

T-349-25

REPÚBLICA DE COLOMBIA

CORTE CONSTITUCIONAL

Sala Segunda de Revisión

Sentencia T-349 de 2025

Referencia: expediente T- 10.653.779

Acción de tutela instaurada por Gloria, en calidad de agente oficiosa de Enrique, contra MALLAMAS EPS-I[1]

Tema: carencia actual de objeto por fallecimiento del agenciado – daño consumado –, derecho a la salud con perspectiva étnica de las comunidades indígenas

Magistrado ponente: Juan Carlos Cortés González

Bogotá D.C., veinte (20) de agosto de dos mil veinticinco (2025)

La Sala Segunda de Revisión de la Corte Constitucional, integrada por la magistrada Lina

Marcela Escobar Martínez y por los magistrados Vladimir Fernández Andrade y Juan Carlos Cortés González, quien la preside, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, específicamente de las previstas en los artículos 86 y 241.9 de la Constitución y 32 y siguientes del Decreto 2591 de 1991, ha dictado la presente

SENTENCIA

En el trámite de revisión del fallo emitido el 4 de septiembre de 2024 por el Juzgado 001 Civil Municipal de Leticia, que declaró la improcedencia de la acción de tutela presentada por Gloria, en calidad de agente oficiosa de Enrique, contra MALLAMAS EPS-I.

Síntesis de la decisión

¿Qué estudió la Corte?

La Sala Segunda de Revisión estudió una acción de tutela presentada por una agente oficiosa con el fin de que se protegieran los derechos fundamentales a la salud, a la vida, a la integridad personal, a la seguridad social, a la dignidad humana y a la igualdad de una persona indígena. La agente oficiosa pretendía que se remitiera al agenciado a un centro de salud de tercer nivel de complejidad, junto con su acompañante, pues la EPS argumentaba que no había disponibilidad de camas en las IPS con las que se tenía convenio.

La Sala encontró que se configuraba la carencia actual de objeto por daño consumado, toda vez que: (i) el agenciado falleció; (ii) dicha variación en los hechos implicó que ya no era posible acceder a las pretensiones de la demanda; y (iii) la alteración en los hechos, es decir, el fallecimiento del actor, es atribuible a una conducta reprochable de la parte accionada. Esto último por cuanto se consideró que aunque fue voluntad del paciente no recibir tratamiento médico para su diagnóstico y no ser asistido médicamente por parte de la IPS que tenía convenio con la EPS demandada, la EPS accionada y las IPS vinculadas incumplieron su deber de garantizar una atención integral e intercultural en salud. Además, de no probar que se dio información clara, veraz y confiable para que el paciente tomara la decisión de desistir voluntariamente de los servicios de salud que se prestaban por cada una de las IPS en su momento.

Así las cosas, esta Sala revisó el asunto de fondo, después de encontrar acreditados los requisitos de procedibilidad de la acción constitucional, con el fin de, principalmente, desarrollar el contenido objetivo del derecho fundamental a la salud, particularmente en lo relativo a los pueblos indígenas y la obligación de los actores del sistema de salud de asegurar una prestación con enfoque diferencial y pertinencia étnica.

En ese sentido, la Sala se refirió: (i) al reconocimiento y la protección de la diversidad étnica y cultural de los pueblos indígenas; (ii) al derecho fundamental a la salud y su garantía a la población indígena bajo un enfoque de pertinencia étnica; (iii) a los principios y derechos fundamentales asociados al desistimiento informado de tratamientos médicos; y (iv) solucionó el caso concreto.

Además, se pronunció brevemente sobre la forma en que las entidades estatales y las propias comunidades indígenas están gestionando las muertes de personas indígenas, así como las barreras que enfrenta la población indígena para registrar de manera oportuna

y adecuada el fallecimiento de sus miembros.

¿Qué decidió la Corte?

La Sala decidió confirmar la sentencia de única instancia por haber operado el fenómeno de la carencia actual de objeto, pero con base en las consideraciones consignadas en esta providencia.

Adicionalmente, adoptó una serie de órdenes dirigidas a proteger de manera efectiva los derechos fundamentales a la salud, a la autonomía y a la integridad cultural de los pueblos indígenas, así como a garantizar el acceso al sistema de salud bajo un enfoque intercultural. Igualmente, tomó medidas orientadas a resolver la problemática relacionada con el registro civil de defunción de personas indígenas.

I. ANTECEDENTES

Aclaración previa[2]

Debido a que la presente providencia contiene información sobre la historia clínica del agenciado, como medida de protección de su intimidad, es necesario ordenar que se suprima su nombre y otros datos que lo puedan identificar, pues esta es información sensible conforme al artículo 5° de la Ley 1581 de 2012. Así, esta sentencia tendrá dos versiones. Una en la que se anonimizará el nombre del accionante, que la Secretaría General de la Corte Constitucional remitirá a las partes y autoridades públicas involucradas; y otra, reservada, que no contendrá los datos reales y seguirá el canal previsto por esta

Corporación para la difusión de información pública.

1. Hechos y pretensiones de la acción de tutela[3]

1. Hechos. El señor Enrique de 55 años de edad, quien se reconocía como indígena de la etnia Miraña, residenciado en la comunidad indígena de Las Palmas, Amazonas, y que se encontraba afiliado a la E.P.S. indígena MALLAMAS (MALLAMAS EPS-I), fue diagnosticado el 8 de junio de 2024 con “tumor maligno de la cabeza del páncreas” y, posteriormente, con “tumor maligno de otras partes especificadas del páncreas y obstrucciones del intestino”[4].

2. Gloria, quien actuó como agente oficiosa de su hermano Enrique, manifestó que el agenciado se encontraba internado en el Hospital San Rafael de Leticia, y que el médico tratante había ordenado la remisión del paciente a una institución de tercer nivel de complejidad con carácter de urgencia vital, “mediante un vuelo ambulancia medicalizado junto con un acompañante”. No obstante, MALLAMAS EPS-I negó la prestación del servicio de transporte, alojamiento y alimentación para el acompañante, e informó la imposibilidad del traslado del paciente por falta de camas en la IPS receptora.

3. Derechos y pretensiones. El 22 de agosto de 2024 la agente oficiosa instauró acción de tutela por la presunta vulneración de los derechos fundamentales a la salud, a la vida, a la integridad personal, a la seguridad social, a la dignidad humana y a la igualdad de su hermano. Solicitó que se ordenara a MALLAMAS EPS-I (i) remitir a Enrique por medio de un vuelo ambulancia medicalizado a una institución de tercer nivel de complejidad y que se le asignara una cama de manera urgente, y (ii) garantizar la prestación de los servicios de transporte, alojamiento y alimentación de un acompañante, durante todo el periodo en el que el agenciado permaneciera en la ciudad de remisión.

2. Actuaciones en sede de tutela

4. Auto admisorio, contestaciones en sede de instancia y otros[5]. El 22 de agosto de 2024, el Juzgado 001 Civil Municipal de Leticia admitió la acción de tutela, corrió traslado a la entidad accionada y vinculó oficiosamente al Hospital San Rafael de Leticia, con el fin de que se pronunciaran sobre los hechos y pretensiones de la acción constitucional. Adicionalmente, el juzgado concedió la medida provisional solicitada y, en consecuencia, ordenó a MALLAMAS EPS-I que “iniciara de forma inmediata con las acciones administrativas tendientes a lograr la evacuación del accionante, en las condiciones y para la especialidad dispuesta por el galeno tratante, con acompañante, asumiendo además los servicios complementarios de alojamiento, alimentación y transporte aéreo y terrestre [cuando ello fuera necesario]”. La entidad demandada y la vinculada contestaron lo siguiente:

(i) MALLAMAS EPS-I[6] informó que el agenciado fue diagnosticado con “Tumor maligno de cabeza de páncreas” en el mes de julio de 2024 y, por lo tanto, fue valorado por la especialidad de cirugía oncológica, en la cual se determinó un diagnóstico de “[a]denocarcinoma de páncreas irresecable metastásico por compromiso de cava inferior”, proponiéndose por el médico un “tratamiento de inducción”[7]. No obstante, el paciente no aceptó someterse a procedimiento alguno para su enfermedad, pues sus creencias y costumbres no le permitían realizarse tratamientos médicos diferentes a los de sus ancestros, por lo que firmó un consentimiento en ese sentido que solicitó se respetara. La EPS adjuntó como prueba dicho desistimiento voluntario del paciente[8].

Así las cosas, indicó que la remisión no se pudo llevar a cabo porque ninguna IPS[9] aceptó la remisión del paciente, al ser necesario para la cirugía de obstrucción que el usuario se trataba el cáncer que tenía como diagnóstico principal, pues era este mismo el que le causaba la obstrucción intestinal. Además, señaló que los especialistas de gastroenterología

manifestaron no poder realizar dicha cirugía por no ser la especialidad competente para tratar el cáncer.

Finalmente, argumentó que los médicos tratantes del Hospital San Rafael de Leticia señalaron que el paciente no aceptó remisión para quimioterapias o radioterapia con el fin de tratar su diagnóstico de cáncer y, en cambio solicitó tratamiento para la obstrucción intestinal. A lo que se reiteró que la obstrucción que presentaba el agenciado era originada por el cáncer de páncreas, siendo necesario el manejo por oncología y no por gastroenterología. Con todo, la accionada allegó la historia clínica y el historial de los servicios y tecnologías autorizadas y prestadas al usuario.

(ii) El Hospital San Rafael de Leticia[10] refirió que legalmente son las EPS las responsables de organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del plan de salud obligatorio a sus afiliados y que, para el cumplimiento de esta misión, la E.S.E. Hospital San Rafael de Leticia presta sus servicios integrales de salud en el momento en que las mismas lo requieran y autoricen, teniendo en cuenta los servicios habilitados.

De esta forma, indicó que el 12 de agosto de 2024, como IPS solicitó ante MALLAMAS EPS-I la remisión del paciente a una institución de mayor nivel de complejidad, para que fuera atendido por la especialidad de cirugía general. No obstante, aunque el 13 de agosto se le asignó cama por parte de la Clínica Meta de Villavicencio, la familiar que se encontraba con el paciente manifestó no poder viajar con él, por lo que se brindó apoyo por parte del área de trabajo social para buscar a otro familiar, pero cuando se requirió de nuevo a la institución, se indicó que por demora en el traslado se tuvo que habilitar la cama a otro usuario.

En ese sentido, concluyó que siempre brindó los servicios de salud integral al paciente de acuerdo con los servicios habilitados como institución prestadora de salud de segundo nivel

de complejidad y que para el momento en que se presentó la acción de tutela, esta lo seguía atendiendo. Anexó la historia clínica del paciente y la bitácora de las acciones realizadas.

5. Decisión judicial de única instancia[11]. Surtido el trámite de rigor, mediante sentencia del 4 de septiembre de 2024, el Juzgado 001 Civil Municipal de Leticia declaró la improcedencia de la acción de tutela debido a la carencia actual de objeto, porque la accionada había garantizado al agenciado los servicios médico-asistenciales requeridos, y porque el señor Enrique se negó a recibir la atención en salud pues este declaró por escrito que no deseaba recibir tratamiento para su patología, porque sus usos y costumbres no se lo permitían y, por tanto, solicitó lo retornaran desde Bucaramanga hasta la ciudad de Leticia, junto con su acompañante.

7. Con todo, el juez invitó al agenciado a que revocara ante la EPS el documento en el que se negaba a iniciar tratamiento para su patología, siempre y cuando su deseo fuera el de iniciar tratamiento mediante la medicina occidental. Y, asimismo, le sugirió a la parte accionada que, si llegase a presentarse dicha manifestación por parte del paciente, se procediera de manera inmediata a continuar con el suministro de las prestaciones en salud que los médicos tratantes ordenaran.

8. Finalmente, el juzgado negó la pretensión de ordenar el tratamiento integral solicitado y dispuso la desvinculación de la E.S.E. Hospital San Rafael de Leticia, por no observarse que esta institución estuviera obligada a la prestación de los servicios requeridos en la acción constitucional.

3. Actuaciones en sede de revisión

9. Mediante Auto del 29 de noviembre de 2024[12], la Sala de Selección Número Once del mismo año escogió el expediente T- 10.653.779 para revisión[13]. El 13 de diciembre de 2024, la Secretaría General de esta Corte lo remitió al despacho del magistrado sustanciador para lo de su competencia[14].

10. Primer auto de pruebas[15]. Por medio de Auto del 16 de enero de 2025, el despacho sustanciador resolvió: (i) decretar la práctica de testimonio de la agente oficiosa, (ii) solicitar a MALLAMAS EPS-I la historia clínica del accionante y que respondiera algunos interrogantes relacionados con el asunto, (iii) ordenar al juzgado de única instancia que allegara la constancia, transcripción o grabación de la llamada sostenida por la secretaria del despacho con el agenciado, (iv) indagar a entidades con funciones constitucionales y legales en la materia, sobre información actualizada y relacionada con el tema objeto de revisión y, (v) invitar a instituciones públicas y privadas para que presenten concepto sobre la temática del caso[16].

11. Diligencia de testimonio de la agente oficiosa. El 22 de enero de 2025, la magistrada auxiliar Laura Patricia Ospina Mejía emitió auto[17] en el que citó a la señora Gloria para que rindiera testimonio el día 29 de enero de 2025 a las 10:00 a.m. a través de la plataforma digital Teams[18]. Aunque en los días previos a la realización de la diligencia se mantuvo comunicación con la agente oficiosa vía WhatsApp, para verificar la notificación realizada por medio del correo electrónico y recordarle la citación, la señora Gloria no se presentó a la diligencia.

12. Recepción de pruebas. MALLAMAS EPS-I, el Juzgado 001 Civil Municipal de Leticia, el Ministerio de Salud y Protección Social, el ICANH (Instituto Colombiano de Antropología e Historia) y la Universidad Nacional allegaron su respuesta y material probatorio a esta Corporación. No obstante, la Dirección de Asuntos Indígenas, Rom y Minorías del Ministerio

del Interior, la Secretaría de Salud Departamental del Amazonas y la Secretaría de Desarrollo Social y Dirección de Salud de Leticia guardaron silencio. Los demás invitados a conceptuar no se manifestaron de forma alguna.

Tabla 1. Intervenciones del primer auto de pruebas

MALLAMAS EPS-I [19]

Indicó que, de acuerdo con historia clínica de la Fundación Cardiovascular, Hospital Internacional de Colombia, el 10 de julio de 2024 se llevó a cabo, por primera vez, consulta de oncología clínica. En aquella cita se emitió el diagnóstico de “tumor maligno de la cabeza del páncreas”, en razón a los exámenes de biopsia realizados al paciente el 8 de junio de 2024. Además, señaló que el día 13 de agosto de 2024 se allegó nota de evolución a la EPS en la que se informó por parte del Hospital San Rafael de Leticia que el usuario presentaba el diagnóstico de “otras obstrucciones del intestino”.

Sumado a lo anterior, refirió que otros diagnósticos emitidos al agenciado y relacionados con los antes mencionados son los siguientes: (i) “tumor de comportamiento incierto o desconocido del hígado, de la vesícula biliar y del conducto bilis” del 18 de abril de 2024; (ii) “depleción del volumen” y “otros dolores abdominales y los no especificados” del 10 de agosto de 2024; (iii) “ictericia no especificada” del 11 de agosto de 2024; y (iv) “desnutrición proteico calórica, no especificada” del 28 de agosto de 2024.

En cuanto al conocimiento del estado de salud del agenciado, la EPS manifestó que el 3 de septiembre de 2024, se le autorizó “internación adultos complejidad mediana habitación múltiple en E.S.E. Hospital San Rafael de Leticia”[20]. No obstante, el día 31 de agosto de 2024 el paciente había manifestado al Hospital San Rafael de Leticia el deseo de morir en su casa, y por consiguiente se hizo cierre de la historia clínica. La nota que se envió a la EPS por el hospital es la siguiente:

“[P]aciente con antecedente conocido quien se niega a recibir tratamiento y no desea seguir esperando hospitalización, solicita retiro voluntario, se explica al paciente y familiar la consecuencias de la decisión que ha tomado, refiere entender y aceptar. Manifiesta paciente que desea ir a morir a su casa en Pedrera, se hace cierre de historia clínica”[21].

La EPS informó que, como parte del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI), cuenta con un modelo propio denominado Tejido del Modelo Propio e Intercultural de Atención en Salud (TEMPIAS)[22], el cual está diseñado para articular los principios de la medicina occidental con la cosmovisión de los pueblos indígenas. Así, expuso que frente a los casos en los que un usuario manifiesta su decisión de desistir voluntariamente de un tratamiento médico por razones culturales, la EPS adopta las siguientes acciones como parte del enfoque diferencial:

1. Concertación y mediación: se brinda información clara, comprensible y culturalmente adecuada sobre las implicaciones y consecuencias de desistir del tratamiento.
2. Documentación formal: si el usuario decide continuar con el desistimiento, se registra su decisión mediante un consentimiento informado en el que consten las alternativas ofrecidas y la aceptación de los riesgos asociados tal y como lo describe la normatividad vigente.
3. Articulación con la red prestadora: la red de Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), articulada bajo el modelo TEMPIAS, está capacitada y acompañada para atender este tipo de situaciones, garantizando el respeto por las decisiones del usuario y documentando los casos conforme a los protocolos establecidos por la institución en el marco de la normatividad vigente.

No obstante lo antes referido, la EPS también argumentó que: (i) los procedimientos y protocolos para los casos de desistimiento son propios de las IPS, pues estas inician brindando atención de trabajo social y explicando las consecuencias de firmar el desistimiento respecto de las atenciones médicas; (ii) cada IPS cuenta con formatos de desistimiento propios que son diligenciados por los usuarios al momento de negarse a recibir las atenciones o continuar con los tratamientos; (iii) el médico tratante es quien está llamado a informar y concientizar sobre el alcance del desistimiento, debido a que es este quien conoce de las implicaciones y causas en la salud de cada paciente; (iv) el médico tratante es quien debe registrar las consecuencias probables y graves que se podrían presentar por la decisión del paciente; y (v) el desistimiento debe quedar por escrito y debe ser clara la constancia del estado mental del paciente al momento de expresar su decisión.

