

Compromiso del Estado frente a la protección social en salud de las etnias

State commitment to social protection of ethnic group's health

DOI: <https://doi.org/10.17981/juridcuc.19.1.2023.01>

Fecha de Recepción: 2022/06/16. Fecha de Aceptación: 2022/11/04

Jorge Luis Restrepo Pimiento 

Universidad del Atlántico. Barranquilla (Colombia)
jorgerestrepo@mail.uniatlantico.edu.co

Lisette Hernández-Fernández 

Universidad del Atlántico. Barranquilla (Colombia)
lisettehernandez@mail.uniatlantico.edu.co

Diego Enrique Cruz Mahecha 

Universidad Libre de Colombia. Barranquilla (Colombia)
flunas@unicartagena.edu.co

Para citar este artículo:

Restrepo, J., Hernández-Fernández, L. y Cruz, D. (2023). Compromiso del Estado frente a la protección social en salud de las etnias. *Jurídicas CUC*, 19(1), 9–34. DOI: <http://dx.doi.org/10.17981/juridcuc.19.1.2023.01>

Resumen

El presente artículo científico tiene como objetivo analizar la protección social en salud de las etnias en el marco de la Ley 100 de 1993 y la Ley 691 de 2001. La ruta metodológica se fundamenta en el enfoque cualitativo, de tipo documental hermenéutico, aplicando la técnica del análisis documental, y como instrumentos para la recolección de información la observación y la revisión bibliográfica. Entre los principales resultados destaca: El sobre diseño técnico administrativo que tiene el sistema de salud en Colombia constituye un obstáculo para la efectiva atención y acceso a la protección social en salud de las etnias; asimismo la escasa atención diferenciada en salud, ignorando costumbres ancestrales, características del entorno social y cultural de estos pueblos. La originalidad y aportes se centra en el abordaje socio jurídico del derecho público y la seguridad social en salud de las etnias, considerando particularidades sociodemográficas, fisiológicas, y elementos determinantes de la salud. Como conclusión es pertinente resaltar la tensión existente en la aplicación del régimen de la especial protección de las etnias en Colombia, por mandato constitucional y legal dentro del modelo de Estado Social de Derecho, que considera factores geográficos, socioculturales, políticos, sanitarios, financieros - administrativos, y la poca intervención del Estado en los contenidos de los planes obligatorios étnicos. Finalmente, es menester señalar la necesidad de realizar reformas a los planes obligatorios de salud adaptados a la diversidad biopsicosocial de las etnias.

Palabras clave: Diversidad; etnias; protección social; régimen subsidiado; salud

Abstract

The objective of this scientific paper is to analyze the social protection of ethnic group's health within the framework of law "100" of 1993 and law "691" of 2001. The methodology focuses on a hermeneutic documentary type qualitative approach, applying the technique of documentary analysis, using observation and bibliographic review as instruments for data collection. Among results, the following stands out: the administrative-technical overdesign of Colombia's health system acts as a hurdle for the effective care and access to social protection for the health of ethnic groups; likewise, poor health care coverage that ignores ancient traditions and the social and cultural characteristics of these ethnic environments. This paper originality and contributions are centered on the socio-legal approach to public law and to ethnic group's social security, taking into account sociodemographic and physiological conditions, as well as, health determinants. In conclusion, it is pertinent to highlight the existing tension when applying, by constitutional and legal mandate within the model of Social State of Law, Colombia's ethnic special protection regime, which considers geographic, sociocultural, political, financial, health, administrative factors and the little to no intervention by the state to enforce the already established mandatory ethnic health plans. Finally, it is important and necessary to point out the need to carry out reforms to the mandatory health plan taking biopsychosocial diversity of ethnic groups into account.

Keywords: Diversity; ethnic groups; health; social protection; subsidized regime

INTRODUCCIÓN

El presente artículo científico se propone analizar la protección social en salud en el marco de la [Ley 100 \(Congreso de la República de Colombia, 1993\)](#) y la [Ley 691 \(Congreso de la República de Colombia, 2001\)](#), que implicaron una reforma del Estado colombiano, a través de la que se implementó el nuevo sistema de salud con un régimen especial para la atención de etnias, desarrollando los principios de pluralismo, participación y democracia.

De allí la relevancia de realizar una interpretación sobre la forma como la gobernanza se entiende y practica en el país, en término de la eficiencia de la gestión y operatividad del plan obligatorio en salud. Fundamentalmente, considerándose que el servicio público de atención en salud, como elemento básico para la conservación de la vida humana, despierta gran interés en los gobernados y esperan calidad y eficacia de los mismos, así como el interés por parte de los gobernantes en derivar legitimidad a partir de su prestación. En este sentido, el concepto más amplio de gobernanza es clave para estudiar la regulación jurídico política de un régimen sanitario.

Ahora bien, el servicio de salud en Colombia para etnias a través del régimen subsidiado presenta unas tensiones particulares que son producto del andamiaje institucional creado en el año 2002, reflejadas por el índice de morbilidad y mortalidad de la gestante materna, neonato, perianto e infante, al igual que el manejo de la inseguridad alimentaria y nutricional.

Esto hace que la prestación de este servicio esté permeada, al mismo tiempo, por una lógica técnica y una lógica política, puesto que tanto el Estado como el mercado constituyen actores centrales en el funcionamiento del sistema. Por lo tanto, los derechos a la salud constitucionalmente consagrado, se diluyen en la inoperancia sistémica y fallida en la prestación de los niveles de atención, tipos de servicios y grados de complejidad.

Lo referido implica desafíos a la forma como se estructura y piensa la gobernanza, y en esa medida el estudiar el caso de la

salud en Colombia entra a ser de importancia superlativa para comprender las formas que toma la relación entre gobernantes y gobernados.

Por lo anterior, es menester abordar en este documento de carácter académico-científico temas, tales como, diversidad, servicios de salud y régimen subsidiado de etnias, pluralismo jurídico-cultural, prestación de servicio de salud y planes obligatorio en salud en diversidad biopsicosocial.

DESARROLLO

METODOLOGÍA

El desarrollo del presente trabajo se fundamenta en el paradigma cualitativo, empleando un enfoque de tipo hermenéutico documental que permite un alcance descriptivo e interpretativo de la información.

El método empleado es esencialmente el de la dogmática jurídica, ya que se indaga sobre un conjunto complejo de hechos y conceptos jurídicos específicos que precisan su comprensión o ser interpretados en mayor profundidad (Corral, 2008).

