de salud siguen siendo significativas, y el factor étnico está estrechamente relacionado con la vulneración de derechos en comunidades marginadas. No obstante, las normas generales de salud suelen omitir en la práctica las particularidades culturales, lingüísticas o geográficas de los pueblos indígenas y afrocolombianos. Un enfoque diferencial real permitiría adaptar los servicios para que sean verdaderamente accesibles y respetuosos de sus saberes y prácticas, siendo esencial para garantizar una equidad efectiva.

Otro punto muy importante es que el estado actual del tratamiento diferencial étnico en el sistema de salud colombiano revela una tensión constante entre el reconocimiento normativo y la realidad práctica. Aunque la Ley 1751 (Congreso Col, 2015) reconoce el derecho fundamental a la salud con un componente de interculturalidad que busca integrar las diferencias culturales en la atención, la prestación del servicio enfrenta obstáculos como inconsistencias en las relaciones administrativas entre entidades hospitalarias, dejando la responsabilidad en el usuario. Persiste el fenómeno conocido como “paseo de la muerte” (Garcés, 2006, pp. 5, 8, 12), derivado de la falta de convenios y problemas de afiliación, así como las interpretaciones industrializantes del derecho a la salud que dificultan la plena realización del enfoque diferencial. Si bien las

sentencias de la Corte Constitucional han sido claves para la protección del derecho a la salud (Sentencia T-760, 2008), que intentó subsanar las fallas en la regulación y garantizar el acceso a servicios de calidad, muchas de estas decisiones no siempre se traducen en soluciones concretas. Aunque la salud se reconoce como un derecho ligado a la vida y a condiciones de existencia digna, que presupone disponibilidad y atención adecuada, los usuarios siguen enfrentando múltiples barreras que limitan su ya precario acceso.

Desde un punto de vista jurídico, aunque la Constitución y diversas normas reconocen la necesidad de atender las particularidades de los pueblos indígenas y afrocolombianos, estos principios no se materializan en políticas públicas efectivas, evidenciando una ausencia estructural que agrava aún más la situación.

En este panorama político convulso, uno de los principales objetivos del actual gobierno nacional ha sido la reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Sin embargo, tras la presentación de diversos proyectos por parte del Ejecutivo, ninguno se ha materializado hasta la fecha. Las propuestas de reforma plantean oportunidades para mejorar el tratamiento diferencial étnico (Cámara Representantes Col, 2023). Por una parte, buscan transformar el modelo de atención, orientándolo hacia la prevención y la detección temprana de enfermedades con base en las particularidades de cada grupo étnico. Por otra, pretenden reestructurar el sistema, otorgando mayor responsabilidad a los actores y articulación con los sistemas de salud propios. Asimismo, la participación ciudadana se plantea como eje fundamental, fortaleciendo la autonomía profesional y la autorregulación, en concordancia con la Ley 1751 (Congreso Col, 2015).

Otro aspecto que podría contribuir a garantizar el derecho a la salud desde una perspectiva étnica en el marco de las reformas es la consolidación del Sistema Público Integrado de Información en Salud (SPUIS), que permitiría registrar datos desagregados por etnia para un seguimiento más preciso de las necesidades de salud.

Ahora bien, dentro de este contexto de vulneraciones también se encuentran quienes trabajan en el sistema de salud. Las reformas proponen un régimen laboral especial para mejorar las condiciones de los profesionales que atienden comunidades étnicas, junto con la territorialización del sistema mediante la articulación de municipios y departamentos con similitudes culturales.

Los Centros de Atención Primaria Integrales y Resolutivos en Salud (Montaño, Guerrero & Fajardo, 2023) podrían adaptarse a las necesidades particulares de las comunidades.

Estas mejoras implican considerar los determinantes sociales de la salud, como vivienda digna, seguridad alimentaria y acceso a servicios públicos. La interculturalidad se promueve como principio fundamental, reconociendo la sabiduría ancestral y armonizando el Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural (SISPI) con las políticas nacionales. La adecuación sociocultural de servicios, las estrategias y protocolos, junto con el diálogo de saberes, son elementos clave. También se reconoce el enfoque del buen vivir, ligado a la armonía con la madre tierra y el cosmos, como parte de las discusiones que buscan transformar las inequidades desde una perspectiva étnica, asimismo, es indispensable proteger el territorio y la cultura de los pueblos indígenas, fortalecer la soberanía alimentaria y promover una formación continua con enfoque intercultural para el personal de salud.