Adicionalmente, indicó que conforme a su modelo TEMPIAS, la EPS garantiza el acceso a los servicios de salud con enfoque diferencial a la población indígena vinculada mediante las siguientes estrategias:

1. Enfoque diferencial en el acceso a servicios: se priorizan las necesidades, creencias y cosmovisiones de las comunidades indígenas, adaptando la oferta de servicios de salud a sus prácticas tradicionales. Los servicios se articulan con los saberes ancestrales a través de la participación de sabedores tradicionales, parteras, médicos tradicionales y otros actores clave en el ámbito comunitario que provee los territorios.
2. Modelo TEMPIAS: el TEMPIAS permite integrar las acciones de la red prestadora con las dinámicas propias de los territorios indígenas. Esto asegura que los servicios ofrecidos sean culturalmente apropiados, oportunos y pertinentes según la capacidad instalada. Se implementan estrategias de acompañamiento continuo, incluyendo gestores

interculturales en los territorios que se priorice la necesidad, los cuales facilitan el entendimiento entre la medicina occidental y la medicina ancestral.

En ese sentido, precisó que en el caso concreto la EPS: (i) se articuló con la IPS correspondiente para que el paciente recibiera la información necesaria sobre su condición de salud y las alternativas terapéuticas disponibles; (ii) realizó el acompañamiento al usuario, respetando su decisión y ofreciendo un espacio de diálogo con su familia y comunidad; y (iii) se registró la decisión del usuario conforme a los lineamientos de la normatividad vigente, y se dejó constancia del respeto a su autonomía cultural y de las alternativas ofrecidas.

Finalmente, la EPS expuso el proceso médico que se llevó a cabo con el agenciado en razón a sus diagnósticos. De esa forma, comunicó que:

1. En el mes de abril de 2024, la EPS autorizó que el señor Enrique recibiera atención integral en Inversiones Clínica Meta por sospecha de “una patología tumoral obstructiva: neoplasia peri ampular a confirmar – probable compromiso de colédoco distal”.
2. En dicha IPS se realizaron los procedimientos de “Colangio-Pancreatografía Retrograda Endoscópica [y] cambio de stent biliar” y se dio egreso al paciente con solicitud de valoración por especialista en cirugía hepatobiliar.
3. La EPS autorizó el servicio de consulta de primera vez por especialista en cirugía hepatobiliar en la Fundación Cardiovascular de Colombia -ubicada en la ciudad de Bucaramanga-, la cual se programó para el día 28 de mayo de 2024. Para asistir a esta cita, se garantizó el traslado aéreo al paciente y su acompañante, además de un hogar

de paso.

4. El paciente ingresó el 30 de mayo a la Fundación Cardiovascular de Colombia, y permaneció hospitalizado hasta el 21 de junio de 2024.

5. Posteriormente, se dio autorización para la consulta de control con la especialidad de cirugía hepatobiliar en la Fundación Cardiovascular de Colombia, que se llevó a cabo el día 10 de julio de 2024 en la ciudad de Bucaramanga. En esta cita médica quedó reportado que el agenciado se encontraba diagnosticado con “adenocarcinoma de páncreas irresecable por compromiso de cava inferior”, por lo que se consideró el caso “como bordelinde con propuesta de tratamiento de inducción”. No obstante, el médico tratante registró que el paciente no aceptó el tratamiento de quimioterapia por sus creencias culturales y, por lo tanto, dejó constancia de que la voluntad del agenciado era intentar un tratamiento alternativo, a lo que el médico indicó que no recomendaba dicha conducta, pero el usuario se mantuvo en su decisión.

6. El 18 de julio de 2024, la EPS recibió un correo electrónico por parte del hogar de paso Fundación Montañas Azules, en el cual se indicó que se solicitaban pasajes de regreso a Leticia del paciente Enrique y su acompañante, pues el primero había sido dado de alta ese mismo día, debido a que rechazó el tratamiento médico de quimioterapia conforme sus creencias culturales y los especialistas respetaban dicha decisión. En esta ocasión, se adjuntó por el hogar de paso carta firmada por el paciente, con fecha del 18 de julio de 2024, en la que desistía del tratamiento, la cual a su vez la EPS anexó en su contestación y se transcribe a continuación:

“Señores Mallamas. Yo Enrique con cc. 123 informo a ustedes que rechazo cualquier tipo de tratamiento para la enfermedad que padezco ya que mis creencias y mis costumbres no me permiten intentar ningún tipo de tratamiento que no sea de mis ancestros por tanto solicito respetar mi decisión y nos retornen a mí y a mi acompañante a nuestra ciudad

Leticia, Amazonas. Muchas gracias”[23].

7. En razón a lo anterior, la EPS autorizó el traslado aéreo del agenciado hasta su domicilio con su familiar acompañante.

8. Luego, el 10 de agosto de 2024, el usuario ingresó al servicio de urgencias del Hospital San Rafael de Leticia por presentar un cuadro clínico de vómito y dolor abdominal, por lo cual el 12 del mismo mes, dicho hospital solicitó remisión del paciente.

9. Por último, el 31 de agosto de 2024, el Hospital San Rafael de Leticia informó a la EPS que el agenciado había firmado su salida voluntaria de la institución presentadora del servicio de salud. Al respecto se dejó nota médica de hospitalización que se transcribió anteriormente[24].

Con la contestación a las preguntas realizadas en el auto de pruebas, la EPS remitió historia clínica del paciente, en la cual además de lo ya señalado, se encuentra que el 30 de agosto de 2024, el médico tratante del Hospital San Rafael de Leticia dejó la siguiente anotación:

“[P]aciente masculino de 54 años de edad, con antecedentes y Dx ya descrito. Se recibe comunicación por parte de EPS, donde manifiestan que el paciente ya estuvo remitido, por su antecedente oncológico, y se negó al tratamiento por creencias propias, se insiste en que el paciente está siendo remitido por cuadro de obstrucción intestinal, paciente se encuentra con dieta líquida a pesar de los episodios eméticos[25], debido a que la institución no cuenta con nutrición parenteral[26], paciente continua pendiente de remisión, a cirugía general 3er nivel, con acompañante en vuelo ambulancia, se comenta

conducta con el paciente refiere “entender y aceptar”[27].

Juzgado 001 Civil Municipal de Leticia[28]

Remitió constancia secretarial suscrita por la oficial mayor de ese despacho, con fecha del 24 de enero de 2025, en la cual se indicó que el día 1 de septiembre del 2024, acatándose orden del juez, la oficial mayor se comunicó directamente con el señor Enrique para saber si se había cumplido con la medida provisional ordenada en el auto admisorio de la acción de tutela, a lo que el agenciado manifestó “que ya no se encontraba en el Hospital San Rafael de Leticia, pues había firmado salida voluntaria porque no se le suministraba alimento vía oral, por presentar obstrucción y eso lo estaba matando de hambre”.

A su vez, refirió que en la llamada se le preguntó sobre su negativa de recibir tratamiento médico, a lo que el señor Enrique contestó “de manera afirmativa”. En razón a lo anterior, la oficial mayor indicó que le explicó al agenciado el alcance que tenía mantener dicha decisión y aunque el señor Enrique quedó de acercarse al juzgado con el fin de realizar documento que revocara su desistimiento de acceder a cualquier tipo de procedimiento médico diferente al de sus ancestros, aquel nunca se presentó.

El juzgado anexó el manuscrito del agenciado en el que rechaza “cualquier tipo de tratamiento para la enfermedad que pade[ce]”, el cual es el mismo que refirió MALLAMAS EPS-I.

Ministerio de Salud y Protección Social [29]

Informó que la Dirección de Promoción y Prevención no tiene conocimiento de la existencia de un modelo o ruta específica de articulación entre la etnia Miraña del departamento de Amazonas y Entidades Prestadoras de Salud Indígenas – EPSI.

Por otro lado, indicó que desde el Ministerio se han orientado a los actores del sistema para que implementen en sus planes de acción los procesos de adaptabilidad, teniendo en cuenta la participación de la comunidad en la construcción de estas propuestas. Entre ellas, por ejemplo, se refirió a la adecuación en la modalidad de prestación de servicios en las intervenciones individuales y en las colectivas, que permitan generar diálogos de saberes con los agentes de la medicina ancestral para reconocer y reforzar prácticas de cuidado o resignificarlas.

Además, señaló que las gestiones aportadas desde el ámbito de las competencias del Ministerio corresponden al diseño de propuestas de articulación en dichos procesos de adaptabilidad, dando acompañamiento a las entidades territoriales, pues estos implican un trabajo directo que debe ser liderado por las Direcciones Territoriales de Salud de orden departamental, en el marco de sus competencias de autoridad sanitaria, y de manera conjunta con los demás agentes del sistema en su territorio.

Instituto Colombiano de Antropología e Historia – ICANH[30]

Afirmó que de acuerdo con el registro del Dane del año 2018, la población Miraña se encuentra conformada por 759 personas, quienes habitan principalmente en el departamento del Amazonas (con 722 personas), en los municipios de la Pedrera, Leticia, Puerto Santander y Tarapacá. La mayoría vive en la zona rural dispersa (429 personas). La población indígena que habita en territorios colectivos titulados bajo las figuras de resguardo en su mayoría se encuentra en el resguardo Mirití Paraná (161 personas).

Respecto a su modo de vida, el ICANH precisó que los pueblos indígenas del sistema regional del Noroeste amazónico se basan en el conocimiento y manejo de la selva húmeda tropical, tienen una organización social con alta dispersión poblacional y un sistema de subsistencia basado en la horticultura itinerante y las actividades de caza, pesca y recolección. Además, poseen un sistema simbólico en el que toman importancia figuras mitológicas que dieron origen al mundo. En el caso de los Miraña, este ser es nombrado como “Niimúe”. Y, en cuanto al manejo territorial, comparten la perspectiva de

la existencia de dueños espirituales de la selva con quienes se deben mantener rituales de reciprocidad y compensación que permiten el sustento de la vida.

El ICANH explicó cómo el pueblo Miraña se ha tenido que adaptar territorialmente a través del tiempo y, de esa forma, enfatizó que actualmente se encuentra disperso. No obstante, reconoció que existe población que habita en el río Caquetá y que está organizada políticamente en la Asociación de Autoridades Tradicionales Indígenas Bora Miraña (PANI), la cual fue reconocida en el año 2020 por el Ministerio del Interior. También indicó que gran parte del territorio tradicional que reivindica esta asociación está inmerso en el Parque Nacional Cahuinari, creado en el año 1987.

Sobre los desafíos de la implementación de sistemas de salud intercultural, manifestó que con el Plan de Vida de la organización PANI (2013), el 93,1 % de los miembros del pueblo Miraña estaban afiliados a las EPS Mallamas y Caprecom, pero no existe alguna forma de articulación entre la medicina tradicional y el sistema de salud nacional. En ese sentido, se expuso que bajo la concepción de la medicina tradicional indígena del pueblo Miraña, la salud no se limita al bienestar del individuo, sino que es entendida como un equilibrio dinámico que involucra tanto el cuerpo como las relaciones sociales y territoriales. Por lo tanto, la enfermedad se percibe como una alteración de este equilibrio, que puede afectar tanto al individuo como al grupo social. El pueblo Miraña comprende la alimentación como el nodo que condensa las relaciones entre el cuerpo individual, la comunidad y el territorio. El territorio no solo es el espacio físico que habitan, sino que se entiende como el “cuerpo” de la humanidad. En consecuencia, las normas asociadas con el manejo territorial son fundamentales para comprender las dinámicas de la enfermedad y la curación entre los Miraña.

La curación entre los Miraña no se entiende simplemente como un proceso biológico, sino como una negociación espiritual con los dueños espirituales de la selva. Los payés, quienes actúan como intermediarios entre los humanos y los seres espirituales,

desempeñan un papel fundamental en este proceso. La enfermedad es vista como una perturbación causada por estos “dueños” que, al sentirse ofendidos o desatendidos, pueden querer “cazar” a la gente y, como resultado se generan desequilibrios en la salud de las personas. La curación, entonces, requiere de una restauración del orden, a través de rituales y prácticas específicas que implican la mediación o “negociación” con estos seres. Estos rituales tienen una adscripción territorial y comunitaria, pues deben realizarse en lugares simbólicamente vinculados al bienestar colectivo.

Con todo, el ICANH concluyó que al analizar la visión cultural Miraña sobre la salud y la enfermedad, así como las posibilidades de curación que dependen del vínculo entre la persona, la comunidad y el territorio, se evidencia un gran desafío estructural en la articulación con el sistema de salud nacional, pues si bien los centros de salud en la Amazonía como Leticia y Mitú han adelantado esfuerzos de diálogo y articulación intercultural, se trata de centros de salud de baja complejidad. Cuando los indígenas se enferman y requieren de atención especializada y de alta complejidad deben ser llevados a ciudades como Bogotá y Villavicencio, que no tienen un diálogo intercultural en la atención médica. Todo lo anterior lleva a una incompatibilidad fundamental entre la visión cultural indígena sobre las posibilidades de curación -que deben ocurrir en el contexto comunitario y territorial- y las alternativas de tratamiento ofrecidos por el sistema de salud nacional -que obligan a los indígenas a alejarse de sus comunidades y de su contexto cultural-.

Además, refirió que la atención médica en las ciudades se ve afectada por barreras burocráticas, ya que los procesos administrativos, la obtención de documentos, órdenes, autorizaciones, suelen ser poco comprensibles para la población indígena que no está familiarizada con ellos, lo que añade una capa de incertidumbre y sufrimiento a las personas enfermas.

Por lo tanto, señaló que no es extraño que entre más grave sea la dolencia de un indígena Miraña, mayor sea su insistencia en permanecer en su localidad. Pues, lejos de su comunidad y su territorio están enajenados de la posibilidad de interlocución frente a los

dueños espirituales causantes de la enfermedad y como consecuencia conciben que al irse a recibir tratamiento a la ciudad no sólo no obtendrán curación, sino que morirán en soledad. En consecuencia, con frecuencia solicitan permanecer en sus tierras porque prefieren morir en su casa, rodeados de su familia y en el medio cultural que conocen. La buena muerte entre los Miraña ocurre en el medio comunitario, donde la colectividad conoce los procedimientos rituales que permiten al espíritu del muerto despedirse de la mejor manera de este mundo. Las personas temen morir lejos y que sus espíritus no descansen en estos lugares desconocidos, lo que los lleva a rechazar la atención médica.

Por último, el ICANH se refirió a los reclamos que han hecho diversos pueblos de la Amazonía con el fin de tener hospitales de alta complejidad en sus localidades y la negativa sistemática que se les ha dado bajo el argumento de que no existe la densidad de población suficiente para realizar estos centros de salud. Al respecto consideró que, bajo dicha perspectiva, la Amazonía nunca tendrá hospitales y especialistas, debido a que históricamente lo que funciona en la región es un patrón de asentamiento disperso.

Universidad Nacional de Colombia[31]

Informó que el Departamento de Derecho y Antropología no cuenta con expertos que puedan realizar un concepto que resuelva dudas sobre la relación entre la medicina tradicional y la occidental. No obstante, se allegaron múltiples materiales bibliográficos que se relacionan con el tema motivo de solicitud.

13. Segundo auto de pruebas[32]. En razón a que no se pudo practicar el testimonio de la agente oficiosa porque esta no se presentó a la diligencia, el despacho ponente resolvió emitir otro auto de pruebas el 10 de febrero de 2025, en el cual: (i) formuló algunas preguntas en forma de cuestionario a la agente oficiosa para conocer cómo ha sido la prestación del servicio de salud para el agenciado, cuál es la situación actual de salud de este, cuáles son las razones que la llevaron a interponer la tutela, entre otras; (ii) ofició a la Oficina de Asuntos Indígenas, Rom y Minorías del Ministerio del Interior para que informara a qué resguardo indígena pertenecía el agenciado; y (iii) ordenó a la Registraduría Nacional

del Estado Civil que certificara si el agenciado se encontraba vivo.

14. Recepción de pruebas. La Registraduría Nacional del Estado Civil allegó la certificación solicitada, mientras que la Oficina de Asuntos Indígenas, Rom y Minorías del Ministerio del Interior guardó silencio nuevamente. La agente oficiosa no emitió respuesta alguna.

Tabla 2. Intervención del segundo auto de pruebas

Registraduría Nacional del Estado Civil[33]

Informó que consultado el ANI (Archivo Nacional de Identificación) se evidenció que la cédula de ciudadanía No. 123 expedida en 1997 en Leticia – Amazonas, a nombre de Enrique, se encuentra vigente. Además, señaló que no se encontró información sobre registro civil de defunción a su nombre.

15. Constancia de comunicación vía telefónica con la agente oficiosa[34]. El 28 de febrero del año en curso, la magistrada auxiliar Laura Patricia Ospina Mejía mantuvo conversación vía telefónica con la señora Gloria, quien obra como agente oficiosa en el expediente de la referencia. La llamada se llevó a cabo con la finalidad de contactarla, toda vez que esta no asistió a la citación de testimonio que se realizó por medio de auto del 16 de enero de 2025, ni tampoco allegó respuesta a las preguntas realizadas posteriormente en el auto del 10 de febrero de 2025.