Como instrumentos para la recolección de información se emplea la observación y la revisión bibliográfica y documental de la literatura pertinente, a partir del enfoque hermenéutico, el cual es definido por Blanco (2018) como:

[...] la acción de la comprensión extensiva, aduciendo en la lógica que al constituirse en hermenéutica la habilidad de interpretar, el campo de elaboración se hace transcendente en las ciencias jurídicas del saber, por tanto, admite consolidar el análisis entendido de las normas jurídicas y la jurisprudencia, haciendo usos éste a los fenómenos humanos sociales de los cuales se originan (p. 39).

La ruta metodológica indicada se aplica, dado que en el presente artículo se hace una revisión histórica y jurídica sobre la protección social en salud de las etnias.

RESULTADOS - DISCUSIÓN

En este aparte se abordan aspectos relacionados con el sistema de salud para la atención de etnias, como lo son: diversidad; servicios de salud y régimen subsidiado de etnias; pluralismo jurídico-cultural; prestación de servicio de salud y planes obligatorio en salud en diversidad biopsicosocial; estructura funcional del sistema de salud desde un ámbito del régimen subsidiado de etnias; y virtudes y falencias del Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS.

Diversidad, servicios de salud y régimen subsidiado de etnias

Dentro de la vida social y política de Colombia existe una diversidad poblacional que amerita de elementos diferenciadores para abordar las contingencias humanas de carácter individuales y colectivas, entre ellas, la enfermedad, síndromes, lesiones, daño corporal, maternidad, embarazo, paternidad, pandemia, endemia, epidemias, discapacidad, deficiencia, invalidez y vejez ([Restrepo, 2012](#)).

En este mismo sentido, el [Decreto 3039 \(Presidencia de la República de Colombia, 2007\)](#) que constituye la reglamentación de la [Ley 1122 \(Congreso de la República de Colombia, 2007\)](#), con respecto a los planes territoriales demográficos de salud en Colombia provee como principio rector para la realización y ejecución de dichos planes, el respeto por la diversidad cultural y étnica, el cual reza: Son las prerrogativas y garantías jurídicas y políticas que permiten el alcance para conocer la cosmovisión, localización cultural, percepción socio-sanitaria, territorio ancestral, sitios, usos, costumbres, sagrados, y creencias de los grupos étnicos frente al proceso de participación, gestión atención y consolidación de servicios de protección social en salud a partir de los factores determinantes previstos en la Ley 691 del 2001 ([Presidencia de la República de Colombia, 2007, Decreto 3039](#)).

De esta manera, se parte que en Colombia abordar la protección social en el área del dimensionamiento de etnias es un reto, desafío y avance, dado que permite regularizar e intervenir un tipo de

contingencia humana de carácter individual y colectivo, denominada raza nacional, la cual ha padecido exclusión y discriminación permanente en el trato de los aspectos salud, enfermedad, síndrome, lesiones, maternidad, lactancia, parto, embarazo, gestación, concepción, nacimiento, crecimiento, desarrollo, infancia, adolescencia, vejez y envejecimiento.

También es necesario aducir que los planes o beneficios del sistema de salud, se definen desde el ángulo administrativo y jurídico como un conjunto determinado de prestaciones de carácter asistencial que tiene por objeto restablecer, disminuir, aliviar, atender, asumir las contingencias, daños y perjuicios padecidos por los habitantes del territorio nacional, en sus componentes fisiológicos y psíquicos (Ríos et al., 2002).

Es una premisa necesaria y preponderante para el sistema de seguridad social en salud y el sistema sanitario asumir la atención desde los factores determinantes en salud basados en el principio de atención primaria, entre ellos, las manifestaciones socio culturales y demográficas, por lo que cabe resaltar que cada cultura o entorno social antropológico humano, en su propia dinámica de desarrollo, incorpora diversas formas de respuesta (prácticas, actividades, modelos, etc.) a los problemas de salud, que responden tanto a la dinámica interna como a los condicionantes externos (Ríos et al., 2002).

Considerando la identidad cultural y plural determinada en la Constitución Política de Colombia (Asamblea Nacional Constituyente, 1991), dentro de los principios y valores del Estado social demócrata de derecho, se tienen, la participación, democracia, libertades, bien común, universalidad, solidaridad, progresividad, subsidiaridad, interés general prima sobre el particular, favorabilidad y eficiencia dirigidos a los 87 pueblos indígenas identificados, los cuales hablan 64 lenguas amerindias y están distribuidos, según el censo 2014, en 710 resguardos ubicados a lo largo de 27 departamentos del país.

En este mismo sentido, es menester asegurar, que los procesos de gestión y organización del sistema sanitario de índole prestacional

están permeados por acciones instrumentales de protección social integrativa para la obtención de mejoramiento social sostenible de las poblaciones étnicas colombianas distribuidas en las cinco regiones, diversas provincias y resguardos indígenas ([Restrepo, 2012](#)).

Lo anterior se justifica por el hecho que las comunidades étnicas sociales y las poblaciones raizales palenqueras son minorías sociales marginadas con poca posibilidad de acceso a los servicios de protección social en salud, es así que se ha priorizado para ellas la atención primaria en salud, la determinación de los factores sociales en proceso salud-enfermedad, los cuales son útiles para presentar el perfil de morbilidad y mortalidad de dicha población y de esta forma presentar planes de asistencia patológicas a partir de medicamentos, evaluaciones médicas, tratamientos preventivos, controles y vigilancias epidemiológicas y sanitarias recubiertos de compromisos comunitarios y acciones participativas directas con base en los modelos socio antropológicos de cuidado ([Ríos, 2002](#)).

Los preceptos y antecedentes mencionados obligan a detallar los pronunciamientos de la Corte Constitucional de Colombia en la [Sentencia C-063 \(2010\)](#) que señala el principio de pluralidad étnica, racial y cultural, instrumento para remediar las ausencias legales y jurídicas reglamentadas en el sistema general de derechos fundamentales establecidos en la Constitución, principio de respeto a la variedad étnica, social y cultural —Límites a la autonomía: En este proceder antropocéntrico la corte ha entendido que debe primar básicamente frente a tantas naciones dentro de un mismo estado democrático el principio de diversidad étnica y cultural, del cual se derivan los derechos humanos fundamentales, los cuales insisten en preservar la identidad social de los pueblos partiendo de sus derechos de vida digna con calidad, libertad, igualdad y participación democrática acompañada de derechos sociales a la salud, seguridad social, protección social, sanidad, educación, bienestar, recreación, integración, trabajo, sustento, alimento y empleo, también implicado a derechos colectivos en conexidad a la vida ambiente, paz, solidaridad y bien común ([Corte Constitucional de Colombia, 2010, Sentencia C-063](#)).