En suma, en medio de la grave crisis del sistema de salud colombiano y los intentos de reforma, las fuerzas políticas no han logrado consensos. Mientras tanto, los pacientes siguen en un estado de incertidumbre, y muchos han muerto por la falta de atención adecuada. En el marco de un enfoque diferencial étnico, la actual coyuntura agrava aún más la situación de estas comunidades, ya que varios puntos de las reformas propuestas no representan avances reales, pues ya existían de manera directa o indirecta en el escenario colombiano. En este contexto, la generación de capacidades comunitarias e institucionales para el diálogo intercultural resulta fundamental, al igual que la articulación intersectorial para la protección efectiva del derecho a la salud, especialmente para los sectores históricamente vulnerados.

## Referencias

- Arroyave, J. (2019). Conflictos y alcances del derecho fundamental a la salud y la aproximación a otros derechos. *Ley 1751 de 2015. Documentos de trabajo Areandina*, 1, 1-18. Obtenido de <https://doi.org/10.33132/26654644.1507>
- Asamblea Nacional Constituyente. (20 de Julio de 1991). *Constitución Política de Colombia*. Bogotá, Cundinamarca, Colombia: Congreso de la República de Colombia. Obtenido de [https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma\\_pdf.php?i=4125](https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=4125)
- Botero, M. (2003). Multiculturalismo y derechos de los pueblos indígenas en la jurisprudencia de la Corte Constitucional. *Precedente Revista Jurídica*, 5(2), 45-87. doi:<https://www.icesi.edu.co/revistas/index.php/precedente/article/view/2039>
- Cámara de Representantes Col. (2023). *Proyecto de Ley No. 339*. Bogotá,

- Cundinamarca, Colombia: Cámara de Representantes de Colombia. Obtenido de [https://www.camara.gov.co/sites/default/files/2023-04/Articulado%20consolidado.%2022\\_04\\_23.pdf](https://www.camara.gov.co/sites/default/files/2023-04/Articulado%20consolidado.%2022_04_23.pdf)
- Cámara de Representantes Col. (11 de Mayo de 2023). Proyecto de Ley No.340. Bogotá, Cundinamarca, Colombia: Cámara de Representantes de Colombia. Obtenido de <https://www.camara.gov.co/sites/default/files/2023-05/Proposiciones%2011%20de%20m%20mayo%20de%202023%201.pdf>
- Cámara Representantes Col. (11 de Mayo de 2023). Proyecto de Ley No. 341. Bogotá, Cundinamarca, Colombia: Cámara de Representantes de Colombia. Obtenido de <https://www.camara.gov.co/sites/default/files/2023-05/Proposiciones%2011%20de%20m%20mayo%20de%202023%201.pdf>
- Cámara Representantes Col. (12 de Mayo de 2023). Proyecto de Ley No. 344. Bogotá, Cundinamarca, Colombia: Cámara de Representantes de Colombia. Obtenido de <https://congresovisible.uniandes.edu.co/citaciones/proyecto-de-ley-no-344-de-2023-camara-por-la-cual-se-crea-la-empresa-colombiana-de-minerales-ecominales-se-determina-su-objeto-su-naturaleza-su-estructura-organica-y-se-dictan-otras-disposiciones/103511>
- CEJ. (24 de Abril de 2024). Corporación Excelencia en la Justicia. Obtenido de Acción de tutela en Colombia: <https://cej.org.co/indicadores-de-justicia/demanda-de-justicia/tutelas-radicadas-colombia/>
- Congreso Col. (10 de Enero de 1990). Ley 10. Reglamentada parcialmente por el Decreto Nacional 800 de 2003, Modificada por el art. 36, Decreto Nacional 126 de 2010, en lo relativo a las multas. Bogotá, Cundinamarca, Colombia: Congreso de la República de Colombia. Obtenido de <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=3421>
- Congreso Col. (4 de Marzo de 1991). Ley 21. Por medio de la cual se aprueba el Convenio número 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes, adoptado por la 76a. reunión de la Conferencia General de la O.I.T., Ginebra 1989. Bogotá, Cundinamarca, Colombia: Congreso de la República de Colombia. Obtenido de <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=37032>
- Congreso Col. (23 de Diciembre de 1993). Ley 100. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá, Cundinamarca, Colombia: Congreso de la República de Colombia. Obtenido de <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=5248>
- Congreso Col. (18 de Septiembre de 2001). Ley 691. Mediante la cual se reglamenta la participación de los Grupos Étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia. Bogotá, Cundinamarca, Colombia: Congreso de la República de Colombia. Obtenido de <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=4454>
- Congreso Col. (16 de Febrero de 2015). Ley 1751. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá, Cundinamarca, Colombia: Senado de la República de Colombia. Obtenido de <https://www.funcionpublica.gov.co/dafpIndexerBGN/o=&bloquearFiltroNumero=&bloquearFiltro>
- Congreso Colombia. (19 de Enero de 2011). Ley 1438. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá, Cundinamarca, Colombia: Congreso de la República de Colombia.