16. En la conversación, grabada con la autorización de la agente oficiosa, se informó a la señora Gloria sobre el estado en que se encuentra el proceso de tutela y, en ese sentido, se indicó la importancia que tiene dentro del trámite conocer los hechos que dieron origen al mismo. En ese contexto, la señora Gloria refirió que su hermano, el señor Enrique, había fallecido en territorio indígena -zona del río Caquetá-, como fue su voluntad. Sin embargo, no

precisó la fecha exacta del deceso, sino que indicó que fue aproximadamente a los 15 días siguientes a su salida del hospital.

17. La agente oficiosa señaló que una vez el señor Enrique salió del hospital, ella se hizo cargo de su traslado hacia el territorio indígena La Pedrera, donde él vivía, y consiguió los pañales y sueros que necesitaba.

18. En reiteradas ocasiones la señora Gloria enfatizó en la falta de respuesta que hubo para atender la situación de salud de su hermano por este medio judicial, cuando el agenciado estaba en vida, y en que él murió esperando el traslado de IPS para la realización de una cirugía, toda vez que no podía digerir alimentos.

19. Respecto al desistimiento voluntario del señor Enrique de recibir tratamiento médico por parte de la EPS, la agente oficiosa refirió que su hermano sí firmó un documento en el que renunciaba a recibir medicina occidental y que ella sí tenía conocimiento de dicha expresión de voluntad al momento de instaurar la acción de tutela, pues él tenía “la esperanza” de curarse por medio de la medicina ancestral. Asimismo, afirmó que él se mantuvo en su decisión hasta el último momento de su vida, en no quererse realizar el tratamiento médico de quimioterapia y que, anteriormente, en una remisión que se le había hecho a Neiva hace tres años para otro procedimiento, también había manifestado su voluntad de tratarse por medio de la medicina vegetal.

20. En cuanto al conocimiento del agenciado sobre la presentación de la acción constitucional, la señora Gloria informó que él estaba de acuerdo con la interposición de la misma, bajo la premisa de que él quería que lo remitieran de IPS para que se le realizara una cirugía para que le extrajeran “la masa” que no le permitía comer. En ese mismo sentido, la agente oficiosa aseguró que el pensamiento del señor Enrique era que le sacaran “la masa” para poder comer y el resto de la enfermedad tratársela por medio de medicina vegetal.

21. Sobre la salida voluntaria del agenciado del hospital, la señora Gloria comunicó que el día en que ella observó que no recibía respuesta de la acción de tutela y su hermano estaba empeorando, le preguntó a él si quería salir del hospital, a lo cual le respondió que sí, pero bajo la condición de que fuera llevado al territorio indígena. Además, señaló que al momento de presentar dicha solicitud ante los médicos del Hospital San Rafael de Leticia, estos no manifestaron negativa alguna, sino únicamente le indicaron que la salida se realizaba bajo su responsabilidad.

22. Al preguntársele si la EPS había autorizado algún tipo de tratamiento para manejar las dolencias del señor Enrique, la agente oficiosa indicó que al momento de la salida del hospital se le habían ordenado medicamentos para el manejo de los dolores, sin embargo, estos no fueron reclamados por su parte.

23. Bajo el anterior contexto, la señora Gloria concluyó que su hermano no quería recibir tratamiento médico por parte de la EPS para su diagnóstico de cáncer, sino que lo que buscaba era que se le realizara cirugía para poder alimentarse. También indicó que no pudo acceder a tratamiento alguno por parte de su comunidad porque “no alcanzó”.

24. Finalmente, se preguntó a la agente oficiosa sobre el acta de defunción del señor Enrique, toda vez que este aparece como vivo en el Archivo Nacional de Identificación, a lo que ella indicó que no se han hecho los trámites legales pertinentes, toda vez que ellos residen en lugares alejados de las instituciones del Estado. Así las cosas, afirmó que cuando una persona muere en su comunidad muchas veces la cédula se desecha o simplemente se quedan con ella.

25. Tercer auto de pruebas. Por Auto del 26 de marzo de 2025, el magistrado ponente, con ocasión de la información anteriormente anotada, consideró necesario: (i) vincular a la Fundación Cardiovascular de Colombia, toda vez que esta institución fue quien prestó en un

primer momento el servicio de salud del agenciado en relación con su diagnóstico de cáncer y, en ese sentido, fue la primera receptora del desistimiento voluntario del paciente para ser tratado por medio de quimioterapias o radioterapias; (ii) solicitar a la Defensoría del Pueblo Regional Amazonas y a la Defensoría Delegada para Grupos Étnicos un informe en el que se respondiera una serie de preguntas relacionadas con el asunto objeto de estudio; (iii) ordenar que por intermedio de diferentes instituciones estatales y organizaciones indígenas[35], se contactase al representante legal de la Asociación de Autoridades Tradicionales Indígenas Bora Miraña (PANI) y la autoridad que representa al Resguardo Miriti Paraná, con el fin de indagar sobre el conocimiento que estas tienen respecto de la pertenencia del agenciado a la etnia Miraña, la acreditación sobre su fallecimiento y se solventen unas dudas relacionadas con la funcionalidad del registro civil de defunción en sus territorios; (iv) formular algunas preguntas a la Registraduría Nacional del Estado Civil en relación con las barreras, estrategias y funcionamiento del registro civil de defunción en el contexto de poblaciones indígenas; (v) requerir a la Secretaría de Salud Departamental del Amazonas, a la Secretaría de Desarrollo Social y Dirección de Salud de Leticia y a la Dirección de Asuntos Indígenas, ROM y Minorías del Ministerio del Interior para que se allegara información relacionada con el asunto objeto de revisión; (vi) ordenar al Ministerio de Salud y Protección Social y a la Superintendencia Nacional de Salud la resolución de un cuestionario de preguntas relacionadas con el tema bajo revisión; (vii) oficiar a la Entidad Promotora de Salud indígena MALLAMAS para que contestara varias preguntas relacionadas con el funcionamiento del modelo TEMPIAS que es propio de dicha entidad, entre otras; y (viii) oficiar al Hospital San Rafael de Leticia y a la Fundación Cardiovascular de Colombia para que remitieran información sobre: (a) cómo se logra adaptar la prestación del servicio de salud a la población indígena en sus instituciones, (b) los protocolos o lineamientos que utilizan para los casos de desistimiento voluntario de tratamientos médicos y (c) algunos hechos relacionados con el caso concreto.

26. Suspensión de los términos procesales. Con posterioridad, el 2 de abril de 2025 la Sala Segunda de Revisión de la Corte Constitucional consideró procedente la suspensión de los términos para fallar la presente revisión durante 60 días contados a partir de esa fecha.

27. Solicitud ampliación de términos para el cumplimiento del Auto del 26 de marzo de 2025. El 7 y 9 de abril de 2025, el defensor del pueblo delegado para los asuntos constitucionales y legales y el Ministerio de Salud y Protección Social solicitaron ampliación de los términos otorgados en el Auto del 26 de marzo de 2025 para resolver las órdenes segunda y sexta, respectivamente. El magistrado sustanciador accedió a las peticiones en autos del 10 y 11 de abril de 2025.

28. Recepción de pruebas. La Fundación Cardiovascular de Colombia, la Defensoría del Pueblo, la Registraduría Nacional del Estado Civil, la Dirección de Asuntos Indígenas, ROM y Minorías del Ministerio del Interior, el Ministerio de Salud y Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud, la EPS-I MALLAMAS y el Hospital San Rafael de Leticia allegaron su respuesta a esta Corporación. No obstante, la Secretaría de Salud Departamental del Amazonas y la Secretaría de Desarrollo Social y Dirección de Salud de Leticia guardaron silencio de nuevo.

29. Respecto de la contestación que se allegó por parte de la Fundación Cardiovascular de Colombia, únicamente se recibió respuesta sobre la orden primera del Auto del 26 de marzo de 2025, correspondiente a la vinculación de dicha institución al expediente de la referencia; dejándose sin contestar la orden octava que buscaba conocer: (a) cómo se logra adaptar la prestación del servicio de salud a la población indígena en esa institución, (b) cuáles son los protocolos o lineamientos que utilizan para los casos de desistimiento voluntario de tratamientos médicos y (c) algunos hechos particulares del caso en concreto.

30. Asimismo, no se recibió respuesta sobre la orden tercera, la cual buscaba que por intermedio de la Defensoría del Pueblo Regional Amazonas, la Defensoría Delegada para Grupos Étnicos, la Organización Nacional de los Pueblos Indígenas de la Amazonia de Colombia (OPIAC) y la Organización Nacional Indígena de Colombia (ONIC), se contactara por los medios más idóneos y eficaces a (i) el representante legal de la Asociación de

Autoridades Tradicionales Indígenas Bora Miraña (PANI) y (ii) la autoridad que representa al Resguardo Miriti Paraná, con el fin de indagar sobre el conocimiento que estas tienen respecto de la pertenencia del agenciado a la etnia Miraña, la acreditación sobre su fallecimiento y se solventen unas dudas relacionadas con la funcionalidad del registro civil de defunción en sus territorios.

Tabla 3. Intervenciones del tercer auto de pruebas

La Fundación Cardiovascular de Colombia[36]

Constató que el señor Enrique fue paciente de su institución con diagnósticos de “tumor maligno de la cabeza del páncreas” y “colangitis”, registrándose como última atención la del día 18 de julio de 2024 por parte de la especialidad de “cirugía hepato pancreato biliar y trasplante”. De esta forma, relacionó todas las atenciones brindadas por la institución al agenciado, las cuales se resumen a continuación:

1. El 30 de mayo de 2024 el señor Enrique fue atendido por “consulta externa de cirugía Hepato Pancreato Biliar y Trasplante”, quedando registrada una sospecha de “colangitis en contexto de patología biliar a estudio (tumor periampular vs estenosis biliar)”. Con base en esto se ordenó su remisión a urgencias para hospitalización por cirugía hepatobiliar y la realización de diversos exámenes.
2. Ese mismo día se llevó a cabo consulta en urgencias y se indicó como diagnóstico que el señor Enrique era paciente “postoperatorio de colecistectomía + exploración y reconstrucción vía biliar + biopsia de masa pancreática”.
3. El 12 de junio de 2024 se realizó colecistectomía abierta con exploración y reconstrucción de la vía biliar. Durante el procedimiento se encontró un tumor en la cabeza

del páncreas con compromiso de la vena cava inferior. La biopsia por congelación confirmó adenocarcinoma moderadamente diferenciado y coledocolitiasis. Se identificaron hemocultivos positivos para *Klebsiella pneumoniae*, iniciándose tratamiento con cefepime IV por 10 días.

4. En valoración médica de egreso, el paciente se encontraba clínicamente estable, sin signos de respuesta inflamatoria aguda ni obstrucción intestinal. Se dio la salida con recomendaciones generales y control ambulatorio con cirugía hepatobiliar y oncología.

5. El 10 de julio de 2024, el paciente acudió a consulta ambulatoria por oncología, en la que se dejó la siguiente anotación médica:

“Paciente de 55 años sin antecedentes de relevancia. Actualmente con diagnóstico de adenocarcinoma de páncreas irresecable por compromiso cava inferior. Sin evidencia de Enfermedad a distancia. Se considera caso como borderline con propuesta de Tratamiento de inducción. No obstante, paciente no acepta la quimioterapia por creencias culturales e intentara tratamiento alternativo. Se refuerza en consulta que se desaconseja dicha conducta, no obstante, se mantiene en su postura por lo cual se respeta decisión. Por oncología cita abierta. Sin otras conductas adicionales”.

6. El 18 de julio de 2024 en control post quirúrgico, se le retiró el material de sutura en la piel al paciente y se le dio de alta, pues rechazó el manejo oncológico.

Conforme a lo anterior, evidenció que prestó la atención deseada al paciente y que no incurrió en ninguna vulneración de sus derechos, por lo que solicitó su desvinculación del trámite constitucional.

Informó que la entidad cuenta con protocolos establecidos para el consentimiento y disenso informado, los cuales son transversales a todos sus servicios[38].

Aunque no cuenta con datos específicos sobre el porcentaje de desistimiento voluntario en la población indígena, identificó que la desconfianza hacia los servicios de salud, el desplazamiento fuera de su entorno habitual y el temor a intervenciones invasivas constituyen algunas causas de desistimiento.

En cuanto al enfoque diferencial, la institución señaló que: (i) se ha establecido un diálogo continuo con las organizaciones indígenas del Amazonas, lo que ha permitido avanzar en la implementación de acciones relacionadas con la prestación de servicios de salud en áreas no municipalizadas del departamento; (ii) participa activamente en los espacios de concertación oficial impulsados por las entidades territoriales, donde se dialoga con los gobiernos indígenas y se acuerdan las acciones a implementar en sus territorios; (iii) ha incorporado talento humano indígena a través de las organizaciones propias para apoyar el desarrollo de las actividades extramurales; (iv) en la Comisión Técnica de Salud Intercultural del 2024, se acordó la conformación de un Equipo Básico Indígena, el cual operará de manera paralela a los Equipos Básicos de Salud, y tienen como fin acompañar el desarrollo de las actividades en territorio, incorporando la sabiduría tradicional indígena; (v) durante la vigencia del año 2024 se realizaron 3.211 caracterizaciones a través de los Equipos Básicos de Salud, alcanzando un 60% de cobertura de los territorios del departamento.

Adicionalmente, indicó que durante toda la vigencia del año 2024 y lo que va corrido del 2025 se ha mantenido contratado un enlace étnico quien apoya en actividades como: realizar inducciones al personal que ingrese al Amazonas, sobre el entendimiento de la cosmovisión, usos y costumbres de los 26 pueblos indígenas presentes en el departamento y hacer acompañamiento a pacientes hospitalizados en la E.S.E Hospital San Rafael de Leticia provenientes de los distintos territorios indígenas. De esta forma, concluyó que a

través de esta persona los usuarios con pertenencia étnica cuentan con apoyo para trámites administrativos y acompañamiento en sus procesos de enfermedad, lo cual es fundamental para garantizar la atención integral y diferenciada a las comunidades del departamento, en línea con los objetivos y políticas de salud del hospital.

En cuanto al caso particular del señor Enrique, contestó que garantizó el acceso al derecho a la salud desde el servicio de urgencias, se inició el tratamiento de acuerdo con el nivel de complejidad institucional, y se gestionó su remisión a una institución de nivel superior entre el 12 y el 31 de agosto de 2024. Sin embargo, se presentaron dificultades sobre la remisión solicitada, en razón de los antecedentes de disentimiento del paciente frente al tratamiento oncológico y la falta de una red de apoyo.

Además, señaló que el disentimiento voluntario del paciente frente a los tratamientos médicos ofrecidos por los profesionales de la IPS quedó debidamente registrado en la historia clínica, específicamente en las notas médicas elaboradas por el equipo tratante, así como en la bitácora de remisión. En ese sentido, precisó que esos mismos registros reflejan la insistencia del equipo de salud y el acompañamiento continuo por parte del área de trabajo social en la comprensión de las conductas necesarias para su bienestar.

Al respecto, la E.S.E. aclaró que la no aceptación del manejo oncológico no tuvo lugar durante la atención brindada en el Hospital San Rafael de Leticia y que durante su estancia en esa institución, el paciente aceptó los tratamientos y manejos médicos propuestos, con excepción del traslado y la continuidad de la estancia hospitalaria en un nivel superior, decisión que tomó el paciente luego de un periodo prolongado de hospitalización, manifestando su deseo de regresar a su entorno familiar y rodearse de sus seres queridos en su lugar de origen.

El hospital refirió que: (i) el equipo tratante informó al paciente sobre los riesgos y

beneficios de tratarse en una institución de mayor nivel; (ii) aunque el paciente no refirió antecedentes clínicos claros al momento de su ingreso, el equipo médico le explicó la importancia del tratamiento propuesto por las unidades especializadas de tercer nivel previas a su atención, lo cual quedó debidamente registrado en la historia clínica; (iii) se valoró el estado mental[39] del paciente por el médico tratante y por el personal del equipo psicosocial, de lo cual se dejó constancia que indica que tanto él como su familiar comprendieron y aceptaron la información brindada; y (iv) no ofreció alternativas médicas distintas a la medicina occidental, pues el paciente no manifestó resistencia ni inconformidad frente a los manejos ofrecidos dentro del nivel de atención correspondiente y su decisión estuvo centrada únicamente en no aceptar el traslado a una institución con un nivel de mayor complejidad.

Finalmente, destacó que, al momento de la atención, el diagnóstico aún se encontraba en estudio, por lo que el equipo médico se encontraba en proceso de construcción de una perspectiva clínica integral, con el fin de determinar las opciones terapéuticas más adecuadas para su caso.

MALLAMAS EPS-I[40]

Expuso que, en 2024, la IPS registró 744 remisiones hospitalarias canceladas por alta voluntaria, de las cuales 451 correspondieron a población indígena (60%). Las principales razones de esta decisión fueron: mejoría percibida, falta de cuidadores, limitaciones económicas y malestar en el entorno hospitalario. Solo se reportó un caso de desistimiento por razones culturales (4,51%), correspondiente al paciente Enrique, quien expresó su deseo de morir en casa debido a la gravedad de su enfermedad.

En cuanto al desistimiento informado, se señaló que sus efectos deben ser explicados por la IPS donde el paciente recibe atención, siendo el médico tratante quien informa sobre sus implicaciones. El profesional debe garantizar que el paciente comprenda su decisión, registrando por escrito en la historia clínica la voluntad del paciente, su estado mental y las posibles consecuencias clínicas. Esta documentación protege la responsabilidad del

médico tratante en caso de futuros daños. De esta forma, la EPS concluyó que los soportes de dicha información en el caso concreto reposan en la Fundación Cardio Vascular y el Hospital San Rafael de Leticia y no en la EPS.