La cultura es el plan pensado y expresado de una comunidad social organizada dentro de un territorio, manifestado a través de múltiples elementos los cuales se concretan en creencias, valores, principios, lenguajes, expresiones, símbolos, signos lingüísticos y extra lingüísticos, conciencias colectivas y tradiciones, lo que permite que la implementación de un plan de salud esté imbuido de una serie de elementos y preceptos diferenciadores en el proceso de atención en salud.

La antropología biológica y cultural, define lineamientos de identificación descripción y análisis de grupos raciales y étnicos, partiendo de los elementos, factores y contenidos de la cultura, medio, espacio, gobernanza, gobierno y gobernanza interna de estos pueblos, haciendo de ellos un cumulo de aspectos que sirven de cimientos estructurales en la conformación de políticas públicas y regulaciones de gestiones sociales progresivas dentro de los fines jurídicos del Estado en la [Constitución Política de la República de Colombia \(Asamblea Nacional Constituyente, 1991\)](#), [Ley 100 \(Congreso de la República de Colombia, 1993\)](#), [Ley 715 \(Congreso de la República de Colombia, 2001\)](#), [Ley 1122 \(Congreso de la República de Colombia, 2007\)](#), [Ley 691 \(Congreso de la República de Colombia, 2001\)](#), [Decreto 3039 \(Presidencia de la República de Colombia, 2007\)](#) y el [Decreto 1811 \(Presidencia de la República de Colombia, 1990\)](#), que legitiman la vinculación, presencia e importancia de estos agentes propios desde una perspectiva de fundamentos para la formulación de estrategias y acciones de entendimiento y mejora de las condiciones de salud de los pueblos y su entorno sanitario ([Ríos, 2002](#)).

En este entendido, cabe manifestar, que dentro de los principios y valores establecidos en la Constitución Política de la República de Colombia ([Asamblea Nacional Constituyente, 1991](#)) se encuentra la participación, democracia, pluralismo, integración, prosperidad, progresos, calidad y protección de los derechos humanos de los asociados ([Corte Constitucional de Colombia, Sentencia C-063, 2010](#)). De esta manera la jurisprudencia nacional ha precisado que los derechos de las comunidades indígenas contienen una

identidad, autonomía, compromiso y respeto por parte de todos los actores de la sociedad y principalmente el Estado en todas manifestaciones y estructura.

En este mismo sentido, es importante aducir que los derechos fundamentales de las comunidades indígenas son, según la Corte Constitucional de Colombia en la [Sentencia C-063 \(2010\)](#): propiedad social y colectiva, medicina tradicional, identidad de salubridad, el derecho a participar en las decisiones relativas a la explotación de recursos naturales en sus territorios y acciones de planes y programas de asistencia en salud.

Para mayor ilustración socio jurídica, es necesario mencionar, que dentro del estudio analítico descriptivo realizado por la antropología colombiana, se tienen entre los pueblos indígenas, el Wayú, kogui, arhuaco, chimila, arzario, yuco yukpa, zenú, motilón barí, tulé, emberá chami, emberá katío, wuonaan, coyaima, dujo, eperara siapidara, misak, yanacona, nasa, inga, awa kuaiker, camëntsa, coreguaje, cofán, pijao, desano, Uitoto, cocaima, tanimuka, bora, taiwano, bara, nukak makú, tukano, barasana, los cuales están identificados por costumbres ancestrales en el proceso integral de atención en salud de la enfermedades, lesiones, síndromes y padecimientos biológicos, mentales y sociales, en tanto, para cualquier manifestación de participación debe hacerse por la consulta previa de comunidades y grupos étnicos- con base en el principio de diversidad étnica y cultural, para la intervención y prestación de servicio socio sanitarios, tal y como lo señala la Corte Constitucional de Colombia en la [Sentencia C-063 \(2010\)](#): El principio participación democrática en armonía con el de diversidad étnica y cultural, son el desarrollo de la inspiración consolidada del Estado Social Demócrata de Derecho que hacen que las comunidad o pueblos étnicos tengan acceso a los ámbitos prestacionales del sistema jurídico político organizado, del cual cabe aducir o reseñar en escala de bienestar personal y colectivo la protección social en salud física, mental y social.

En el mundo jurídico suele existir la tendencia al garantismo constitucional que trae consigo la consolidación de los derechos humanos

fundamentales, con los cuales se hacen titulares las comunidades por ser grupos minoritarios y de protección especial por parte del Estado, por lo que ellos pueden significar para el conglomerado social y las fuerzas políticas y jurídicas objeto de intervención en temas de salud y enfermedad, a partir de una dimensión o postura bioantropológica y socioantropológica, en este entendido [Parra \(2003\)](#) dice que los servicios socio sanitarios están constituidos por factores culturales, antropológicos y biológicos, que dentro de ellos se incluye agua potable, saneamiento básico, prevención de contaminación, seguridad nacional, seguridad en el trabajo, seguridad alimentaria y nutricional, manejo de residuos, detección temprana de enfermedad, educación en salud y control de riesgos biológicos y catastróficos.

En este entendido los problemas sociales colombianos han sido tocados por la geografía humana, para determinar elementos demográficos, perfil epidemiológico, donde se encuentran las cifras de morbilidad y mortalidad, los cuales hacen aportes y a la vez se constituyen en fuente primaria en el momento de la construcción de instrumentos de gobernanza, entre los cuales se pueden mencionar los planes de gobierno, leyes, decretos, acciones, planes territoriales en salud.

Ahora bien, es necesario resaltar que los elementos y estudios demográficos nunca han sido base para la elaboración de los planes beneficios del sistema de seguridad social en salud, lo cual se denota en la escasa atención diferenciada en salud, dado que se ignoran las costumbres ancestrales, características del entorno social y cultural de estos pueblos, por tanto se incumplen con los deberes del Estado para preservar y garantizar espacios suficientes y adecuados del pluralismo étnico de la Nación, al igual que la participación de las comunidades indígenas en decisiones que los afecten en salud y conservación ([Corte Constitucional de Colombia, Sentencia C-063, 2010](#)).