- Obtenido de <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=41355>
- Convención Americana sobre Derechos Humanos. (7 de Noviembre de 1969). Pacto de San José. San José, Costa Rica: Organización de Estados Americanos. Obtenido de [https://www.oas.org/dil/esp/1969\\_Convenci%C3%B3n\\_Americana\\_sobre\\_Derechos\\_Humanos.pdf](https://www.oas.org/dil/esp/1969_Convenci%C3%B3n_Americana_sobre_Derechos_Humanos.pdf)
- CTC. (12 de Enero de 2024). Cómo el racismo lleva a las disparidades en la salud relacionadas con el cáncer. Obtenido de <https://www.cdc.gov/cancer/es/health-equity/racism-health-disparities.html>
- DPN. (12 de Diciembre de 2022). Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026. Colombia potencia mundial de la vida. Bogotá, Cundinamarca, Colombia: Departamento Nacional de Planeación. Obtenido de <https://www.dnp.gov.co/plan-nacional-desarrollo/pnd-2022-2026>
- El Espectador. (10 de Abril de 2024). Con SOS, Supersalud tiene intervenidas a siete EPS: más de 25 millones de afiliados. Obtenido de <https://www.elespectador.com/salud/gobierno-tiene-el-control-de-cinco-eps-intervenidas-mas-de-13-millones-de-afiliados/>
- España, N. (2020). La etno-reparación a favor de los pueblos indígenas en la jurisprudencia de la Corte Constitucional y Consejo de Estado. Bogotá: Universidad Externado de Colombia. Obtenido de <https://doi.org/10.57998/bdigital.handle.001.3652>
- Garcés, J. (2006). Responsabilidad del estado cuando hay lugar a la muerte por falta de atención médica o “el paseo de la muerte”. Medellín: Universidad Autónoma Latinoamericana. Obtenido de <http://repositorio.unaula.edu.co:4000/handle/123456789/595>
- Hernandez, I., Nuñez, V., Reynaga, L., Stewart, K., Hernandez-Castro, I., Maldonado, L., & Bastain, T. (2024). Non-Inclusive Language in Human Subjects Questionnaires: Addressing Racial, Ethnic, Heteronormative, and Gender Bias. *BMC Public Health*, 1-16. Obtenido de <https://www.researchsquare.com/article/rs-4219901/v1>
- Hoyos, D., Vargas, C., & Roncancio, A. (2025). Derecho del consumo, género e identidad sexual en la prestación de servicios de salud en Colombia. *CES Derecho*, 16(2), 21-37. doi:<https://doi.org/10.21615/cesder.7657>
- INC. (14 de Febrero de 2025). Instituto Nacional del Cancer del Gobierno de Estados Unidos. Obtenido de Interferón alfa 2b recombinante: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/interferon-alfa-2b-recombinante>
- Jimara, M., Dayrina, P., Mauricio, S., & María, M. (2021). Racismo y segregación en Colombia: salud, educación y trabajo en la población afrodescendiente del pacífico. *Trans-Pasando Fronteras*, 16, 93-122. doi:<https://doi.org/10.18046/retf.i16.4102>
- MinSalud. (17 de Mayo de 2013). Resolución 1604. Por la cual se reglamenta el artículo 131 del Decreto-ley 019 de 2012 y se dictan otras disposiciones. Bogotá, Cundinamarca, Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1604-de-2013.pdf>
- MinSalud. (28 de Mayo de 2013). Resolución 1841. Por el cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Bogotá, Cundinamarca, Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1841-de-2013.pdf>