No obstante lo indicado anteriormente, la EPS refirió que, inicialmente, cuando el paciente desistió del tratamiento, se respetó su decisión de regresar a casa. Sin embargo, tiempo después de acuerdo con la gravedad de la patología, el accionante volvió al Hospital San Rafael de Leticia, con el único fin de estabilizar su dolencia, por lo cual, bajo comunicación telefónica con el señor Enrique, se le explicó la necesidad de que acudiera a un centro médico de mayor complejidad para iniciar sus quimioterapias. A pesar de esto, el paciente se retiró voluntariamente del servicio con la intención de morir en su casa dado su avanzado estado de salud.

Por otro lado, la EPS manifestó que el área de Apoyo Organizativo Sociocultural en concordancia con los principios del SISPI (Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural) ha desarrollado capacitaciones al personal de las IPS adscritas a la EPS con el objetivo de fortalecer la atención con pertinencia cultural y enfoque étnico-diferencial.

A su turno, indicó que el servicio de salud se adaptó a las prácticas tradicionales del señor Enrique, en cuanto se respetaron sus decisiones. Además, se precisó que, conforme al contrato celebrado con el Hospital San Rafael de Leticia, este se encuentra en la obligación de garantizar el acceso a los servicios de salud con enfoque etnocultural, diferencial e integral a sus afiliados.

Respecto a la pregunta de cómo la EPS se articula con los saberes ancestrales de la etnia Miraña a través de la participación de sabedores tradicionales, médicos tradicionales, entre otros actores, la entidad indicó que actualmente cuenta con contratación activa de servicios de medicina ancestral en el municipio de Leticia a través de la IPS Indígena

Mallamas, lo cual permite garantizar procesos de atención diferenciada y culturalmente pertinente a los usuarios indígenas que expresan su voluntad de ser atendidos según sus prácticas y sistemas médicos tradicionales.

En cuanto al Modelo Propio e Intercultural de Atención en Salud – TEMPIAS, la EPS precisó que este modelo permite articular la atención médica entre el sistema occidental y el propio de los pueblos indígenas, integrando las acciones de la red prestadora con las dinámicas territoriales, como en el caso del señor Enrique, por ejemplo, (i) se contactó con la IPS para que el paciente fuera informado de su condición y las alternativas médicas disponibles, (ii) respetó la decisión del paciente y ofreció espacios de diálogo con él y sus familiares, y (iii) sus decisiones fueron documentadas conforme a la normativa vigente. Sin embargo, reconoció que el sistema enfrenta algunas limitaciones, particularmente en los niveles de atención especializada (segundo y tercer nivel).

Finalmente, informó que la regional Amazonas de Mallamas EPS-I cuenta con el señor Henry Nejedeka -gestor comunitario-, cuyo objetivo es el de facilitar la gestión territorial de la salud en el marco del modelo de atención en salud intercultural.

El Ministerio del Interior[41]

Indicó que el agenciado, identificado con cédula de ciudadanía No. 123, no se encuentra registrado en las bases censales de la entidad.

La Registraduría Nacional del Estado Civil[42]

Contestó que la principal barrera para el registro de defunciones en comunidades indígenas radica en su cosmovisión, que usualmente no contempla la inscripción formal de los fallecimientos, especialmente cuando no ocurren dentro del sistema de salud, lo que

impide su reporte oficial. Además, en casos de muertes violentas, la exigencia de autorización judicial se torna inviable, ya que las comunidades no permiten la intervención de la Fiscalía. Así, precisó que, aunque la Registraduría Nacional cuenta con oficinas y unidades móviles para facilitar estos trámites, estas prácticas culturales limitan el acceso efectivo al registro civil de defunción.

Explicó que de conformidad con los artículos 75 y 76 del Decreto Ley 1260 de 1970, la muerte natural y su correspondiente certificado de defunción la hace el médico, y cuando no hay uno en el lugar de los hechos, podrá hacerse con declaración de testigos. Esa inscripción se hará dos días después del suceso y en caso contrario deberá mediar orden del Inspector de Policía. Mientras que, de haber ocurrido una muerte violenta, la inscripción será precedida de autorización judicial según el artículo 79 en cita.

Debido a las razones antes anotadas, la Registraduría llevó a cabo campañas dentro de las comunidades, que les permitan entender la importancia del registro civil de nacimiento y de defunción para probar su estado civil. Con todo, ha adelantado esfuerzos conjuntos con el Ministerio de Salud y Protección Social, mediante el cruce de información con su aplicativo del Registro Único de Afiliados - RUAF - ND el cual recibe información sobre la defunción incluso en IPS-I.

Resaltó que, a diferencia de los nacimientos, cuya inscripción puede validarse con autorización del líder comunitario según lo ordenado por la Sala Especial de seguimiento a la Sentencia T-025 de 2004 y su Auto de cumplimiento 173 de 2012, no existe un mecanismo similar para las muertes, lo que limita el reconocimiento formal de estos hechos dentro del marco legal vigente.

La Superintendencia Nacional de Salud[43]

Explicó que la Delegada para Prestadores de Servicios de Salud de la Superintendencia Nacional de Salud no tiene competencia para diseñar estrategias de articulación entre la medicina ancestral indígena y la occidental, ni para establecer lineamientos que deban

seguir las EPS e IPS indígenas en el marco del SISPI, funciones que corresponden exclusivamente al Ministerio de Salud y Protección Social. Tampoco puede identificar diferencias entre las EPS tradicionales y las EPS indígenas, ni abordar tensiones entre sistemas médicos, ya que sus funciones se limitan a la inspección, vigilancia y control del cumplimiento normativo. Por tanto, es el Ministerio de Salud y Protección Social la entidad competente para responder de fondo sobre la adaptación del sistema de salud a las necesidades culturales indígenas y la garantía del derecho a la salud con enfoque diferencial.

Por otro lado, informó que se han impulsado estrategias como el “ABECÉ del proceso de identificación, afiliación y traslado de comunidades indígenas” que orienta a las EPS, entidades territoriales e IPS, sobre el acceso al sistema de salud indígena. Además, se han creado espacios participativos que permiten monitorear el cumplimiento normativo.

La Defensoría del Pueblo[44]

En relación con el acceso y adaptación del derecho a la salud de los pueblos indígenas del Amazonas, explicó que no existen tensiones entre la medicina ancestral y occidental cuando el servicio es prestado por EPS o IPS indígenas; la dificultad se presenta con las EPS y las ESE tradicionales, que no están habilitadas para coordinar el saber ancestral. Indicó que, en el Amazonas, la Comisión Técnica de Salud Intercultural, regula y valida las propuestas de construcción e implementación del sistema de salud propio e intercultural. Para mayor efectividad, consideró necesaria la sanción del proyecto de ley del SISPI, como mecanismo para garantizar el respeto por la salud con enfoque diferencial.

Frente al desistimiento voluntario de tratamientos médicos por parte de personas indígenas, identificó que la mayoría lo hacen por falta de garantías en la atención, deficiencias en remisiones, demoras en citas, entrega de medicamentos y procedimientos. Además, expresó que no existen protocolos claros que regulen estos casos y que los consentimientos informados suelen estar centrados en proteger a las instituciones. Asimismo, señaló que tampoco existe ningún lineamiento a seguir en el desistimiento médico cuando se trata de una persona indígena.

Respecto a la pregunta de cómo debería quedar registrado el desistimiento voluntario de un paciente indígena, refirió que se deben acordar formatos entre las IPS y los gobiernos indígenas. Además, de ser fundamental que el médico tratante registre el estado de salud mental del paciente y que se notifique a la autoridad tradicional indígena del desistimiento. Preciso que siempre que una persona indígena desiste voluntariamente de un tratamiento médico occidental debe prevalecer “la condición social y cultural del paciente”.

Finalmente, señaló algunas barreras que tienen las comunidades indígenas para acceder al registro civil de defunción. Estas son: (i) la inexistencia de normativa que faculte a las autoridades indígenas para reportar defunciones, siendo esta una tarea que actualmente recae exclusivamente en “la Registraduría Nacional y Medicina Legal” y (ii) la ausencia de presencia institucional de estas entidades en los territorios indígenas. Como consecuencia, manifestó que las comunidades no cuentan con mecanismos propios ni alternativos para acreditar oficialmente la muerte de sus miembros y tampoco se han implementado estrategias institucionales para facilitar el registro civil de defunción en estas poblaciones, lo que evidencia una falta de coordinación y voluntad estatal. En ese sentido, concluyó que para que el Estado pueda llevar un censo real de estas muertes, es necesario fortalecer su presencia institucional y capacidad operativa en zonas de difícil acceso.

Ahora bien, en documento adicional, firmado por la defensora delegada para los grupos étnicos, se encuentran algunas “recomendaciones” sobre el asunto objeto de estudio, las cuales se resumen a continuación: (i) se recomendó que la Gobernación de Amazonia, la OPIAC, la ONIC, las autoridades tradicionales y la Comisión Técnica de Salud Intercultural consideren el Decreto 0480 de 2025, que establece el SISPI como política de Estado en salud para los pueblos indígenas; (ii) se recordó que, aunque dicho decreto prevé su implementación un año después de expedido, ese tiempo debe usarse para concertar, planear y fortalecer capacidades institucionales entre las autoridades indígenas y el Estado; (iii) se instó a IPS y EPS a concertar desde ya medidas de acceso y adaptación del modelo de atención en salud, integrando medicina propia y occidental conforme al Decreto

0480 de 2025; (iv) se consideró la necesidad de que la Comisión Técnica de Salud Intercultural presente un informe sobre su misionalidad y retos frente a la reglamentación e implementación del SISPI; (v) se subrayó la necesidad de considerar el contexto cultural y las realidades geográficas en casos de desistimiento médico, recomendando crear protocolos concertados con autoridades indígenas para asegurar respuestas pertinentes; (vi) se recomendó solicitar a la Registraduría Nacional y a Medicina Legal coordinar con las autoridades indígenas jornadas de registro y censo, además de crear protocolos étnicamente pertinentes para que las autoridades indígenas puedan comunicar y certificar las defunciones de las personas de la comunidad, debido al contexto geográfico.

El Ministerio de Salud y Protección Social[45]

Contestó que, dentro del marco de sus competencias, para la articulación de la medicina ancestral de los pueblos indígenas y la medicina occidental, ha avanzado en el diseño, formulación e implementación del SISPI, mediante un proceso concertado con los pueblos indígenas, conforme a lo dispuesto en la Ley 1751 de 2015 y el Convenio 169 de la OIT. De ello se identificó la necesidad de un marco normativo que garantice a los territorios indígenas autonomía en la gestión, financiación y ejecución del sistema mediante el respeto de su conocimiento ancestral, tal como dispone el artículo 25 de la Ley 21 de 1991.

En marzo de 2023, se concertaron las fases de la consulta previa y se protocolizó la ruta metodológica para la construcción del marco normativo de la Política Pública de Salud Indígena. Estos avances reflejan un proceso participativo que busca garantizar el derecho fundamental a la salud, la aceptabilidad y la protección de los pueblos indígenas mediante modelos complementarios y articulados con el sistema general de salud, reconociendo su identidad cultural, autonomía y cosmovisión.

De igual modo, dentro de la implementación del SISPI, el Ministerio de Salud ha promovido herramientas técnicas y jurídicas como la Guía Metodológica elaborada en 2016 por la Subcomisión de Salud de la Mesa Permanente de Concertación, y la Circular No. 011

de 2018, que imparte instrucciones a entidades territoriales y actores del sistema de salud, incluyendo las EPS e IPS indígenas, para avanzar en el desarrollo de los componentes del SISPI. A partir de esto, los territorios han comenzado a adoptar medidas que incorporan la cosmovisión, usos y costumbres de los pueblos indígenas en la prestación del servicio de salud.

Como diferencias entre las EPS indígenas y las tradicionales, señaló las que a continuación se presentan en forma de cuadro:

Criterio

EPS Tradicionales

EPS Indígenas

Normativa para autorización de funcionamiento

Decreto 682 de 2018.

Decreto 1848 de 2017 y el artículo 2.5.2.4.2.1 del Decreto 780 de 2016.

Enfoque diferencial

No aplica.

Aplica enfoque diferencial con base en el artículo 6 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

Ingreso de EPS a un departamento con comunidades indígenas

No requiere solicitud de la comunidad.

Solo por solicitud de la comunidad indígena, con acta de Asamblea Comunitaria (art. 17 de la Ley 691 de 2001 y art. 2.5.2.4.2.12 Decreto 780 de 2016).

Modelo de atención

Médico occidental, con redes de clínicas, hospitales, médicos generales y especialistas.

Intercultural: medicina occidental y saberes tradicionales (plantas, sabedores ancestrales).

Población atendida

General, sin distinción étnica.

Exclusivamente población indígena (salvo casos excepcionales como asignación forzosa).

Participación comunitaria

Centralizada, con poca participación del usuario.

Participación activa de la comunidad en organización, administración y control.

Cobertura geográfica

Principalmente zonas urbanas y rurales con mayor infraestructura.

Principalmente territorios indígenas, zonas rurales o de difícil acceso.

Procesos de identificación, afiliación y traslado

Regulado por normatividad general.

Inclusión en BDUA

Requiere documentos de identificación.

No se excluye por falta de documentos; se usan censos indígenas.

UPC (Unidad de Pago por Capitación)

Valor estándar para todos los afiliados.

Valor diferenciado anual para salud indígena (Resolución 2717 de 2024, año 2025).

Implementación SISPI

No aplica.

Avanza con marco legal especial: Decreto 1953 de 2014 y Decreto Ley 968 de 2024.

Por otro lado, indicó que las principales tensiones que se presentan actualmente entre la medicina ancestral y los métodos occidentales de las comunidades indígenas en el Amazonas se pueden resumir en: (i) el bajo nivel de afiliación y la carencia de centros médicos de mayor nivel de complejidad; (ii) la inexistencia de servicios culturalmente adecuados para garantizar la salud mental y armonía espiritual; (iii) las fronteras estatales y territoriales arbitrarias que en la práctica son inexistentes y constituyen una barrera para el acceso al servicio de salud; (iv) la falta de coordinación interestatal de países con territorio amazónico; y (v) la ausencia de espacios de participación real y efectiva de los pueblos indígenas.

Adicionalmente, señaló que como respuesta a las necesidades culturales de los pueblos indígenas se ha avanzado en la formulación de modelos de salud propios e interculturales para pueblos indígenas, integrando prácticas tradicionales y medicina occidental adaptada culturalmente. Desde 2012, ha brindado acompañamiento técnico y financiero a las autoridades territoriales y AATI's[46]. Entre finales de 2023 e inicios de 2024, se realizó un despliegue territorial en la región amazónica como parte de la Consulta Previa del proyecto de ley de reforma a la salud, con participación activa de las comunidades a través de la MRA[47] y la OPIAC[48]. Este ejercicio generó insumos clave, entre ellos una propuesta consolidada de Sistema de Salud Integral para la Amazonía Colombiana. Asimismo, se ha venido cumpliendo lo pactado en el Plan Nacional de Desarrollo con la MRA, mediante la Mesa Temática de Salud, donde se detallan avances en la implementación del SISPI. En el departamento del Amazonas, estos esfuerzos incluyen asistencia técnica específica, incluso

para pueblos indígenas en aislamiento o en estado natural.

Por otro lado, refirió que el enfoque del SISPI ha permitido identificar acciones en promoción, prevención, atención, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, articulando las prácticas propias con otros sistemas médicos (alopáticos o alternativos) reconocidos en los territorios indígenas. El objetivo es garantizar un cuidado de la salud integral, continuo, complementario e intercultural, mediante el diálogo entre saberes diversos para mejorar las condiciones de salud de estas poblaciones. De igual manera, la acción mancomunada de los entes territoriales, las comunidades indígenas y las entidades de salud, se ha materializado en la implementación de los equipos básicos con enfoque diferencial para fortalecer la Atención Primaria en Salud, en el marco de la implementación del modelo de salud preventivo y predictivo.

En ese contexto, precisó que el lineamiento técnico, en el apartado 5.1.4 sobre “conformación y adscripción de EBS a los territorios”, incluye como uno de los perfiles necesarios para desplegar el plan de cuidado primario a un agente o gestor comunitario, que es un agente de la medicina ancestral-tradicional en territorios con grupos étnicos.

Sobre los componentes y lineamientos a tener en cuenta por las EPS indígenas y las IPS para la prestación del servicio de salud a la población indígena, indicó que a partir de lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y el Decreto 1848 de 2017, se puede concluir que para que la prestación de servicios de salud a la población indígena sea acorde a su cosmovisión, las EPS indígenas y las IPS deben integrar la sabiduría ancestral, las prácticas tradicionales de salud y la participación comunitaria en el diseño e implementación de los servicios. Esto incluye la formación de profesionales de salud con conocimientos interculturales, la adaptación de protocolos de atención a las necesidades específicas de cada comunidad, y la promoción de la salud con base en la cultura y los valores de los pueblos indígenas.

Ahora bien, sobre el desistimiento voluntario de tratamientos médicos de personas indígenas, dijo que no contaba con datos sobre su proporción. Sin embargo, aludió que ese trámite estaba regulado por la Ley 23 de 1981 en su artículo 15[49], la Resolución 971 de 2021[50] y la Ley 1751 de 2015 en donde se presenta como un derecho el acceso a la información sobre los procedimientos que le van a practicar a las personas y los riesgos de los mismos. Situación que se compagina con la guía de buenas prácticas para la seguridad del paciente a la atención en salud expedido en 2009 por el Ministerio de Salud.

Sumado a lo anterior, refirió que si bien no existen lineamientos específicos para la atención en salud de pacientes indígenas, las EPS y los prestadores deben regular el desistimiento informado según sus poblaciones, siguiendo los lineamientos generales, normas y leyes que protegen el derecho a la salud de los pueblos indígenas.