El deber de protección a la salud como bien público implica un desafío enorme para el Estado democrático como garante de los derechos de los asociados y, también, para los académicos, activistas

y organizaciones de salubristas, intermediarios válidos de las expectativas cotidianas (Marín, 2014).

Según este autor, las formas más humanas de recuperar el mundo de la vida son posible desde la “localidad”, es decir, desde la descentralización, entendida como distribución del poder entre el Estado y la sociedad, definida como la forma de organización que permite llegar a cada sector del territorio, en particular, los que involucran comunidades de especial atención como son las etnias (Marín, 2014). Asimismo, Morales (2018) acude a los planteamientos de Granda (2009), para sostener que es posible pensar los contextos locales más allá de las meras burocracias normativas de los Estados-Nación, y más acá desde movimientos sociales amplios y pluralistas, en los que se prioricen los servicios públicos insatisfechos, esfera que abarca la salud por mandato constitucional en los artículos 48 y 49, en el que se contempla la seguridad social como un servicio público a cargo del Estado.

Antecedentes del pluralismo jurídico cultural y prestación del servicio de salud

Con respecto al proceso teórico aplicado en término de los compromisos y responsabilidades del Estado en la prestación de servicios de protección social en salud de las etnias, cabe decir que todo se inicia desde la práctica estructural del Estado en cuanto a la gobernabilidad y gobernanza en protección social frente al pluralismo, diversidad, ámbito cultural, geográfico, demográfico, epidemiológico, participativo y el entorno social en todas su manifestaciones y expresiones.

Es ese sentido, la gobernabilidad se define como la capacidad de asistencia, gestión y calidad en la prestación, administración, organización y financiación de los servicios de la salud con un carácter universal, con la intención de alcanzar la inclusión en toda la diversidad étnica racial a partir de todos los grupos etarios, patologías en su tipologías olvidadas, huérfana, alto costos, catastróficas, raras, trasmisibles e infecto contagiosas, esto quiere decir que las acciones de ejecutivos nacional, regional y local

estarán enmarcadas de órdenes, directrices, reglamentaciones, lineamientos dotados de compromisos que hagan efectiva el proceso de atención en salud integral para los pueblos indígenas de Colombia (Arenas, 2017).

Ahora bien, siguiendo en este orden lógico de temas e ideas, es menester señalar que la gobernanza en salud y protección social son el complemento instrumentalizado de la gobernabilidad, conformado por el conjunto de planes, políticas públicas y sociales, normas jurídicas, diseños, proyectos, acciones, estrategias y tareas, los cuales tienen en su identidad, objeto y objetivos, restablecer derechos, prestaciones y garantías frente a la maternidad, aborto, lactancia, parto, nacimiento vejez, envejeciente, infancia, adolescencia, por medio de medicamentos, procedimientos, intervenciones quirúrgicas, seguridad alimentaria y nutricional (Arenas, 2017).

Cabe destacar que los planes obligatorios de salud y el plan de intervenciones colectivas traen consigo en el sistema de beneficios del derecho prestacional de la seguridad social en salud, tipologías, exámenes de determinación en todas las fases de proceso en cuanto terapéutica, recuperación y rehabilitación, para todas las etapas de la vida, con inclusiones culturales y sociales dentro de dicha atención (Arenas, 2017).

Es así, que haciendo una elaboración de antecedentes es loable considerar que el sistema nacional de salud en el [Decreto 056 \(Presidencia de la República de Colombia, 1975\)](#), era disperso y solo atendía a la población de forma genérica y abstracta, carecía de especialidades culturales y mucho menos socio sanitarias dentro de elementos determinantes de las condiciones de salud de los pueblos. Por tanto, era poco funcional puesto que, a pesar de haber existido por más de 40 años, el Instituto Colombiano de Seguros Sociales-ICSS no alcanzó el 100% en cobertura, y con la entrada en vigencia de la Ley 10 de 1990 tampoco fue posible dicha accesibilidad a los pueblos indígenas de Colombia, de allí que el espíritu y propósito de la carta política de 1991 en esta área suscita la Ley 100 de 1993, con sus dos regímenes de salud contributivo y subsidiado (Jaramillo y Melo, 1997).

Con este nuevo código de seguridad social en salud basado en principios de eficiencia, eficacia, solidaridad, unidad, participación y calidad, florece la principalística jurídica, y al igual se inicia el acceso universal de la población a través de afiliaciones en calidad de cotizantes, beneficiarios, voluntarios, obligatorios, activos, pasivos, individuales y colectivos, dependientes e independientes, pero aun con dificultades, porque había poblaciones aun sin estar cobijadas como es el caso de los indígenas, por lo que a partir del pluralismo jurídico social se crea la Ley 691 de 2001 donde queda establecido el régimen subsidiado de etnias y el sistema de Entidad Promotoras de Salud Indígenas, denominadas EPSI, públicas con régimen de administración privada ([Jaramillo y Melo, 1997](#)).

Teniendo en cuenta que Colombia es definida constitucionalmente como un Estado Social de Derecho, que implica el deber que se tiene de desarrollar desde los principios constitucionales y legales referentes a la protección individual y colectiva de etnias en la prestación del servicio de salud, como un sistema que beneficie, especialmente a la población de menos ingresos y minoritario, como es el caso de los pueblos indígenas, pero pensando en la dignidad humana como principio rector de acciones que deben ejercer en los diferentes ámbitos.

De esta manera, suele afirmarse, que la dignidad humana es un lineamiento de principio, garantía y derecho, con cimientos y valores constitucionales, que tiene una relación estrecha con la ejecución de las políticas públicas, administración de regímenes de salud, calidad en la prestación, acceso y la cobertura de los servicios de salud, como respuesta efectiva del Estado Social de Derecho de forma universal.

Dentro de las obligaciones y compromiso estatales emanados de la Constitución Política, cabe expresar, que la responsabilidad primordial de los Estados contemporáneos se connota en garantizar la vida humana en su plenitud, de ello se infiere que debe ser con dignidad, y esto incorpora a la salud, en su mantenimiento y vigilancia ([Arenas, 2017](#)).