- MinSalud. (1 de Noviembre de 2021). Enfoque Diferencial. Origen y Alcances. Bogotá, Cundinamarca, Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/enfoque-diferencial-origen-alcances.pdf>
- MinSalud. (25 de Enero de 2021). Resolución 050. Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013, en el sentido de adoptar el capítulo indígena para los pueblos y comunidades indígenas de Colombia como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública - PDSP 2012-2021. Bogotá, Cundinamarca, Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-050-de-2021.pdf>
- MinSalud. (9 de Septiembre de 2022). Plan Decenal de Salud Pública. Bogotá, Cundinamarca, Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/PDSP-2022-2031.aspx>
- MinSalud. (10 de Octubre de 2024). Resolución 1964. Por la cual se adopta el lineamiento para la implementación del enfoque diferencial étnico en salud para las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras. Bogotá, Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social. Obtenido de <https://sisjur.bogotajuridica.gov.co/sisjur/normas/Normal.jsp?i=165857>
- MinTrabajo. (30 de Junio de 2023). Resolución 2110. Bogotá, Cundinamarca, Colombia: Ministerio del Trabajo. Obtenido de <https://www.mintrabajo.gov.co/documents/20147/67254495/2110.pdf/535e1eb-a8a5-9813-a00d-7bf8ed8bec9c?t=1688502830987>
- Montaño, M., Guerrero, M., & Fajardo, E. (14 de Marzo de 2023). La evolución del sistema de salud colombiano. Obtenido de Pesquisa Javeriana. Universidad Javeriana: <https://www.javeriana.edu.co/pesquisa/la-evolucion-del-sistema-de-salud/>
- OIT. (27 de Junio de 1989). Convenio 169. Convenio 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales. Ginebra, Suiza: Organización Internacional del Trabajo. Obtenido de <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/indigenous-and-tribal-peoples-convention-1989-no-169>
- OXFAM. (5 de Octubre de 2023). Desigualdades en salud en Colombia y la oportunidad de corregirlas. . Obtenido de Centro de Pensamiento, Medicamentos, Información y Poder de la Universidad Nacional de Colombia: <https://www.oxfamcolombia.org/desigualdades-en-salud-en-colombia-y-la-oportunidad-de-corregirlas/>
- Parra, O. (2003). El derecho a la salud en la Constitución, la jurisprudencia y los instrumentos internacionales. Defensoría del Pueblo. Red de Promotores de los Derechos Humanos, 1-61. Obtenido de <https://repositorio.defensoria.gov.co/server/api/core/bitstreams/71aeb572-cab5-452b-ab78-58a08c868d1a/content>
- Presidencia Col. (26 de Agosto de 2004). Decreto 2716. Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 691 de 2001. Bogotá, Cundinamarca, Colombia: Presidencia de la República de Colombia. Obtenido de <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=14698>
- Presidencia Col. (10 de Enero de 2012). Decreto 019. Por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública. Bogotá, Cundinamarca, Colombia: Presidencia de la República de Colombia. Obtenido de <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=14698>