En concordancia con lo previsto, argumentó que, para el trámite del desistimiento voluntario según el documento “paquetes instruccionales del Ministerio de Salud”, cada entidad prestadora del servicio de salud debía reglamentar ese procedimiento. De igual forma, la Carta de Derechos y Deberes de los Afiliados y de los Pacientes del SGSSS, en el numeral 4.2 del artículo 4, de la Resolución 4343 de 2012 establece que toda persona sin importar su sexo, raza, religión (...) tiene derecho a una comunicación plena y clara con el personal de la salud, apropiada a sus condiciones psicológicas y culturales, que le permitan obtener toda la información necesaria respecto a la enfermedad que padece, así como a los procedimientos y tratamientos que se le vayan a practicar y el pronóstico o riesgo que el mismo conlleve. Además, destacó que entre más cualificado deba ser el consentimiento informado, “la competencia del paciente para decidir debe ser mayor y aparecer más clara”.

Como formalidades al desistimiento informado expresó que debe ser escrito y, en algunos

casos, debe ser persistente, es decir, el paciente debe reafirmar su decisión transcurrido un periodo razonable de reflexión, como cuando el tratamiento se deba extender por un periodo de tiempo.

En los eventos de desistimiento de tratamientos médicos occidentales, los profesionales de salud tienen la obligación de ofrecer alternativas de tratamiento a los pacientes, si están disponibles, especialmente cuando estos rechazan el tratamiento propuesto o existen múltiples opciones válidas. Estas alternativas deben estar incluidas dentro de los servicios que brinda la IPS y contempladas en los Planes de Beneficios en Salud definidos por la EPS, conforme a la Resolución 2718 de 2024 y siempre que no estén excluidas por la Resolución 641 de 2024. Por otro lado, precisó que el sistema no es responsable de los tratamientos ancestrales practicados por fuera del régimen de salud y que el médico tratante debe dejar constancia del estado de salud mental del paciente cuando éste decide desistir de un tratamiento médico, pues dicho registro resulta fundamental para verificar si la decisión del paciente fue autónoma e informada, o si existen condiciones que limiten su capacidad de decisión, como posibles trastornos mentales no abordados.

Finalmente, explicó que desde el enfoque del “Lineamiento para el Cuidado de las Armonías Espirituales”, se reconocen principios rectores como: (i) la autonomía y libre autodeterminación, que garantizan el derecho de los pueblos indígenas a ejercer decisiones en salud conforme a su cosmovisión; (ii) la complementariedad terapéutica, que exige articular la medicina ancestral y la alopática con respeto por los saberes tradicionales; y (iii) el principio de no discriminación, que impone el deber de evitar cualquier forma de imposición cultural sobre las decisiones informadas del paciente. Y, además, manifestó que la voluntad de desistir de un procedimiento médico está protegida por la Constitución en los artículos 16, 18, 19 y 20.

31. Conclusión sobre la atención y los procedimientos médicos practicados al señor Enrique. De las intervenciones y el material probatorio previamente reseñados, se presenta

a continuación un resumen conclusivo sobre la atención y los procedimientos médicos autorizados y practicados al señor Enrique por MALLAMAS EPS-I y las diferentes IPS que le prestaron sus servicios.

Tabla 4. Atención y procedimientos médicos practicados al agenciado

IPS

Actuaciones

Inversiones Clínica Meta

(Villavicencio, Meta)

En esa clínica se le realizaron exámenes y un procedimiento para destapar el conducto y cambiarle una malla (stent) que ayuda a mantenerlo abierto. Luego fue dado de alta con la recomendación de ser valorado por un especialista en cirugía del hígado y las vías biliares. La EPS autorizó esa consulta en la Fundación Cardiovascular en Bucaramanga y garantizó el traslado en avión del paciente y su acompañante, así como la estadía de ambos en un hogar de paso.

Fundación Cardiovascular de Colombia

(Bucaramanga)

Entre el 30 de mayo y el 21 de junio de 2024, el señor Enrique estuvo hospitalizado tras haber sido remitido a urgencias por sospecha de una obstrucción o infección en las vías biliares, posiblemente causada por un tumor o un estrechamiento del conducto biliar. Inicialmente fue valorado en consulta externa por un equipo especializado en cirugía del hígado, vías biliares, páncreas y trasplantes, y posteriormente se le practicó una cirugía abierta para retirar la vesícula y reparar el conducto biliar. Durante la operación se detectó un tumor en la cabeza del páncreas que afectaba una vena importante, y la biopsia confirmó que se trataba de un cáncer. Finalmente, el 21 de junio fue dado de alta y se programó una cita de seguimiento con el servicio de cirugía.

En cita médica del 10 de julio de 2024 quedó reportado que el agenciado se encontraba diagnosticado con “adenocarcinoma de páncreas irresecable por compromiso de cava inferior”, por lo que se consideró el caso “como bordelinde con propuesta de tratamiento de inducción”. No obstante, el médico tratante registró que el paciente no aceptó el tratamiento de quimioterapia por sus creencias culturales y, por lo tanto, dejó constancia de que la voluntad del agenciado era intentar un tratamiento alternativo, a lo que el médico indicó que no recomendaba dicha conducta, pero el usuario se mantuvo en su decisión.

El 18 de julio de 2024, en control post quirúrgico, se le retiró el material de sutura en la piel al paciente y se le dio de alta, pues rechazó el manejo oncológico. El hogar de paso Fundación Montañas Azules, ese mismo día, remitió a la EPS-I carta firmada por el paciente, en la que desistía del tratamiento. En razón a lo anterior, la EPS autorizó el traslado aéreo del agenciado hasta su domicilio con su familiar acompañante.

E.S.E Hospital San Rafael

(Leticia, Amazonas)

El 10 de agosto de 2024, el señor Enrique ingresó al servicio de urgencias del Hospital San Rafael de Leticia por presentar un cuadro clínico de vómito y dolor abdominal, por lo cual el día 12 del mismo mes, dicho hospital solicitó su remisión a un Hospital de III Nivel.

Desde el 12 y hasta al 31 de agosto de 2024, el agenciado estuvo en este hospital, presentándose dificultades sobre la remisión solicitada, en razón de los antecedentes de disenteria del paciente frente al tratamiento oncológico y la falta de una red de apoyo.

Finalmente, el 31 de agosto de 2024, el Hospital San Rafael de Leticia informó a la EPS-I que el agenciado había firmado su salida voluntaria de la institución presentadora del servicio de salud, resaltándose que el agenciado tomó la decisión de morir en su casa.

Fecha presunta de fallecimiento del agenciado: septiembre de 2024.

II. CONSIDERACIONES

1. Competencia

32. De acuerdo con lo establecido en los artículos 86 y 241.9 de la Constitución y 31 a 36 del Decreto 2591 de 1991, la Sala Segunda de Revisión de la Corte Constitucional es competente para analizar el fallo de tutela proferido por el juez de instancia en el presente caso.

33. Con fundamento en los antecedentes expuestos, la Sala abordará, como cuestión previa, la posible configuración de la carencia actual de objeto por daño consumado, ante el fallecimiento del agenciado durante el trámite de la acción de tutela. Para ello, en primer lugar, reiterará la jurisprudencia sobre los supuestos en los cuales se constata la carencia actual de objeto y, en segundo lugar, examinará si resulta viable acreditar la muerte del accionante aun sin la existencia del correspondiente registro civil de defunción, con el propósito de determinar si, en el caso concreto, se satisface el presupuesto de daño consumado que daría lugar a declarar la carencia actual de objeto, es decir, la muerte del agenciado.

2.1. Carencia actual de objeto. Reiteración de jurisprudencia[51]

34. Esta Corporación ha reconocido que, en ocasiones, la alteración de las circunstancias que rodean la presunta vulneración de derechos conlleva a que la acción de tutela pierda su razón de ser como mecanismo extraordinario de protección, de suerte que las medidas de restablecimiento que impartiría el juez caerían en el vacío, por versar sobre escenarios hipotéticos, consumados o ya superados. Desde sus inicios, la jurisprudencia constitucional ha catalogado estos casos bajo la categoría de carencia actual de objeto y ha identificado tres eventos que dan lugar a su configuración:

Tabla 5. Eventos en los que se configura la carencia actual de objeto

Evento

Criterios relevantes

Hecho superado

Noción: Tiene lugar cuando la entidad accionada satisface voluntariamente y por completo lo pedido en la acción de tutela.

Efecto: El juez de tutela tiene la discreción de decidir si es útil emitir un pronunciamiento de fondo. Tratándose de esta Corte actuando en sede de revisión, podrá emitirse un pronunciamiento de fondo cuando se considere necesario para, entre otros casos: (i) llamar la atención sobre la falta de conformidad constitucional de la situación que originó la tutela y tomar medidas para que los hechos vulneradores no se repitan; (ii) advertir la inconveniencia de su repetición, so pena de las sanciones pertinentes; (iii) corregir las decisiones judiciales de instancia; o (iv) avanzar en la comprensión de un derecho fundamental.

Daño consumado

Noción: Ocurre cuando tiene lugar un daño irreversible, el cual se pretendía evitar con la acción de tutela, de modo que no es factible que el juez de tutela adopte una orden para

retrotraer la situación.

Efecto: Es perentorio un pronunciamiento de fondo por parte del juez de tutela, incluida esta Corte, en el que ha de precisar si se presentó o no la vulneración que dio origen a la acción de tutela. Además, el juez podrá considerar medidas adicionales, como: (i) hacer una advertencia a la autoridad o particular responsable para que en ningún caso vuelva a incurrir en las acciones u omisiones que dieron mérito para conceder la tutela; (ii) informar al actor o a sus familiares sobre las acciones jurídicas de toda índole a las que puede acudir para la reparación del daño; (iii) compulsar copias del expediente a las autoridades competentes; o (iv) proteger la dimensión objetiva de los derechos fundamentales transgredidos y tomar medidas para que los hechos vulneradores no se repitan.

Situación sobreviniente

Noción: Comprende aquellos eventos que no corresponden a los conceptos tradicionales de hecho superado y daño consumado. Es decir, cualquier otra circunstancia que determine que, igualmente, la orden del juez de tutela relativa a lo solicitado en la demanda de amparo no surta ningún efecto y, por lo tanto, caiga en el vacío.

Situaciones en las que procede: Esta Corporación ha indicado que para que se configure la carencia actual de objeto por situación sobreviniente es necesario que: (i) ocurra una variación en los hechos que originaron la tutela; (ii) que dicha variación implique la pérdida de interés del accionante en que se acceda a sus pretensiones, o que estas no se puedan llevar a cabo; y (iii) que la alteración en los hechos no sea atribuible a una conducta voluntariamente asumida por la parte accionada[52]. En ese sentido, la carencia actual de objeto por situación sobreviniente se ha declarado cuando: (i) el actor asume una carga que no le correspondía para superar la situación vulneradora; (ii) un tercero distinto al accionante o a la entidad demandada logra la satisfacción de la pretensión en lo fundamental; (iii) resulta imposible proferir orden alguna por razones no atribuibles a la entidad demandada; o (iv) el actor simplemente pierde interés en el objeto original de la litis[53].

Efecto. El juez de tutela tiene la discreción de decidir si es útil emitir un pronunciamiento de fondo. La Corte Constitucional, en sede de revisión, puede emitir pronunciamiento de fondo cuando se considere necesario para, entre otros propósitos: (i) llamar la atención sobre la falta de conformidad constitucional de la situación que originó la tutela y tomar medidas para que los hechos vulneradores no se repitan; (ii) advertir la inconveniencia de su repetición, so pena de las sanciones pertinentes; (iii) corregir las decisiones judiciales de instancia; o (iv) avanzar en la comprensión de un derecho fundamental.

35. De acuerdo con la jurisprudencia constitucional, la muerte del titular de los derechos durante el trámite de tutela puede configurar una carencia actual de objeto por daño consumado o por situación sobreviniente, dependiendo de la relación del daño con la conducta u omisión de la accionada. Así, en aquellos casos en los que se reclama la protección del derecho fundamental a la salud, pero el titular de los derechos fundamentales fallece por razones no atribuibles al comportamiento de la entidad responsable del aseguramiento en salud, se configura una situación sobreviniente[54]. Por su parte, en los eventos en los que el fallecimiento guarda alguna relación con las acciones u omisiones de la parte demandada, dicha circunstancia puede dar lugar a un daño consumado. Esto se ha advertido, por ejemplo, en casos en los que la persona ha perdido la vida esperando un traslado a una institución de mayor complejidad o el suministro oportuno de alguna asistencia requerida para su adecuado tratamiento[55].

2.2. Sobre el fallecimiento del agenciado y la falta de registro civil de defunción

36. Esta Sala constata que, en el caso excepcionalísimo objeto de estudio, se encuentra suficientemente acreditado el fallecimiento del señor Enrique. Esta conclusión se deriva de la manifestación realizada por su hermana y agente oficiosa, Gloria, quien, en comunicación telefónica sostenida el 28 de febrero de 2024 con el despacho sustanciador, indicó que el

agenciado falleció aproximadamente 15 días después de su salida del Hospital San Rafael de Leticia, es decir, en el mes de septiembre de 2024.

37. Si bien el señor Enrique sigue apareciendo como vivo en el Archivo Nacional de Identificación y no obra copia del registro civil de defunción -documento público que formalmente acredita el fallecimiento-, la jurisprudencia constitucional[56] ha reconocido que la muerte de una persona puede demostrarse por otros medios probatorios, como el certificado médico, el testimonio, el acta de levantamiento o la necropsia; sin que ello implique desconocer el valor normativo de las disposiciones legales que rigen la materia.

38. En efecto, aunque el Decreto Ley 1260 de 1970 y la Circular Única de Registro Civil -versión 8- regulan los requisitos para la inscripción del fallecimiento, tal como lo manifestaron el ICANH, la Defensoría del Pueblo y la propia Registraduría Nacional, persisten en los territorios indígenas múltiples barreras institucionales, culturales y geográficas que dificultan o impiden el cumplimiento de dichos trámites. En consecuencia, esta Corporación no puede desconocer la realidad que enfrentan estas comunidades, ni exigir el cumplimiento estricto de una formalidad que, en las condiciones del caso concreto, resulta desproporcionada y ajena a la garantía del acceso efectivo a la justicia.

39. En este contexto, la Sala acude al principio de buena fe reconocido constitucionalmente[57], para otorgar validez a las manifestaciones de la señora Gloria sobre el fallecimiento de su hermano. Se reconoce que en zonas del país alejadas de los centros urbanos y con débil presencia estatal, como aquellas donde habita el pueblo indígena Miraña, es frecuente que sus integrantes no realicen o desconozcan los procedimientos legales de registro civil. Tal como lo explicó el ICANH, esta comunidad está mayoritariamente asentada en áreas rurales de los departamentos del Amazonas y Caquetá, con una población dispersa y con fuerte arraigo a sus tradiciones, lo que evidencia que el cumplimiento estricto de ciertos requisitos formales puede tornarse en una barrera injustificada frente al ejercicio pleno de derechos.

2.3. Verificación de la carencia actual de objeto por daño consumado en el presente caso

40. La agente oficiosa interpuso acción de tutela contra la EPS-I MALLAMAS, al considerar vulnerados los derechos fundamentales a la salud, a la vida, a la integridad personal, a la seguridad social, a la dignidad humana y a la igualdad de su hermano. Ello, debido a que la entidad negó la prestación de los servicios de transporte, alojamiento y alimentación para su acompañante, y además informó la imposibilidad de traslado del paciente por falta de camas disponibles en las IPS receptoras. En consecuencia, solicitó que se remitiera de forma urgente a su hermano a una institución de tercer nivel de complejidad, se le asignara cama hospitalaria y se autorizaran los servicios complementarios para su acompañante.

41. No obstante, durante el trámite de revisión ante esta Corporación, la agente oficiosa manifestó, mediante comunicación telefónica, que su hermano había fallecido aproximadamente 15 días después de su egreso hospitalario, es decir, en septiembre de 2024.

42. Con base en la jurisprudencia constitucional, se configura en este caso una carencia actual de objeto por daño consumado, en tanto resulta imposible que el juez de tutela emita una orden que revierta la situación que se pretendía evitar sobre la vida como bien jurídico a tutelar, es decir, el fallecimiento del señor Enrique, derivado de la falta de atención médica adecuada. Adicionalmente, se advierte que dicho deceso podría estar relacionado con omisiones atribuibles a la entidad accionada y a las vinculadas, lo cual permite concluir que se trata de un daño consumado y no de un hecho sobreviniente, conforme a las consideraciones analizadas previamente.

43. Esta conclusión se sustenta en que, si bien el titular de los derechos invocados falleció en su lugar de residencia tras decidir, de manera voluntaria, abandonar el Hospital San

Rafael de Leticia y rechazar cualquier tratamiento médico distinto al de su tradición ancestral, lo cierto es que la EPS, la Fundación Cardiovascular de Colombia y el Hospital San Rafael de Leticia habrían incumplido su deber de garantizar una atención integral e intercultural en salud. Además, de no probar que se dio información clara, veraz y confiable para que el paciente tomara la decisión de desistir voluntariamente de los servicios de salud que se prestaban por cada una de las IPS en su momento.

44. Con todo, según lo ha señalado reiteradamente esta Corte, “cuando ocurre el fenómeno de [la] carencia actual de objeto por daño consumado el pronunciamiento es imperativo”[58]. En este caso, la Sala considera justificado un análisis de fondo por las siguientes razones: (i) evidenciar la falta de conformidad constitucional frente a los hechos que motivaron la acción de tutela; (ii) compulsar copias a las autoridades competentes, según corresponda; y (iii) desarrollar el contenido objetivo del derecho fundamental a la salud, particularmente en lo relativo a los pueblos indígenas y la obligación de los actores del sistema de salud de asegurar una prestación con enfoque diferencial y pertinencia étnica.