Para disminuir el Estado los riesgos económicos y sociales al que está sometido, es necesario intervenir e invertir a la población étnica, haciendo usos de instrumentos normativos para aplicar con justicia y equidad la administración, gestión, organización, control, financiación y prestación de servicios de salud a la población pobre y vulnerable, garantizando altos índices de coberturas en todas las regiones del país, al igual que los principios de universalidad, solidaridad, unidad y eficiencia deben cumplirse a cabalidad (Arenas, 2017).

Por tanto, se destaca que el principio de responsabilidad y corresponsabilidad del Estado en la prestación del servicio de salud en el régimen subsidiado de etnias para todas y cada una de las regiones del país está compuesto por el respeto a la biodiversidad, procedimientos en asistencia en salud tradicional y la participación activa de los actores sociales de los grupos indígenas al sistema salud y sanitario.

Pluralismo jurídico cultural, prestación de servicio de salud y construcción social

En cuanto la gestión gubernamental se demarca en categoría prioritaria la política pública en salud de poblaciones pobres y discriminadas, en consonancia también suele subsistir el régimen de salud subsidiado de etnias, que contienen una arista antropológica jurídica asistenciales, entendiendo desde lo epistemológico que, la análisis filosófico de la antropología está dirigido a definir los colectivos en su entorno de instituciones sociales de las cuales se encuentra la educación, salud, trabajo, vivienda y sanidad.

De este modo es válido anotar que para la contingencias y riesgos sociales derivados de la maternidad, aborto, lactancia, parto y nacimiento se requieren planes, protocolos de asistencia especializados para la población étnico racial con identidades culturalmente fijas y demarcadas, las cuales permiten una mayor adaptabilidad de los programas a un modelo de salud

social colectiva, partiendo del régimen atención materno infantil, control y registro periódico de crecimiento de desarrollo infantil y adolescente, planificación familiar, educación sexual y reproductiva, salud mental familiar, infantil y gestante materna, control prenatal y psicoprofilaxis.

Seguidamente, en este marco es plausible expresar que en cuanto a vejez y envejeciente se hace necesario anotar que la gerontología y geriatría para etnias juega un papel preponderantes en las dinámicas sociales, dado que son un estudio antropométrico permanente para establecer la calidad y expectativa de vida de la población mayor y todo el proceso de envejecimiento del ser humano sometidos a los factores determinantes en salud los cuales son pobreza, analfabetismo, desigualdad, desnutrición, malnutrición, agentes patógenos entre otros, los cuales deben ser erradicados de las etnias de manera paulatina.

La Salud Colectiva Social Étnica es una disciplina, practica, enfoque, modelo, lineamiento que está presente al tratar los problemas de salud-enfermedad de poblaciones con rasgos distintivos en su condición de salubridad individual y grupal, de esta manera suele suceder que los Estados asuman los cuidados de vida humana colectiva, dentro de su fines generales y principios de forma eficiente y eficaz reglamentando normas jurídicas que les permita el acceso a los servicios de salud con una dimensión antropológica, partiendo de los elementos culturales, políticos y socio-demográficos (Gleidhill, 2000).

En cuanto a la elaboración y técnica de humanismo participativo integrativo de colectivos suele presentarse el constructivismo con actores sociales de las políticas públicas y consolidación del régimen subsidiado en salud de etnias desde el ámbito ecológico, habitacional, territorial, geográfico, económico, bilógico, genético y laboral de las culturas, en direccionamiento también con los estilos de vida, asimismo, los factores determinantes sociales en salud; razón por la cual surge la teoría del transaccionismo de Frederick (citado por Gleidhill, 2000), la cual consiste en

“dimensionar el conjunto órdenes de la organización social en las diversas funciones de conductas y acciones estratégicas de actores colectivos de representativos sociales que se relacionan entre sí” (p. 214).

De esta forma, se integra como uno más de una serie de esbozos individualistas, a Weber (citado por [Ceballos, 1997](#)) cuando señala que la acción social implica que la persona haga parte del eje decisivo en la toma de decisiones directivas, teniendo en cuenta también el comportamiento de los demás, esto con afectación al colectivo humano en relación a temas sensibles organizativos como lo son los sistemas sociales de la protección social en salud.

Es así que es loable afirmar que diversos autores, entre los que se encuentra [Gleithill \(2000\)](#), señalan que el derecho, en el sentido instrumental para la defensa y protección de seres humanos en relación vida, salud, libertad, igualdad y propiedad, es la sumatoria de las necesidades sentidas de los individuos, las cuales acumuladas se hace una colectividad llena de una diversidad de falencias que requieren ser atendidas por el legislador para la intervención e integración Estatal, y proponer de esta manera métodos que realicen las prestaciones o bienes para mejorar su situación y calidad de vida dentro del parámetro del sistema de seguridad social en salud ([Florez, 2005](#)).

Por medio de la relación antropológica-jurídica de la salud, se denotan los valores de los pueblos indígenas transferidos en su quehacer cultural, pensamientos y transmisión de valores ancestrales que mantienen vigente y vivo el conglomerado social. Por esta razón, el sistema de protección social en salud parte del supuesto que dichas organizaciones sociales étnicas deben estar amparadas por atenciones adaptadas a sus procesos de fortalecimiento y promoción de sus actuaciones permanentes, por tanto el alcance de la sanidad individual y colectiva ([Helfer-Vogel, 2009](#)).

En este sentido, la medicina colectiva es una garantía jurídico social que beneficia universalmente; ello ha hecho un gran aporte en la generación del conocimiento en la salud pública y derecho público a la salud, al incorporar un lineamiento esquemático integrativo

el cual permite conocer y establecer los objetivos de sostenibilidad social en salud de la población indígena partiendo del positivismo de las ciencias sociales ([Helfer-Vogel, 2009](#)).

Con relación a lo antes expuesto suele coexistir paradigmas de la salud pública y colectiva étnica que tiene dentro de su haber científico la comprensión de los diversos factores geopolíticos y culturales para la atención eficientemente humanizada de los grupos, con el objeto de lograr eficiencia permanente en la relación prestadores-usuarios, lo que conlleva a estructurar de forma adaptable y flexible los parámetros tradicionales ancestrales a los procesos científicos en salud, es este orden se hace un contenido sostenible de sanidad en la cultura, enfermedad y proyección comunitaria de la política pública ([Granados, 2005](#)).