- [gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=45322](http://gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=45322)
- Presidencia Colombia. (10 de Noviembre de 2016). Decreto 1833. Por medio del cual se compilan las normas del Sistema General de Pensiones. Bogotá, Cundinamarca, Colombia: Presidencia de la República de Colombia. Obtenido de <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=85319>
- Presidencia República Col. (6 de Agosto de 1990). Decreto 1811. Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 10 de 1990, en lo referente a la prestación de servicios de salud para las comunidades indígenas. Bogotá, Cundinamarca, Colombia: Presidencia de la República de Colombia. Obtenido de [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/DECRETO%201811%20DE%201990.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201811%20DE%201990.pdf)
- Presidente Col. (2 de Agosto de 2024). Decreto 968. Por el cual se dictan normas para la administración y operatividad del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (Sispi) para el Territorio Indígena que conforma el Consejo Regional Indígena del Cauca (CRIC). Bogotá, Cundinamarca, Colombia: Presidente de la República de Colombia. Obtenido de <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=161457>
- Romero, A., Alexa, A., & Santa, S. (2019). Diversidad étnica y cultural en materia de salud para pueblos indígenas en Colombia (Tesis de pregrado). Ibagué: Universidad Cooperativa de Colombia. doi:<http://hdl.handle.net/20.500.12494/13415>
- Sabino, C. (2014). El proceso de investigación. Ciudad de Guatemala: Guatemala: Episteme. doi:ISBN 9789929677074
- Senado Col. (16 de Febrero de 2015). Ley 1751. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá, Cundinamarca, Colombia: Senado de la República de Colombia. Obtenido de [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1751\\_2015.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1751_2015.html)
- Senado Col. (13 de Mayo de 2025). Proyecto de Ley. Por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones. Bogotá, Cundinamarca, Colombia: Senado de la República de Colombia. Obtenido de [https://apicongresovisible.uniandes.edu.co/uploads/controlpolitico/103859/documentos/633/gaceta\\_1441.pdf](https://apicongresovisible.uniandes.edu.co/uploads/controlpolitico/103859/documentos/633/gaceta_1441.pdf)
- Sentencia C-088, expedientes T-2.508.518 y T-2.508.519 (Corte Constitucional de Colombia 15 de Febrero de 2011). Obtenido de <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2011/T-088-11.htm#:~:text=Sentencia%20T%2D088%2F11&text=Dado%20que%20el%20derecho%20a,de%20fondo%20las%20vulneraciones%20alegadas>.
- Sentencia SU-092, Expediente T-7.422.406 (Corte Constitucional de Colombia 14 de Abril de 2021). Obtenido de <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2021/SU092-21.htm>
- Sentencia SU-092, Expediente T-7.422.406 (Corte Constitucional de Colombia 14 de Abril de 2021). Obtenido de <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2021/su092-21.htm>
- Sentencia T-012, Expediente T-7.470.381 (Corte Constitucional de Colombia 22 de Enero de 2020). Obtenido de <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2020/T-012-20.htm>
- Sentencia T-012, Expediente T-7.470.381 (Corte Constitucional de Colombia 22 de Enero de 2020). Obtenido de <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2020/T-012-20.htm>

- Sentencia T-179, Expediente T-8.216.479 (Corte Constitucional de Colombia 26 de Mayo de 2022). Obtenido de <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2022/T-179-22.htm>
- Sentencia T-445, Expediente: T-8.113.378 (Corte Constitucional de Colombia 6 de Diciembre de 2022). Obtenido de <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2022/T-445-22.htm>
- Sentencia T-760, Expedientes T-1281247, T-1289660, T-1308199, T-1310408, T-1315769, T-1320406, T-1328235, T-1335279, T-1337845, T-1338650, T-1350500, T-1645295, T-1646086, T-1855547, T-1858995, T-1858999, T-1859088, T-1862038, T-1862046, T-1866944, T-1867317, y T-1867326 (Corte Constitucional de Colombia 31 de Julio de 2008). Obtenido de <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/t-760-08.htm>
- SuperSalud. (17 de Junio de 2015). Resolución 812. Bogotá, Colombia: Superintendencia Nacional de Salud. Obtenido de [https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Resoluciones/R\\_2009\\_Norma\\_0812.pdf](https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Resoluciones/R_2009_Norma_0812.pdf)
- Torres, C. (2011). La equidad en materia de salud vista con enfoque étnico. *Revista panamericana de salud pública*, 10, 188-201. Obtenido de <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2001.v10n3/188-201/es>
- UARIV. (2012). Enfoque étnico. Bogotá, Colombia: Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas. Obtenido de <https://www.unidadvictimas.gov.co/sites/default/files/documentosbiblioteca/eticos.pdf>
- Vargas, C., Vargas, C., & Armenta, J. (2023). La dignidad humana como principio posibilitador en la declaración universal sobre bioética y derechos humanos. *Multiverso Journal*, 3(5), 36-45. doi:<https://doi.org/10.46502/issn.2792-3681/2023.5.3>
- Whittingham, M. (2010). ¿Qué es la gobernanza y para qué sirve? *Revista Análisis Internacional*, 2, 219-235. Obtenido de <https://revistas.utadeo.edu.co/index.php/RAI/article/download/24/26/0>
- WHO. (2 de Noviembre de 2022). Fortalecer la Atención Primaria de Salud para Hacer Frente a la Discriminación Racial, Promover Servicios Interculturales y Reducir Las Desigualdades Sanitarias : Síntesis de la Investigación. Obtenido de World Health Organization: <https://www.who.int/es/publications/item/9789240057104>