45. En efecto, en coherencia con el criterio de selección del expediente, la Sala advierte que se plantea un asunto novedoso que revela una posible actuación inconstitucional por parte de una EPS indígena y dos IPS, lo cual exige avanzar en la comprensión y pedagogía sobre los derechos fundamentales invocados, en consonancia con el principio de interculturalidad.

46. Con fundamento en lo anterior, la Sala de Revisión hará el análisis sobre el cumplimiento de los requisitos de procedencia de la acción de tutela para luego, de ser procedente, plantear el problema jurídico respectivo.

3. Análisis de los requisitos de procedibilidad de la acción de tutela

Tabla 6. Requisitos de procedibilidad

Requisito

Acreditación

Legitimación en la causa por activa[59]

Se encuentra acreditado el presupuesto de legitimación por activa, al proceder en el caso concreto la figura de la agencia oficiosa[60]. Lo anterior, por cuanto la señora Gloria, quien actúa como agente oficiosa, manifestó explícitamente en la acción de tutela que estaba actuando como tal, y por medio de los hechos descritos y las pruebas allegadas, se evidenciaron las razones por las cuales el agenciado no podía presentar la acción en nombre propio.

Entre las razones que justifican la agencia oficiosa, se encuentran que el señor Enrique al momento de la presentación de la demanda (i) padecía de una enfermedad catastrófica, como es el cáncer, y (ii) se encontraba hospitalizado en razón a dicho diagnóstico.

Adicionalmente, el actor ratificó la actuación de la agente oficiosa. Ello quedó evidenciado en el reporte de la llamada telefónica que le realizó el 1 de septiembre de 2024 el Juzgado 001 Civil Municipal de Leticia al señor Enrique para conocer si se había cumplido con la medida provisional y si era su voluntad no acceder a ningún tratamiento médico diferente al de sus ancestros; pues en dicha ocasión el agenciado no manifestó su desconocimiento o desinterés en la presente acción de tutela.

Finalmente, es preciso mencionar que durante el trámite de la acción de tutela se constató que las pretensiones dispuestas por la agente oficiosa iban acordes con la voluntad del agenciado de no ser sometido a quimioterapia, pero sí acceder a una cirugía para el retiro de “la masa” que le obstruía el paso intestinal.

Legitimación en la causa por pasiva[61]

Se satisface el requisito de legitimación en la causa por pasiva, respecto de MALLAMAS EPS-I, en cuanto el agenciado se encontraba afiliado a la misma con el fin de que se le garantizara el acceso al servicio de salud.

Además, se encuentra acreditado el mismo sobre las vinculadas en sede de instancia y revisión, el Hospital San Rafael de Leticia y la Fundación Cardiovascular de Colombia – Sede Hospital Internacional de Colombia, en cuanto estas fueron IPS que atendieron al señor Enrique en relación con su diagnóstico de cáncer y recibieron desistimiento de su parte sobre los tratamientos médicos propuestos de quimioterapia y radioterapia.

Inmediatez[62]

Se verifica el cumplimiento del requisito de inmediatez, en tanto la acción de tutela se presentó en el mismo momento en que se estaba dando la presunta vulneración de los derechos fundamentales del agenciado. Al respecto cabe recordar que el señor Enrique ingresó al Hospital de San Rafael de Leticia el 10 de agosto de 2024, firmó su salida voluntaria el 31 del mismo mes y año, y la acción de tutela se interpuso el 22 de agosto de 2024.

Subsidiariedad[63]

Se encuentra acreditado el presupuesto de subsidiariedad, toda vez que no existe ningún mecanismo judicial ordinario que suponga la protección inmediata y efectiva del derecho a la salud del agenciado. En ese sentido, es la acción de tutela el medio idóneo para analizar las pretensiones interpuestas por la agente oficiosa en favor de su hermano, más aún cuando se trata de la protección de derechos fundamentales de un sujeto de especial protección constitucional, por su diagnóstico -cáncer- y su identidad -indígena-.

4. Delimitación del asunto objeto de revisión, problema jurídico y estructura de la decisión

47. Verificada la procedencia de la acción de tutela y conforme a lo registrado en la demanda, las contestaciones de la entidad accionada, las vinculadas y los demás intervinientes, así como las pruebas obrantes en el expediente, la Sala se centrará en tratar el tema del acceso al servicio de salud con pertinencia étnica de la población indígena, en el cual se hará un especial énfasis en el derecho que le asiste a aquella frente al desistimiento libre e informado de tratamientos médicos. Esto último, conforme a las facultades extra y ultra petita del juez de tutela[64]. De esta forma, la Sala Segunda de Revisión estudiará el siguiente problema jurídico:

48. Preliminarmente, debe advertirse desde ahora que esta Corporación no cuenta con los elementos técnicos ni científicos necesarios para controvertir el criterio médico adoptado por los profesionales de la salud que atendieron al paciente, ni para desvirtuar el tratamiento prescrito con base en su diagnóstico[65] y que dicha valoración no corresponde a su competencia en el presente caso. De ahí que no sea posible cuestionar las razones por las que no se trató al señor Enrique por medio de la especialidad de gastroenterología o por qué no se le realizó cirugía para el retiro de “la masa” que le obstruía el paso intestinal.

49. Así las cosas, para resolver el problema jurídico planteado, la Sala se referirá a: (i) el reconocimiento y la protección de la diversidad étnica y cultural de los pueblos indígenas; (ii) el derecho fundamental a la salud y su garantía a la población indígena bajo un enfoque de pertinencia étnica; (iii) los principios y derechos fundamentales asociados al desistimiento informado de tratamientos médicos; y (iv) la solución del caso concreto.

50. Finalmente, esta Corporación considera necesario resaltar que el presente caso pone de manifiesto una preocupación de fondo relacionada con la forma en que las entidades estatales y las propias comunidades indígenas gestionan las muertes de personas indígenas, así como las barreras que enfrenta la población indígena para registrar de manera oportuna y adecuada el fallecimiento de sus miembros. Esta situación refleja una brecha estructural en la garantía de los derechos fundamentales de los pueblos indígenas y una limitada articulación entre los sistemas normativos propios y el orden institucional estatal.

51. Por ello, aunque este asunto no constituye el objeto central de revisión, la Sala hará una breve consideración sobre el mismo y adoptará algunas medidas orientadas a fortalecer la coordinación intercultural en estos escenarios. Con ello se busca contribuir al cumplimiento del mandato constitucional de reconocimiento y respeto por la diversidad étnica y cultural, así como promover una convivencia armónica y respetuosa entre la

sociedad mayoritaria y los pueblos indígenas, en el marco de una verdadera interculturalidad.

5. Fundamentos para el análisis de fondo

5.1. Disposiciones constitucionales y jurisprudenciales para el reconocimiento y la protección de la diversidad étnica y cultural de los pueblos indígenas. Reiteración de jurisprudencia[66]

52. La Corte Constitucional ha reiterado que el derecho fundamental de los pueblos indígenas al reconocimiento y protección de su diversidad étnica y cultural constituye un eje esencial del orden constitucional. Recientemente, en la Sentencia T-082 de 2025, la Sala Segunda de Revisión recordó que “[l]os sistemas jurídicos occidentales se construyeron a partir de categorías genéricas y universales que disolvían las diferencias entre los diversos grupos sociales que antecedieron a las sociedades pre-liberales”. A partir de ello, resaltó que la diferencia étnico-cultural entre los grupos indígenas y la cultura mayoritaria debe asumirse como base para una coexistencia respetuosa entre distintos esquemas culturales.

53. Bajo ese contexto, es menester precisar que la Constitución Política de 1991 marcó un cambio significativo en el reconocimiento del carácter pluralista del Estado colombiano y en la protección de la diversidad étnica y cultural de la Nación. Así, el artículo 1.º de la Carta Política establece que Colombia es un Estado Social de Derecho, democrático, participativo y pluralista; el artículo 7.º garantiza la diversidad étnica y cultural de la Nación; el artículo 8.º impone al Estado la obligación de proteger la riqueza cultural del país; el artículo 10.º otorga carácter oficial a las lenguas indígenas en sus territorios; el artículo 13 precisa el mandato de igualdad y la prohibición de discriminación por razón de la raza u origen; y el artículo 70 señala que la cultura en sus diversas manifestaciones es fundamento de la nacionalidad.

54. Por otro lado, en el plano internacional, el Convenio 169 de la OIT[67] (Organización Internacional del Trabajo)[68] reconoce el derecho de los pueblos indígenas a asumir el control de sus instituciones, modos de vida y procesos de desarrollo, así como a preservar y fortalecer sus identidades, lenguas y religiones. En consecuencia, impone a los Estados el deber de respetar su integridad cultural y de garantizar los medios necesarios para el desarrollo de sus propias iniciativas.

55. En este sentido, la Corte Constitucional ha reconocido, por su parte, que de dicha declaración se desprenden como elementos centrales para la protección de los derechos de los pueblos indígenas:

“(i) [E]l principio de no discriminación, de acuerdo con el cual (i.1) las personas indígenas gozan de iguales derechos al resto de la población y (i.2) el goce de sus derechos especiales, asociados a la diversidad étnica, no debe convertirse en obstáculo para el ejercicio de los demás derechos humanos; (ii) el derecho a la autodeterminación, principio fundacional de los derechos de los pueblos indígenas; (iii) la relevancia del principio de no asimilación, considerado como derecho fundamental de las comunidades; y (iv) la participación, la consulta previa y el consentimiento libre e informado frente a las medidas que los afecten”[69].

56. De esta forma, se puede indicar que la diversidad de los pueblos indígenas se expresa en múltiples dimensiones, desde el lenguaje y las tradiciones hasta la forma en que cada comunidad decide organizarse en términos económicos, sociales y jurídicos, garantizándose así la pervivencia de los pueblos desde una perspectiva diferenciada de conformidad con sus usos, costumbres y cosmovisión[70]. Siendo para ello una de las garantías fundamentales de los pueblos indígenas el derecho a la libre determinación, el cual se sustenta en el reconocimiento de la coexistencia de diversas concepciones del mundo y en

el valor intrínseco de esa diversidad[71].

57. De esta forma, las comunidades indígenas y sus individuos tienen la potestad de tomar sus propias decisiones en los ámbitos cultural, espiritual, político y jurídico, sin que ello implique un desconocimiento de los valores y principios constitucionales.

58. La jurisprudencia ha señalado que solo con un alto grado de autonomía es posible la preservación de la identidad cultural de los pueblos indígenas, siempre dentro del marco del pluralismo constitucional, lo que supone un equilibrio entre la protección de la diferencia y la integración al orden jurídico nacional[72].

59. Finalmente, la protección de la diversidad étnica y cultural también se encuentra respaldada en instrumentos internacionales como la Declaración Universal de Derechos Humanos[73], el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales[74], el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos[75] y la Convención Americana sobre Derechos Humanos[76].

60. En armonía con estos instrumentos, la Corte ha interpretado que la diversidad étnica y cultural implica que los pueblos étnicamente diferenciados son titulares de un trato especial, acorde con sus valores, cosmovisiones y prácticas culturales.

61. En conclusión, el Estado colombiano está llamado a cumplir deberes especiales frente a los pueblos indígenas, que no se reducen a evitar actos de discriminación, sino que incluyen el diseño y ejecución de acciones afirmativas que garanticen el goce efectivo, en condiciones de igualdad, de todos sus derechos constitucionales, tanto individuales como colectivos.

5.2. El derecho fundamental a la salud y su garantía a la población indígena bajo un enfoque de pertinencia étnica

5.2.1. El derecho a la salud de los pueblos indígenas

62. En el marco del Estado Social de Derecho y conforme con la Constitución Política de 1991, la salud es reconocida como un derecho fundamental autónomo de aplicación inmediata (art. 49), además de un servicio público esencial que debe prestarse bajo los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad e integralidad (arts. 48 y 365). No obstante, cuando se trata de pueblos indígenas, el alcance de este derecho debe interpretarse en clave de diversidad étnica y cultural, tal como lo exige el artículo 7.^o constitucional, que reconoce y protege la diversidad étnica y cultural de la Nación colombiana, y el artículo 13, que prohíbe toda forma de discriminación, incluyendo la de carácter étnico o cultural.

63. Desde la perspectiva del bloque de constitucionalidad, el derecho a la salud de los pueblos indígenas se encuentra reforzado por el Convenio 169 de la OIT[77], que impone al Estado el deber de respetar las instituciones y formas de vida de los pueblos indígenas y consultarles cualquier medida que los afecte directamente, incluidas las relativas a la salud.

64. A nivel internacional, el artículo 24 de la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas reconoce expresamente el derecho de estos pueblos a mantener sus medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, además de acceder, sin discriminación, a todos los servicios sociales y de salud. Este reconocimiento implica, la obligación del Estado de proteger, promover y articular los sistemas de salud

propios como parte del ejercicio del derecho a la autodeterminación y la identidad cultural.

65. En el ámbito legal nacional, la Ley Estatutaria 1751 de 2015 reafirma el carácter fundamental del derecho a la salud y establece que este derecho debe prestarse en condiciones de calidad, oportunidad, continuidad, pertinencia cultural y sin barreras de acceso (arts. 2, 4, 5 y 6). En su artículo 6.º, además, exige que las autoridades garanticen un enfoque diferencial para poblaciones con condiciones particulares, entre ellas los pueblos indígenas[78].

66. En este sentido, el derecho a la salud de los pueblos indígenas implica no solo el acceso a servicios médicos convencionales, sino también la preservación, fortalecimiento y articulación de sus propios sistemas de salud, en tanto expresiones de su autonomía cultural.

67. La Observación General No. 14 del Comité DESC de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC) de la ONU desarrolla el contenido del derecho a la salud a través de cuatro elementos interdependientes:

(i) La disponibilidad se refiere al deber del Estado de garantizar la existencia de servicios, personal, medicamentos e infraestructura de salud suficientes, incluido personal médico capacitado y bien remunerado, y medicamentos esenciales según la definición de la OMS.

(iii) La accesibilidad abarca a su vez las dimensiones de no discriminación, accesibilidad

física, accesibilidad económica y acceso a la información. Los servicios deben ser accesibles a todos los sectores de la población, especialmente a los grupos vulnerables y marginados, y estar al alcance geográfico y económico de todos.

(iv) La calidad se refiere a la atención apropiada desde el punto de vista médico y técnico, con personal idóneo. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser apropiados científica y médicamente, y ser de buena calidad.

68. En línea con lo anterior, cabe resaltar que, complementando los estándares del Comité DESC, la jurisprudencia constitucional ha desarrollado un marco propio de protección dentro del Sistema de Seguridad Social en Salud. Este marco, recogido en la Sentencia C-313 de 2014, reconoce cinco categorías de derechos: (i) acceso al derecho a la salud, (ii) acceso a la información, (iii) calidad del servicio, (iv) aceptabilidad del servicio, y (v) otros derechos como la intimidad, la prohibición de tratos crueles o el derecho a no soportar cargas administrativas del sistema.

69. El acceso se refiere a la atención oportuna, la continuidad, la integralidad, etc. en la prestación del servicio y la provisión de medicamentos y tecnologías necesarias. La calidad se centra en la atención por personal calificado y el uso de tecnologías apropiadas; alude al derecho a recibir el servicio en condiciones de higiene, seguridad y respeto a la intimidad. La aceptabilidad subraya el respeto a la ética médica en la prestación de servicios y, en ese sentido, el respeto que deben tener los diferentes agentes del sistema sobre las creencias y costumbres de los pacientes así como respecto de las opiniones sobre los procedimientos. Otros derechos abarcan aspectos como la intimidad, la prohibición de tratos crueles y la protección contra cargas administrativas innecesarias, todos orientados a salvaguardar la dignidad del paciente y prevenir sufrimientos evitables.

70. Bajo dicho contexto, en la Sentencia T-106 de 2025, esta Corporación indicó que:

“[P]ara los pueblos indígenas, la dimensión de acceso debe contemplar sus particularidades geográficas y culturales, garantizando que los servicios sean física y culturalmente accesibles. La calidad atañe también a que sus prácticas médicas tradicionales y sus conocimientos en materia de salud sean incorporados al servicio. La aceptabilidad implica que los servicios de salud sean respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, considerando los requisitos de género y ciclo de vida.

Otros derechos, como la intimidad y la prohibición de tratos crueles, también adquieren matices especiales en el contexto de los pueblos indígenas. Por ejemplo, el respeto a la intimidad debe considerar las nociones culturales específicas sobre el cuerpo y la salud, mientras que la prohibición de tratos crueles debe tener en cuenta las prácticas tradicionales conforme a su sentido o significado cultural.

En ese marco, los pueblos indígenas y sus miembros tienen tanto el derecho universal a la salud, concebido de tal manera que sus distintas dimensiones tomen en consideración la diversidad étnica y cultural; y tienen el derecho también a preservar sus conocimientos y medicina tradicional (...).”.

71. Por otro lado, la Corte Constitucional, en múltiples pronunciamientos[79], ha interpretado que el goce efectivo del derecho a la salud en comunidades indígenas requiere un enfoque de pertinencia étnica, es decir, que el sistema de salud respete y se adapte a sus cosmovisiones, prácticas médicas ancestrales y contextos territoriales.

72. Así, el derecho a la salud de los pueblos indígenas no puede entenderse únicamente desde los parámetros de la medicina occidental. Por el contrario, debe garantizarse mediante un enfoque diferencial e intercultural que reconozca y articule los sistemas de

salud propios, sustentados en prácticas ancestrales, espirituales y comunitarias. Este enfoque ha sido reconocido expresamente en la jurisprudencia constitucional, como lo señaló la Sentencia T-357 de 2017, al afirmar que el respeto por la identidad cultural es fundamento esencial del derecho a una atención en salud que sea aceptable desde la perspectiva de cada comunidad indígena. Por tanto, el derecho a la salud de los pueblos indígenas debe aplicarse con enfoque intercultural, territorial y comunitario, respetando sus prácticas ancestrales, autoridades tradicionales y autonomía organizativa.