Cabe expresar que el Régimen Subsidiado en Colombia, es una de las banderas en cuanto a políticas sociales del sector salud, y el componente esencial dentro de los planes territoriales de salud hace que éste tenga suma importancia al momento de elaborarse, y que estos planes no queden solo como un conjunto de normas, instrumentos, instituciones y procedimientos para atender a la población vulnerada y espacial en caso de las etnias, o para los que no tienen capacidad de pago; es así que dentro de este régimen nace el régimen especial de etnias, el cual goza en la actualidad de autonomía e independencia normativa y jurídica en el sistema de salud.

Es una realidad jurídica y social la cual debe primar en la elaboración de los planes territoriales de salud, en respuesta a la filosofía y desarrollo del Estado Social de Derecho, cuando la salud como derecho y servicio fundamental de los asociados debe llegar o cobijar a todos los estratos socioeconómicos con calidad y permanencia, con la participación activa de las comunidades y a través de los mecanismos de participación ciudadana.

Los hechos siempre van en contra de las normas constitucionales y legales, dando a múltiples factores y elementos que confluyen en el trasegar de la historia social de la población colombiana.

Cambios en la responsabilidad del Estado frente al sistema de salud desde el régimen subsidiado de etnias

La [Ley 100 \(1993\)](#) transformó a todos los prestadores públicos en Empresas Sociales del Estado-ESE, estando facultados para la autogestión, autonomía e independencia financiera y jurídica, con el fin de lograr ser autosostenibles financieramente mediante la venta a los diversos administradores financiadores del sistema de seguridad social en salud, demarcando un enfoque de atención colectiva a poblaciones étnicas.

La conformación y estructuración de la reglamentación normativa en salud para grupos étnicos puede identificarse como sistémica desde lo antropológico jurídico, dado que considera dos factores: el primero es el pluralismo, el cual indica que existen múltiples grupos, etnias y poblaciones típica y atípicas, por lo que deben consolidarse normas a prestaciones atientes a vigilar, seguir y cuidar para todos los individuos pertenecientes a éstas; y el segundo factor es la aceptación social de los instrumentos constitutivos de la asistencia en salud, los cuales se hacen pertinentes al momento de elaborar planes, programas, proyectos y acciones.

Es claro que el sistema de salud en Colombia presenta desafíos para los ciudadanos, específicamente en lo atinente a la diversidad, inmediatez, solidez, oportunidad e integración social en la atención, dado que existe un sobre diseño técnico administrativo que el ciudadano de cualquier etnia o población vulnerable muchas veces no comprende, y hace que los trámites sean morosos y dispendiosos resultando en obstáculos para la efectiva atención y, en general, para el acceso a la protección social en salud.

Con respecto a los intermediarios regulares que diseñó el código de seguridad social en salud, es necesario expresar que la reforma diseñó un conjunto de instituciones, normas y procedimientos que hacen complejo la operatividad sistémica; quien presta el servicio es diferente a quien administra la afiliación; esto indica que las Instituciones Prestadoras de Salud-IPS son las que ejercen la atención primaria en salud a la población indígena, y quienes muchas veces poseen pocos canales de información para realizar procesos y acciones

armónicas en la intervención de la enfermedades raras, olvidadas, huérfanas, entre otras (Alcántara, 2019).

Lo anterior implica que el Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS se caracteriza en cuanto a relaciones jurídico administrativas y jurídicas del Estado en relación a la supervisión y control de las relaciones de carácter bilateral, negocial y reglamentaria, ya que interviene el beneficiario y el asegurador; y en torno a este vínculo se presentan circunstancias y situaciones en la prestación del servicio, producto en muchos casos, por la desinformación y excesivo grado de intermediación y tercerización de los vínculos de asistencia médico prestacional contempladas en la ejecución de los planes obligatorios en salud.

De esta forma, las relaciones entre el ciudadano y el Estado están mediadas siempre por las dinámicas de los sectores públicos y privados conjugados dentro de la economía social de mercado, dando parte al liberalismo cambiario y bursátil en las acciones de la protección social en salud (Aguilar, 2015), para bien o para mal, como será explicado en el siguiente apartado.

Las virtudes y las falencias del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)

Gobierno sistémico de la salud en su calidad de derecho y prestación de servicios de salud ha cambiado en muchos aspectos. De éstos vale mencionar, como el sistema general de participación trae consigo la descentralización de las finanzas territoriales, y por ende, el acceso a los recursos, mostrando calidad y cobertura en el mecanismo de protección social universal incluyendo las comunidades indígenas a partir de régimen subsidiado a etnias.

En este sentido, de la gestión y participación financiera se suscita la gobernabilidad, como una virtud en termino de la capacidad del gobierno para impulsar los procesos de atención en salud a partir de un conjunto de materiales normativos, políticos y sociales, que proporcionan a los planes territoriales en salud, de la disponibilidad presupuestal y financiera para el manejo de la inscripción, registro y afiliación, es así que se puede lograr la universalidad y máxima

cobertura a los habitantes del territorio nacional. Vale destacar, que es en virtud del grupo de potestades y garantías gubernamentales que la [Ley 100 \(1993\)](#) y demás normas complementarias coloca a la mano recursos financieros a los ejecutivos territoriales para intervenir y lograr mayor cobertura.

A modo de crecimiento o avance sistémico en salud se resalta la gobernanza, es decir, el conjunto de canales que llevan a un buen término la participación de los actores sociales, entre ellos los indígenas en los procesos de toma de decisiones en los consejos de administración, con el fin de hacer de la protección social un quehacer colectivo integrativo para el mejoramiento de la vida y el restablecimiento de garantías y reclamos.

En cuanto a los datos en materia de atención en servicio de salud, la vinculación jurídica a las entidades promotoras de salud es de un 95 % de toda la población, distribuidos en los nueve (9) regímenes, entre ellos ordinarios, especiales y exceptuados ([Wiesner, 1995](#)), lo cual quiere decir que la protección social en salud alcanza a las etnias en sus condiciones de carencias y pobrezas para que sean intervenidas frente a sus contingencias o daños físicos, mentales y sociales causados por múltiples factores.

A continuación, se exponen las que se consideraron para efectos de este artículo, como fallas y vicisitudes en el sistema general de seguridad social en salud, y las formas que ello transforma la relación entre gobernantes y gobernados, administradores y administrados.

Frente a la responsabilidad del Estado colombiano con las etnias ha faltado en término de la calidad, pertinencia, solidez e inmediatez de los planes obligatorios de salud definir acciones reglamentarias que permita el reconocimiento de derechos diferenciales en la atención del servicio de protección social.

Asimismo, en cuanto al compromiso de corresponsabilidad del Estado frente a la protección social en salud en aras de fortalecer los principios de calidad, eficiencia, eficacia y oportunidad, debe procurar por ser más expeditos en los trámites, ya que muchas veces se constituyen en una barrera social, dado a que existen tipologías de planes y excesivos esquemas de orden administrativos que confunden a los

usuarios y terminan desistiendo de los tramites y su estado patológico evoluciona.

Por otra parte, en función de la calidad y eficiencia de la protección social en el servicio, una de las falencias más evidente de la implementación de la [Ley 100 \(1993\)](#) es el acceso a los medicamentos, tratamientos, cirugías, ortesis, prótesis y citas especializadas, los que son negados a diario por las Empresas promotoras de Salud-EPS, viéndose obligados los usuarios de hacer uso de tutelas las cuales dependen de la autorización de un juez de la república y consolidación de un precedente judicial para resolver controversias y conflictos en el reconocimiento de prestaciones de servicios de protección social en salud de etnias, esto se hace vinculante a las próximas decisiones de los jueces constitucionales.

Como lo expresa [Azuero \(2006\)](#), el origen de lo antes expuesto se refleja básicamente en la tensión constante entre usuarios, EPS, EPSs, EPSI, IPSs, etc., los manejos financieros que se constituyen en el fenómeno de la desfinanciación del sistema, la excesiva desviación de los recursos girados por el Estado, denominado ADRES (Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud), por toda la problemática de generación de facturas, títulos, glosas, descargos, trámites, términos y procedimientos en discusión de prestadores y administradores que vulneran a diario derechos fundamentales garantizados y programados en la Constitución de 1991, por tanto, se recurre a la tutela como un mecanismo de defensa, en la cual se ordena y condenan a cumplir con la prestación optima de servicios a la población indígena y en general ([Blanco y Maya, 2021](#)).

Del lado del paciente, usuario o cliente el hecho de tener que demandar una tutela por servicios requeridos hace que el proceso sea más demorado, tiempo que en la mayoría de los casos resulta inoportuno en la espera para la recepción del tratamiento médico. Siendo así, la acción de tutela implica el cumplimiento de trámites y términos legales ligados al debido proceso y que en ocasiones no son acordes a la realidad del sistema de salud y las necesidades del paciente. Máxime, cuando se acude a ella, sin el acompañamiento adecuado, es decir, surge con ello, la necesidad de una orientación oportuna y la marcación

de una ruta de acción de conocimiento público, que empiece desde la EPS y su equipo médico como una política debidamente institucionalizada dirigida a educar en los servicios de salud.

CONCLUSIONES

Dentro del ámbito sociocultural del derecho a la salud en su ejercicio y operatividad sistemática inciden elementos de carácter jurídico-sociológico expresados en la [Ley 100 \(1993\)](#), los cuales se les consideran preponderante al momento de la resolución de espacios de accesibilidad, cobertura y calidad de los colectivos humanos en sus diferentes grupos etarios, al igual que en el crecimiento poblacional, indicadores antropométricos, y por ultimo, las manifestaciones tradicionales en manteamiento y conservación de la vida planteadas por las comunidades indígenas, todo ello se desarrolla bajo tres grados lógicas las cuales son la política, social y económica de mercados de capitales e inversión en el régimen subsidiado de etnias.

En este sentido, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo ([PNUD, 2002](#)) expresa que los procesos de integración económica permean los actos de libertades cambiarias y en mercados de capitales a partir de la privatización de bienes y servicios, esto es propio de la modernización y actualización del Estado basado en principios de conservación de la vida humana colectiva, y también es parte de ello el establecimiento de modelos económicos de estados intermedios, representados en las finanzas públicas social de mercado, lo cual aduce la concertación de los público y privado, reflejadas en las empresas promotoras de salud, especialmente en lo relativo a la presupuestación establecida por ingresos manejados por el Estado y acompañado de cotizaciones a particulares y administrados por particulares en su mayoría y por los entes públicos.

El gobierno del sistema de seguridad social en salud suele mostrarse a partir de la elaboración de instrumentos y mecanismos de carácter normativo y político que orientan y consolidan la toma decisiones en materia de gestión del desarrollo social comunitario para todos los grupos minoritarios, entre ellos las etnias a partir de la atención que debe brindárseles.

En este sentido, es válido decir que la gobernanza es la realización de la gobernabilidad del ejecutivo en la operatividad del sistema de salud, el cual debe estar dotado de acciones e instrumentos de real eficacia a objeto atender y apoyar al mejoramiento y recuperación de la enfermedad y demás contingencias de las poblaciones indígenas por medio de regímenes, planes, programas, presupuestos y financiación.

Como fue mencionado, el ciudadano es el centro o eje de la gobernabilidad y gobernanza sistémica en salud, por tanto, su participación social directa en la toma de decisiones sobre planes obligatorios en salud, contribuyendo al fortalecimiento del proceso de gestión en la protección social étnica comunitaria, donde cabe indicar que la población indígena por sus características antropológicas, culturales y biológicas, son un tipo de usuario con dimensiones diferenciales desde un corte humanista, con particularidades de orden cultural que en su proceso de salud-enfermedad son permeadas por la tradición.

En cuanto a este tema del régimen jurídico en salud de etnias, dentro de la complejidad instrumental y científica, cabe destacar que éste se constituye en un espacio de encuentro interdisciplinario y de convergencia de diversas corrientes y estructuras de comprensión de lo social en salud, y también es cierto que, tanto en los postulados jurídicos se presenta el pluralismo cultural por la biodiversidad humana y los procesos de atención en salud, alcanzando el reconocimiento del doble carácter en su dimensión social-biológica, la función protagónica que los elementos de integración social desarrollan en su determinación y la multicausalidad jerarquizada que opera en la producción de la salud y la enfermedad colectiva.

Sería relevante cuestionarse sobre la deseabilidad de ciertos remedios puramente económicos en términos de política pública. Si la gobernanza alude a una relación entre los intereses de los gobernantes y los gobernados, habría que dar un papel central a los intereses de los segundos, especialmente en el caso de la salud, de tal manera que aun cuando sean pacientes, los individuos sigan siendo ciudadanos.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que el artículo sometido a evaluación para su publicación en la revista Jurídicas CUC, no presenta ningún conflicto de interés con ellos, la revista, la entidad editora y las entidades financiadoras.