5.2.2. La implementación y alcance del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI)

73. En los últimos 25 años, el legislador y el ejecutivo, en compañía de las comunidades indígenas, han intentado configurar un sistema de atención para las poblaciones indígenas, el cual atiende a un enfoque diferencial y al respeto de la identidad cultural de los grupos étnicos, sin que el Estado pierda la función de dirección, vigilancia y control del servicio público de salud.

74. De esta forma, en la Ley 691 de 2001 se reglamentó la participación de los grupos étnicos en el sistema general de seguridad social colombiano. Más adelante, ello tomó más fuerza con la expedición del Decreto 1953 de 2014, que fijó pautas al funcionamiento de los territorios indígenas y a su coordinación con las demás entidades territoriales. Luego, el sistema de salud propio para indígenas se materializó normativamente con la Ley 1751 de 2015, Estatutaria de Salud.

75. Así, finalmente el SISPI fue regulado por el Decreto 480 de 2025[80], el cual tiene por objeto desarrollar y regular la administración, gestión, financiación integral, ejecución de recursos, la operatividad, organización e implementación del SISPI en los territorios y territorialidades indígenas. Asimismo, definir los mecanismos de coordinación, articulación y

complementariedad con el sistema general de seguridad social en salud o el que haga sus veces, a través de sus modelos, procesos y formas de cuidado en salud propia, estableciéndose como horizonte de la política pública y de Estado para el goce pleno del derecho fundamental a la salud indígena, respetando la identidad, autonomía y libre determinación de los pueblos, desde la Ley de Origen, Derecho Mayor, Derecho Propio, Palabra de Vida y la Constitución Política[81].

76. El SISPI tiene como principales fines los de: (i) proteger los conocimientos, saberes, sabios y sabias ancestrales y autoridades tradicionales en salud desde la revitalización de la armonía y el equilibrio con la naturaleza para el buen vivir y el cuidado de la vida; (ii) implementar las formas para el cuidado de la salud propia e intercultural para garantizar la atención integral de la salud; (iii) fortalecer la transmisión de los sistemas de conocimiento en salud con procesos de educación, formación, generación y uso del conocimiento como elemento de permanencia y pervivencia de las prácticas en salud y vida de los pueblos indígenas; (iv) contar con mecanismos de administración, organización y gestión que sean contruidos desde las comunidades y sus autoridades; y (v) fortalecer las estructuras de gobierno propio en salud para la implementación efectiva del SISPI[82].

77. El artículo 5.º del Decreto 480 de 2025 establece los principios rectores del SISPI, los cuales deben interpretarse de manera armónica y en consonancia con los derechos fundamentales reconocidos por la Corte Constitucional[83]. Estos principios son: autonomía y libre determinación, complementariedad, coordinación e interdependencia, desarrollo propio, equidad social y equilibrio territorial, gratuidad, interpretación cultural, objeción cultural, prelación cultural, protección del SISPI, territorialidad, universalidad y voluntariedad. Cada uno de ellos refleja la necesidad de que el SISPI se fundamente en los sistemas de conocimiento, cosmovisión y derecho propio de los pueblos indígenas, y garantice su participación efectiva, el respeto por su identidad cultural, la protección de sus territorios y el ejercicio de su autodeterminación en materia de salud.

78. Asimismo, el SISPI incorpora cuatro elementos esenciales e interrelacionados que deben orientar su implementación: accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad e idoneidad. Estos elementos imponen al Estado el deber de asegurar que los servicios de salud dirigidos a los pueblos indígenas sean físicamente accesibles, culturalmente apropiados, disponibles con los recursos humanos y tecnológicos necesarios, y adecuados conforme a los sistemas de conocimiento de cada pueblo. En todo caso, la interpretación de los principios y elementos deberá ajustarse a una visión integral que respete la dignidad, autonomía y diversidad de las comunidades indígenas, en cumplimiento del mandato constitucional de protección reforzada y diferencial.

79. El SISPI no es simplemente un esquema asistencial; es la materialización institucional del derecho a la salud con enfoque diferencial, que debe ser concertado y liderado por los pueblos indígenas, bajo sus principios, cosmovisiones y sistemas normativos propios.

80. De esta forma, el SISPI parte de la comprensión integral de la salud desde las cosmovisiones indígenas, en las que el equilibrio con el territorio, los rituales, la espiritualidad, la alimentación y el conocimiento ancestral son fundamentales para el bienestar individual y colectivo. Por ello, la atención en salud debe permitir la coexistencia de la medicina tradicional indígena y la medicina occidental, sin que una subsuma o anule a la otra. Esta articulación debe materializarse en modelos de atención concertados, culturalmente pertinentes y con participación efectiva de las autoridades tradicionales.

81. Es de aclarar que según el artículo 68 del Decreto 480 de 2025:

“La transición de los procesos administrativos de salud actuales se hará conforme la presente norma para la implementación del SISPI, respetando la autonomía y Gobierno Propio de los pueblos indígenas. Dentro del año siguiente a la expedición de la presente norma se realizará la adecuación institucional estatal para la implementación del SISPI. Las instituciones propias de salud indígenas debidamente reconocidas o autorizadas por el

Consejo o Estructuras de Gobierno Propio del territorio indígena podrán adecuarse, transitar e incorporarse, en aplicación de los principios de progresividad y voluntariedad y en ejercicio de su autonomía al SISPI”.

5.2.3. El alcance del concepto de salud intercultural

82. El artículo 6º. de la Ley 1751 de 2015 sobre los elementos y principios del derecho fundamental a la salud, desarrolla una definición de interculturalidad bajo los siguientes términos:

“ I) Interculturalidad. Es el respeto por las diferencias culturales existentes en el país y en el ámbito global, así como el esfuerzo deliberado por construir mecanismos que integren tales diferencias en la salud, en las condiciones de vida y en los servicios de atención integral de las enfermedades, a partir del reconocimiento de los saberes, prácticas y medios tradicionales, alternativos y complementarios para la recuperación de la salud en el ámbito global”.

83. Además, en el año 2017 el Ministerio de Salud y Protección Social emitió un documento titulado “Incorporación del enfoque intercultural en los procesos de formación del talento humano en salud para el cuidado de la salud de pueblos indígenas en Colombia”[84]. En este texto se expone una definición de interculturalidad, desarrollada por el ministerio en conjunto con la Organización Panamericana de la Salud Colombia, a saber:

“[L]a interculturalidad está basada en el diálogo de saberes, donde ambas partes se escuchan, donde ambas partes se dicen y cada una toma lo que puede ser tomado de la otra, o sencillamente respeta sus particularidades e individualidades”[85].

84. Asimismo, en el sector salud y puntualmente en lo que respecta a la conformación de los equipos de trabajo que atienden a la población indígena, este documento indica que la salud intercultural supone:

“[L]a implementación de planes de formación continua dirigido a los equipos, que incorporen de manera transversal el enfoque intercultural; lo anterior en concordancia con el modelo de salud propio e intercultural de cada pueblo. En los casos donde los pueblos indígenas consideren pertinente integrar en sus equipos gestores comunitarios en salud, las personas que asuman este cargo laboral deberán recibir formación complementaria en salud con enfoque intercultural”[86].

“a) Acciones complementarias e interculturales de salud. Son las acciones de promoción, prevención, atención, tratamiento, rehabilitación y paliación, así como aquellas de gestión de salud pública complementarias a las formas de cuidado propias y de otros sistemas alopáticos o alternativos aceptados en los territorios indígenas, para garantizar la integralidad, complementariedad e interculturalidad del cuidado de la salud, lo cual implica poner en diálogo los distintos conocimientos para mejorar la situación de salud de los pueblos y comunidades”[87].

86. Incluso dentro de los derechos reconocidos en el marco de la administración del SISPI, en el artículo 20 del Decreto 480 de 2025, se establece que los integrantes de las comunidades indígenas podrán seleccionar libremente entre diferentes modelos de salud, a saber: (i) la alopática u occidental, (ii) la tradicional, (iii) aquella complementaria o intercultural, e incluso (iv) una combinación entre todas las anteriores:

“Artículo 20. Derechos específicos en la administración y operatividad del SISPI. Son derechos para la administración y operatividad del SISPI, entre otros, los siguientes:

(...)

d) Derecho al reconocimiento y Administración de los Modelos, Procesos y Formas de Cuidado de la Salud Propia e Intercultural. Corresponde al reconocimiento, protección y fortalecimiento de los usos, costumbres, tradiciones, valores culturales propios, sistemas de conocimiento, cosmovisión y cosmogonía de cada pueblo indígena y la medicina tradicional; así como la administración del SISPI.

Parágrafo. Los miembros de los pueblos indígenas tendrán el derecho de opción al tratamiento en salud, para poder decidir libremente si acceden a la medicina alopática, tradicional, de complementariedad intercultural o una combinación de ellas”.

87. Lo expuesto permite concluir que al interior de nuestro ordenamiento jurídico se ha pensado en diversas opciones de entender la salud en los pueblos indígenas, siendo una de estas vías la salud intercultural, en la cual tanto los conocimientos y prácticas indígenas, como las no indígenas, aportan, dialogan y convergen en una solución integral que promueve el respeto y la complementariedad de distintos modelos de salud. La salud intercultural no es una simple coexistencia de la medicina propia y occidental u alopática, sino una interacción activa entre los diferentes saberes, orientada a garantizar el derecho fundamental a la salud culturalmente pertinente e integral.

5.2.4. Las EPS indígenas y su deber de prestación de servicios de salud bajo estándares de interculturalidad, respeto y coordinación con las autoridades tradicionales

88. Las EPS-I (Entidades Promotoras de Salud Indígenas), como figuras creadas en el marco del SISPI, están llamadas a gestionar el aseguramiento y la prestación de servicios de salud a la población indígena bajo estándares de interculturalidad, respeto y coordinación con las autoridades tradicionales.

89. De conformidad con el marco normativo vigente las EPS-I, tienen las siguientes obligaciones jurídicas: (i) garantizar un acceso oportuno y sin barreras a servicios de salud convencionales y propios, tal como lo exigen los artículos 6 y 8 de la Ley 1751 de 2015 y el principio de accesibilidad contenido en el artículo 5 del Decreto 480 de 2025; (ii) diseñar y ejecutar modelos de atención concertados con las autoridades indígenas, en línea con los principios de autonomía, coordinación, voluntariedad e interculturalidad del artículo 5 del Decreto 480 de 2025; (iii) promover la integración del conocimiento tradicional al sistema general de salud, conforme a los principios de prelación cultural y desarrollo propio contenidos en el artículo 5 del Decreto 480 de 2025, y conforme a los requisitos técnico-culturales de habilitación del Decreto 1848 de 2017, que exige manuales de fortalecimiento de saberes ancestrales y integración de medicina tradicional para operar bajo el SISPI; (iv) articularse con las instituciones de medicina tradicional reconocidas por los pueblos indígenas, como lo dispone el principio de complementariedad y coordinación del artículo 5 del Decreto 480 de 2025; (v) respetar la autonomía organizativa y territorial de las comunidades, según el artículo 5 del Decreto 480 de 2025 y el enfoque diferencial de la Ley 1751 de 2015 en su artículo 8; (vi) cumplir con los principios de transparencia, eficacia, participación y pertinencia cultural, tal como se consagran en el artículo 5 del Decreto 480 de 2025, y conforme a los estándares de habilitación y permanencia establecidos por el Decreto 1848 de 2017, que exige estructuras técnico-culturales claras, participación comunitaria y sistemas de información adaptados, en desarrollo de sus responsabilidades como garantes del derecho fundamental a la salud de los pueblos indígenas.

90. Las EPS-I son, por tanto, más que aseguradoras, gestoras interculturales de salud, con un compromiso ético, jurídico y operativo de articular la diversidad cultural al sistema de

salud colombiano, sin replicar modelos homogeneizantes que desconocen la riqueza y complejidad de los saberes ancestrales.

91. Así, garantizar el derecho fundamental a la salud con pertinencia étnica no es una concesión, sino una obligación constitucional, legal e internacionalmente respaldada. Esto supone asegurar que las EPS-I, en el marco del SISPI, brinden una atención intercultural, que reconozca, valore y articule los sistemas de medicina tradicional con los servicios médicos convencionales, y que lo haga coordinadamente con las autoridades indígenas, respetando su autonomía organizativa, territorial y cultural.

92. En conclusión, la garantía efectiva del derecho fundamental a la salud de los pueblos indígenas en Colombia no puede reducirse a su inclusión en la cobertura del SGSSS, pues esta exige un enfoque integral que combine la universalidad del derecho con la especificidad cultural de quienes lo ejercen. Esta garantía solo se materializa si el Estado y los actores del sistema de salud respetan y promueven los sistemas propios de salud, aseguran la participación efectiva de las autoridades indígenas y adaptan la oferta de servicios de salud a las realidades y cosmovisiones de los pueblos indígenas, sin desconocer su derecho a mantener y desarrollar sus propias prácticas de cuidado y sanación.

5.3. Los principios y derechos fundamentales asociados al desistimiento informado de tratamientos médicos[88]

93. En Colombia, con la expedición de la Ley 23 de 1981 (Código de Ética Médica) se empezó a legislar sobre el tema del consentimiento informado y, con ello, se transformó la forma como se concebía la intervención médica; pasándose entonces de una medicina paternalista hacia una autonomista, donde prima la voluntad y el querer del paciente. Transformación que se ve reflejada en el acto médico a través del consentimiento informado, que no es más que la expresión de voluntad y autonomía del paciente, frente a la

aceptación o no de un procedimiento o actuar médico.

94. En ese marco, la Resolución 3100 de 2019[89] del Ministerio de Salud y Protección Social, definió el consentimiento informado de la siguiente forma:

“Es la aceptación libre, voluntaria y consciente de un paciente o usuario, manifestada en el pleno uso de sus facultades, para que tenga a lugar un acto asistencial. Para que el consentimiento se considere informado, el paciente o usuario deberá entender la naturaleza de la decisión a consentir tras recibir información que le haga consciente de los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones del acto asistencial. Para efectos del estándar de historia clínica, el consentimiento informado es el documento que se produce luego de la aceptación en las condiciones descritas. Para el caso de niñas, niños y adolescentes, el consentimiento informado deberá cumplir con los trámites que establezca la normatividad correspondiente. En caso de que el paciente o usuario no cuente con sus facultades plenas la aceptación del acto médico la hará el familiar, allegado o representante responsable”.

95. Asimismo, dicho Ministerio[90] precisó que el consentimiento informado debe cumplir con unos elementos mínimos para su validez, como lo son:

Tabla 7. Elementos para la validez del consentimiento informado según el Minsalud

Elemento

Contenido

Voluntariedad

Acto mediante el cual un individuo libre ejerce su autodeterminación al autorizar cualquier intervención médica para sí mismo, en forma de medidas preventivas, de tratamiento, de rehabilitación o de participación en una investigación.

Información en cantidad suficiente

Solo la reflexión basada en la relación que se ha establecido con un paciente en particular nos permitirá establecer cuáles son las necesidades reales de conocimiento del paciente respecto a su patología. La comunicación de la verdad en medicina constituye un imperativo ético, pero la determinación de la oportunidad de su comunicación sigue siendo un juicio clínico. La información que debe darse a un paciente determinado ha de entenderse como un proceso evolutivo, no como un acto clínico aislado, dándole al enfermo la opción de escoger. Esto deberá adaptarse a la situación particular de cada paciente.

Información en calidad suficiente

Se considera que existen dos aspectos que pueden alterar la calidad de la información. La primera de carácter objetivo y se origina en el médico, la segunda es de carácter subjetivo y se origina en el paciente como receptor de la información. La información debe ser provista usando un lenguaje inteligible para el paciente, esto es de acuerdo a su nivel cultural y sus posibilidades de comprensión.

Competencia

Según la teoría del consentimiento informado, solo los pacientes competentes tienen el derecho ético y legal de aceptar o rechazar un procedimiento propuesto, o sea de otorgar o no el consentimiento. La competencia se define como “la capacidad del paciente para comprender la situación a la que se enfrenta, los valores que están en juego y los cursos de acción posibles con las consecuencias previsibles de cada uno de ellos, para a continuación tomar, expresar y defender una decisión que sea coherente con su propia escala de valores”.

96. Mediante la Resolución 229 de 2020 se consagraron como derechos de los pacientes, relacionados con el tema bajo consideración, los de: (i) recibir durante todo el proceso de la enfermedad, la mejor asistencia médica disponible en la red y el cuidado paliativo de acuerdo con su enfermedad o condición, incluyendo la atención en la enfermedad incurable

avanzada o la enfermedad terminal, garantizando que se respeten los deseos del paciente frente a las posibilidades que la IPS tratante ofrece; (ii) ser respetado como ser humano en su integralidad, sin recibir ninguna discriminación por su pertenencia étnica, sexo, identidad de género, orientación sexual, edad, idioma, religión o creencia, cultura, opiniones políticas o de cualquier índole, costumbres, origen, condición social, condición económica y su intimidad, así como las opiniones que tenga; (iii) elegir dentro de las opciones de muerte digna según corresponda a su escala de valores y preferencias personales y a ser respetado en su elección, incluyendo que se le permita rechazar actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios, procedimientos o tratamientos que puedan dilatar el proceso de la muerte impidiendo que este siga su curso natural en la fase terminal de su enfermedad; (iv) disfrutar y mantener una comunicación permanente y clara con el personal de la salud, apropiada a sus condiciones psicológicas y culturales y, en caso de enfermedad, estar informado sobre su condición, así como de los procedimientos y tratamientos que se le vayan a practicar, al igual que de los riesgos y beneficios de éstos y el pronóstico de su diagnóstico; (v) aceptar o rechazar actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios, procedimientos o tratamientos para su cuidado. Adicionalmente, ninguna persona podrá ser obligada a recibir los mismos en contra de su voluntad; entre otros.