REFERENCIAS

- Aguilar, L. (2015). *Gobernanza y gestión pública*. FCE.
- Alcántara, M. (2019). El proceloso significado de lo político en el siglo XXI. *Revista Analecta Política*, 9(16), 1–8. <https://revistas.upb.edu.co/index.php/analecta/article/view/451>
- Arenas, G. (2017). *El derecho colombiano a la seguridad social*. Legis.
- Azuero, F. (2006). *La tutela y la provisión de la salud en Colombia. Una explicación institucional*. Universidad de los Andes. <http://hdl.handle.net/1992/46389>
- Blanco, J. y Maya M. J. (2021). *Fundamentos de Salud Pública*. CIB.
- Blanco, J. (2018). *Elaboración de proyectos de investigación en derecho*. Ecoe Ediciones.
- Ceballos, J. G. (1997). *Introducción a la sociología*. LOM.
- Corral, H. F. (2008). *Cómo hacer una tesis en derecho: Curso de metodología de la investigación jurídica*. Editorial Jurídica.
- Flórez, E. (2005). *Elementos de ética, filosofía, política y derecho*. El Nacional.
- Gleidhill, J. (2000). *El Poder y sus disfraces, perspectivas antropológicas de la política*. Bellaterra.
- Granados, R. (2005). La promoción de la salud en el siglo XXI. En S. Franco, *La salud Pública Hoy* (pp. 153–194). Universidad Nacional de Colombia. <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/2520>
- Granda, E. (2009). *La salud y la vida* (Vol. 2). Universidad de Cuenca. <https://biblio.flacsoandes.edu.ec/libros/digital/55795.pdf>

- Helfer-Vogel, S. (2009). Investigación en salud pública: El conocimiento para la acción. En E. H. Bonilla, *La investigación* (pp. 369–429). Alfaomega.
- Jaramillo, J. y Melo J. O. (1997). Claves para la enseñanza de la historia. *Revista Colombiana de Educación*, (35), 1–22. <https://doi.org/10.17227/01203916.5421>
- Marín, G. M. (2014). *Tensiones en las decisiones en salud pública en el sistema de salud colombiano: El bien común en confrontación con los intereses y prácticas particulares*. Pulso & Letra Editores.
- Morales, L. (2018). *Salud, salud mental y musicoterapia comunitaria en una comunidad indígena*. EAE.
- Parra, O. (2003). *El Derecho a la salud, en la Constitución, la Jurisprudencia y los instrumentos internacionales*. Defensoría del Pueblo. <https://www.corteidh.or.cr/tablas/27803.pdf>
- PNUD. (2002). *Desarrollo Humano en Chile*. PNUD. https://www.estudiospnud.cl/wp-content/uploads/2020/04/undp_cl_idh_informe_2002.pdf
- República de Colombia. Asamblea Nacional Constituyente. (1991). *Constitución Política de la República de 1991*. Gaceta Constitucional 116 de 20 de julio de 1991. <http://www.secretaria-senado.gov.co/constitucion-politica>
- República de Colombia. Congreso de la República. (2007). *Ley 1122*. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial 46506 de 9 de enero de 2007. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=22600>
- República de Colombia. Congreso de la República. (2001). *Ley 691*. Mediante la cual se reglamenta la participación de los grupos étnicos en el sistema general de seguridad social en Colombia. DO 21 de septiembre de 2001. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=4454>

- República de Colombia. Congreso de la República. (2001). *Ley 715*. Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros. DO 44654 de 21 de diciembre de 2001. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=4452>
- República de Colombia. Congreso de la República. (1993). *Ley 100*. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. DO 41148 de 23 de diciembre de 1993. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=5248>
- República de Colombia. Corte Constitucional de Colombia. (2010). *Sentencia C-063*. Magistrado Ponente Humberto Antonio Sierra Porto. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2010/C-063-10.htm>
- República de Colombia. Presidencia de la República. (2007). *Decreto 3039*. Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. DO 46716 de agosto 10 de 2007. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=26259>
- República de Colombia. Presidencia de la República. (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. DO 39493 de 6 de agosto de 1990. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201811%20DE%201990.pdf
- República de Colombia. Presidencia de la República. (1975). *Decreto 056*. Por el cual se sustituye el Decreto-Ley número 654 de 1974 y se dictan otras disposiciones. DO 34260 de 19 de febrero de 1975. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=73153>
- Restrepo, J. (2012). *Dimensión jurídico antropológica de la política pública en salud*. Universidad Sergio Arboleda.

- Ríos, L. E., Álvarez, A. J., Escobar, J. P., Corrales, D. A. y Escobar M. (2002). Situación de salud de las comunidades indígenas nasas, Santander de Quilichao, Cauca, Colombia, 1999-2000. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 20(2), 35–49. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/829>
- Wiesner, E. (1995). *La descentralización, el gasto social y la gobernabilidad en Colombia*. DNP/ANIF/FINDETER.

* Artículo derivado del proyecto de investigación titulado “Dimensión jurídico social de la seguridad alimentaria y nutricional en el modelo de Estado”, financiado a través de la Convocatoria Interna de la Universidad del Atlántico para el fortalecimiento de la Red Institucional de Semilleros de Investigación (REDISIA)-2021.

Jorge Luis Restrepo Pimiento es Doctor en Derecho. Doctor Seguridad Social. Magíster en Derecho. Magíster Salud Pública. Abogado. Investigador y docente titular de carrera en la Universidad del Atlántico (Colombia). Grupo de Investigación INVIUS. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6285-7793>

Lisette Hernández-Fernández es Doctora en Ciencias Humanas. Magíster en Gerencia de Empresas, Mención Financiera. Magíster en Economía, Mención Macroeconomía y Política Económica. Economista. Docente-Investigadora de la Universidad del Atlántico (Colombia). Profesora Emérita de la Universidad del Zulia (Venezuela). Grupo de Investigación “Economía de la Educación”. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0839-6057>

Diego Enrique Cruz Mahecha es Doctor en Derecho. Doctor Filosofía. Magister en Derecho Constitucional. Abogado. Investigador y docente de planta de la Universidad Libre (Colombia). Grupo de Investigación INVIUS. ORCID <https://orcid.org/0000-0002-8147-152X>