97. Por otro lado, la Sentencia T-622 de 2014 estableció las características esenciales que debe cumplir el consentimiento informado en el ámbito médico:

“a) [D]ebe ser libre, previo e informado, es decir, al margen de coacciones y engaños; b) la decisión debe ser informada, es decir, debe fundarse en un conocimiento adecuado y suficiente de todos los datos que sean relevantes para que el paciente pueda comprender los riesgos y beneficios de la intervención u operación a realizar, y debe estar acompañados de la oportunidad de valorar las demás alternativas, incluso la ausencia de cualquier tipo de tratamiento; c) el paciente debe gozar de aptitudes emocionales y mentales para decidir si acepta o no el tratamiento, lo que quiere significar que debe ser un ser autónomo y comprenderse como sujeto con identidad sexual propia; d) tratándose de intervenciones

médicas extraordinarias que implican una invasión al cuerpo de riesgo mayor a las terapias ordinarias, el deber de revelación de la información es más exigente y la manifestación del paciente debe ser más clara y cualificada; e) si la intervención es riesgosa y las posibilidades favorables del paciente son bajas, el consentimiento manifestado por el paciente debe ser más preciso y rigurosamente informado; y f) en el caso de los menores de edad, por regla general, es legítimo que los padres y el Estado puedan tomar ciertas medidas a favor de ellos, e incluso contra su voluntad, toda vez que se considera que los niños y niñas todavía no han adquirido la suficiente independencia de criterio para diseñar autónomamente su plan de vida. No obstante, lo anterior, “ello no quiere decir que los padres puedan tomar, a nombre de su hijo, cualquier decisión médica relativa al menor, por cuanto el niño no es propiedad de nadie, sino que él ya es una libertad y una autonomía en desarrollo, que tiene entonces protección constitucional”.

98. Además, en la Sentencia C-182 de 2016 se indicó:

“En consecuencia, el consentimiento previo e informado del paciente se requiere para “todo tratamiento, aún el más elemental”. Sin embargo, no cualquier autorización del paciente es suficiente para legitimar una intervención médica.

Así, la jurisprudencia constitucional ha determinado que el consentimiento informado debe satisfacer, cuando menos, dos características: (i) debe ser libre, en la medida que el sujeto debe decidir sobre la intervención sanitaria sin coacciones ni engaños; además, (ii) debe ser informado, pues debe fundarse en un conocimiento adecuado y suficiente para que el paciente pueda comprender las implicaciones de la intervención terapéutica. Así, deben proporcionarse al individuo los datos relevantes para valorar las posibilidades de las principales alternativas, las cuales deben incluir la ausencia de cualquier tipo de tratamiento”[91].

99. En el mismo sentido, la CIDH[92] ha señalado que el consentimiento informado no se limita a la simple aceptación de un tratamiento, sino que constituye un proceso de comunicación entre el paciente y el profesional de la salud. En este contexto, la CIDH establece tres requisitos esenciales de aquel:

Tabla 8. Requisitos esenciales del consentimiento informado según la CIDH

Requisito

Contenido

Suministro de información clara y suficiente, incluyendo la naturaleza, beneficios y riesgos del tratamiento, así como sus alternativas.

Se requiere que la información que se suministra al paciente sea suficiente para tomar decisiones sobre su salud. Por lo tanto, esta debe ser oportuna, completa, accesible, fidedigna y oficiosa. Asimismo, debe ser comprensible, con un lenguaje accesible y encontrarse actualizada.

Consideración de las necesidades del paciente, asegurándose que este comprenda la información proporcionada.

Al momento de brindarse información sobre el tratamiento o procedimiento médico se deben tener en cuenta, por un lado, los determinantes sociales que condicionan el acceso a la información, como la pobreza y la cultura y, por otro, el deber del Estado de suministrar información en atención a la obligación transversal de eliminación de discriminación y de la protección especial a grupos vulnerables. Ello, puesto que la comprensión y acceso de la información es la garantía esencial de que la decisión que se tome sea libre.

Decisión voluntaria del paciente, garantizando que esta no esté influenciada por presiones indebidas.

La coacción o interferencia en la autonomía de estas decisiones puede constituir una violación al artículo 5 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos.

100. Por su parte, la Sentencia T-1021 de 2003 precisó que el consentimiento informado es un requisito obligatorio para la legitimidad constitucional de cualquier intervención sanitaria. Su omisión implicaría aceptar, por un lado, que solo el criterio del médico define lo que es bienestar o salud y, por otro, que el profesional de la salud puede decidir por sus pacientes, lo que vulneraría su autonomía y dignidad.

101. En consecuencia, el desistimiento informado de tratamientos médicos se configura como un derecho derivado del consentimiento informado, sustentado en los principios[93] de la dignidad humana[94], la libertad personal[95] y el pluralismo ideológico[96], los cuales confluyen en el concepto de autonomía individual. Esto implica que toda persona tiene el derecho a: (i) definir la forma en que vive su vida, conforme a sus propias creencias y valores; (ii) ejercer su autodeterminación, eligiendo libremente los tratamientos médicos a los que desea someterse o rechazar; y (iii) decidir entre las distintas opciones terapéuticas sin que el Estado o terceros impongan una única alternativa como válida.

102. Asimismo, es fundamental reiterar que la validez de cualquier decisión en salud requiere del acceso a información clara y suficiente, la ausencia de coacción y la adecuación de los tratamientos a las necesidades individuales. Por tanto, el reconocimiento del desistimiento informado no solo protege la integridad y autodeterminación de los pacientes, sino que también evita que el Estado o los profesionales de la salud impongan criterios unilaterales sobre el bienestar de una persona. Garantizar este derecho refuerza la concepción de la salud como un ámbito en el que prima la voluntad del paciente por encima de una visión exclusivamente médica, asegurando así el respeto por la diversidad de valores y concepciones de vida en una sociedad democrática y pluricultural.

103. En este sentido, el paciente tiene derecho a optar por tratamientos distintos a los recomendados por su médico tratante, incluso si estos conllevan riesgos, siempre que

existan opciones viables, disponga de información suficiente y manifieste su consentimiento previo.

104. Sin embargo, esto no significa que pueda elegir cualquier procedimiento sin fundamento, sino que, dentro de las alternativas disponibles, puede inclinarse por aquella que mejor se ajuste a su condición y expectativas. De hecho, la autonomía del paciente no se limita a aceptar o rechazar opciones médicas, sino que también protege su derecho a proponer un tratamiento alternativo, que podrá ser aceptado por el médico, siempre que no contravenga las reglas de la ciencia.

105. El reconocimiento de la autonomía también abarca decisiones que, desde una perspectiva ajena, podrían considerarse irracionales o caprichosas. La jurisprudencia ha sido clara al señalar que el ser humano, como agente moral autónomo, es el único responsable de su cuerpo y de las consecuencias de sus decisiones sobre su estado de salud. En consecuencia, ninguna persona puede ser obligada a someterse a un tratamiento que no esté en consonancia con su plan de vida y sus creencias. Como ha señalado esta Corte[97], el principio de libertad sustenta el derecho a la autonomía del paciente, reafirmando su capacidad de tomar decisiones informadas sobre su bienestar.

106. En este mismo sentido, la Observación General N° 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales enfatiza que el derecho a la salud incluye el derecho de cada persona a controlar su cuerpo[98], lo que impide que sea sometida a tratamientos sin su consentimiento.

107. Desde esta perspectiva, la autonomía se manifiesta en dos facetas: una positiva, que se refiere al derecho del paciente a elegir libremente entre diversas opciones terapéuticas tras una valoración de los riesgos y beneficios, incluso si ello implica optar por una alternativa no recomendada por su médico tratante; y una negativa, reconocida por este Alto Tribunal[99], que consiste en el derecho a rechazar cualquier medicamento,

procedimiento o intervención médica, lo que se conoce como disentimiento. Esta última faceta permite al paciente incluso decidir no hacer nada y permitir que la enfermedad siga su curso[100].

108. No obstante, este derecho no es absoluto. En situaciones de urgencia médica, cuando el paciente no puede expresar su voluntad y no cuenta con familiares o tutores que puedan otorgar un consentimiento sustituto, el principio de beneficencia puede prevalecer. En estos casos excepcionales, el profesional de la salud queda eximido de obtener el consentimiento, siempre que documente adecuadamente los hechos en la historia clínica[101]. En términos generales, cuando existe un conflicto entre la autonomía del paciente y el principio de beneficencia médica, debe primar el derecho del paciente a decidir sobre su cuerpo y tratamiento.

109. En la misma línea, la Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial sobre los Derechos de los Pacientes establece en su numeral 3.º que “el paciente adulto mentalmente competente tiene derecho a dar o negar su consentimiento para cualquier examen, diagnóstico o terapia”. A nivel normativo interno, la Resolución 229 de 2020[102] consagra el derecho de los afiliados al sistema de salud en Colombia a rechazar cualquier tratamiento sugerido por los profesionales de la salud, señalando que ninguna persona puede ser obligada a recibir intervenciones médicas en contra de su voluntad[103].

110. El artículo 16 de la Constitución protege el derecho al libre desarrollo de la personalidad, estrechamente vinculado con la dignidad humana, el pluralismo y la libertad. En este marco, el desistimiento informado y voluntario de tratamientos médicos refuerza este derecho al permitir que las personas ejerzan su autodeterminación en materia de salud[104]. Asimismo, el respeto a la integridad personal implica que ninguna intervención médica puede realizarse sin el consentimiento del paciente, pues cualquier instrumentalización de su cuerpo sin su aprobación vulnera su dignidad y sus derechos fundamentales[105].

111. Por otro lado, la vida, además de ser un derecho, es un valor protegido constitucionalmente. Sin embargo, su protección no puede imponerse en contra de la autonomía y la dignidad de las personas[106]. Esto significa que un paciente puede, previo consentimiento informado, rechazar tratamientos que prolonguen su existencia en condiciones que considere indignas o contrarias a sus creencias. En consecuencia, el Estado debe armonizar la protección de la vida con el respeto a la autodeterminación individual y el libre desarrollo de la personalidad.

112. En la T-332 de 2004, la Corte consideró que la libertad de conciencia es un derecho fundamental de aplicación inmediata, que “tiene toda persona para actuar en consideración a sus propios parámetros de conducta, sin que pueda imponérsele actuaciones que estén en contra de su razón”. Se trata de un derecho reconocido también en el ámbito internacional, en el artículo 3.º de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre y el artículo 12 de la Convención Americana Sobre Derechos Humanos.

113. De la misma forma, en la Sentencia T-083 de 2021[107] esta Corporación protegió el derecho a la salud y a la libertad religiosa de una joven testigo de Jehová que rechazó realizarse transfusiones de sangre, argumentando, entre otros aspectos, que este era un ejercicio legítimo de su derecho a la libertad de conciencia, la cual “tiene por objeto la facultad de cada persona de «discernir entre lo que resulta ser el bien o el mal moral, pero en relación con lo que concretamente, en determinada situación, debemos hacer o no hacer»”.

114. En conclusión, el desistimiento libre e informado de tratamientos médicos no solo es un elemento fundamental en el ejercicio del derecho a la salud, sino que también constituye una garantía del libre desarrollo de la personalidad, la autonomía, la dignidad humana y la libertad de conciencia, cultos e información. Su reconocimiento implica que las

personas puedan tomar decisiones libres sobre su cuerpo y bienestar, basándose en información clara, veraz y confiable, incluso cuando estas no coincidan con la visión médica tradicional.

III. CASO CONCRETO

115. Una vez revisado de manera integral el escrito de tutela, junto con las pruebas obrantes en el expediente, la Sala Segunda de Revisión considera que, en el presente caso, se vulneró el derecho a la salud con pertinencia étnica del agenciado, toda vez que, aunque el señor Enrique, titular de los derechos fundamentales invocados, falleció en su lugar de residencia tras decidir voluntariamente abandonar el Hospital San Rafael de Leticia y desistir de cualquier tratamiento médico diferente al de sus ancestros: (i) la EPS indígena MALLAMAS no garantizó un servicio de salud articulado entre la medicina ancestral y la occidental, como era su deber; y (ii) la Fundación Cardiovascular de Colombia y el Hospital San Rafael de Leticia no lograron acreditar que cumplieron con todos los requerimientos necesarios para que esta Corporación encontrase probado que el desistimiento realizado por el agenciado se llevó a cabo de forma libre e informada.

116. Así las cosas, la Sala analizará los hechos que dieron paso a la presentación de esta acción de tutela y, en ese sentido, realizará las valoraciones correspondientes al caso en concreto. Para ello, se referirá en un primer momento a lo relacionado con la EPS-I MALLAMAS y, posteriormente, se centrará en lo que tiene que ver con la Fundación Cardiovascular de Colombia y el Hospital San Rafael de Leticia.

1. Sobre la falta de acceso al derecho a la salud con pertinencia étnica de la EPS-I MALLAMAS

117. En el presente caso, Gloria acudió a la acción de tutela con el fin de que se ordenara a MALLAMAS EPS-I (i) remitir a Enrique por medio de un vuelo ambulancia medicalizado a una institución de tercer nivel de complejidad y que se le asignara una cama de manera urgente, y (ii) garantizar la prestación de los servicios de transporte, alojamiento y alimentación de un acompañante, durante todo el periodo que el agenciado permaneciera en la ciudad de remisión.

118. Al respecto, argumentó que el señor Enrique se encontraba internado en el Hospital San Rafael de Leticia y que el médico tratante había ordenado la remisión con carácter de urgencia vital al no tener esta institución las especialidades necesarias para su atención. No obstante, MALLAMAS EPS-I negó la prestación del servicio de transporte, alojamiento y alimentación para el acompañante, e informó la imposibilidad del traslado del paciente por falta de camas en las IPS receptoras, lo cual vulneraba los derechos fundamentales a la salud, a la vida, a la integridad personal, a la seguridad social, a la dignidad humana y a la igualdad del agenciado.

119. En contraposición, MALLAMAS EPS-I manifestó a lo largo de este trámite judicial que la razón por la que no se había podido realizar la remisión era porque el paciente no había aceptado someterse a procedimiento alguno para su enfermedad, pues sus creencias y costumbres no le permitían realizarse tratamientos médicos diferentes a los de sus ancestros. De esta forma, indicó que la voluntad del paciente de no ser tratado quedó registrada en su historia clínica y en un escrito firmado por él. Por lo tanto, ninguna IPS[108] había aceptado la remisión del paciente, al ser necesario para la cirugía que él solicitaba, se tratara primero el cáncer que tenía como diagnóstico principal, pues esta enfermedad era la que le causaba la obstrucción en el paso de alimentos. Además, señaló que los especialistas de gastroenterología manifestaron no poder realizar dicha cirugía por no ser la especialidad competente para tratar el cáncer.

120. Argumentó que los médicos tratantes del Hospital San Rafael de Leticia señalaron que el paciente no aceptó remisión para quimioterapias o radioterapia con el fin de tratar su diagnóstico y, en cambio, solicitó tratamiento para la obstrucción intestinal. A lo que se

reiteró que esta era originada por el cáncer de páncreas, siendo necesario el manejo por oncología y no por gastroenterología. Esta información fue ratificada en las contestaciones del hospital a esta Corporación.

121. La EPS-I MALLAMAS se refirió en reiteradas ocasiones a las notas médicas de la historia clínica del paciente, que consignaron los médicos tratantes, no habiendo sido la única vez que se manifestó por el señor Enrique que no aceptaba someterse a tratamiento médico por sus creencias culturales la del Hospital San Rafael de Leticia. La manifestación de voluntad del usuario de no aceptar tratamiento médico para el cáncer -quimioterapia- se dio inicialmente el 10 de julio de 2024 en la consulta de control con la especialidad de cirugía hepatobiliar de la Fundación Cardiovascular de Colombia y en razón a esta es que luego se solicitó por el mismo usuario su retorno a Leticia. Esta información fue confirmada por la Fundación Cardiovascular de Colombia en su contestación al auto de pruebas.

122. Por otro lado, el desistimiento firmado por el paciente que se utilizó como argumento fundamental en este asunto y que es un manuscrito del señor Enrique, se remitió a la EPS-I MALLAMAS el 18 de julio de 2024 por parte del hogar de paso Fundación Montañas Azules, que era el lugar que la EPS había dispuesto para el alojamiento del paciente y su acompañante mientras se encontraba remitido a la ciudad de Bucaramanga para recibir diagnóstico y posterior tratamiento del cáncer que padecía.

123. Teniendo en cuenta todo lo anterior, para esta Corporación es claro que la voluntad del señor Enrique era la de no recibir tratamiento médico de quimioterapia para tratar su diagnóstico en razón a sus creencias y costumbres. Y que en ese contexto, la EPS-I MALLAMAS se limitó a prestar el servicio de salud únicamente bajo una perspectiva de medicina occidental, dejando de lado el enfoque étnico en la prestación del servicio, el cual no se puede ceñir únicamente a “respetar” la decisión del paciente sin ofrecerle alternativas que atiendan a sus creencias y cosmovisión.

124. Lo anterior, cobra aún más importancia si se tiene en cuenta que la EPS-I MALLAMAS contaba con esa posibilidad, pues más allá del deber constitucional y legal que existe en la prestación del servicio a la salud con pertinencia étnica, lo cierto es que la accionada cuenta con medidas que atienden al respeto de la salud propia e intercultural que se pudieron haber ofrecido y activado en este caso concreto, pero no lo hizo. Por ejemplo, se hubiese podido remitir al usuario a la IPS indígena MALLAMAS para que recibiera tratamiento. Esto teniendo en cuenta que la EPS-I manifestó en uno de sus escritos de contestación que la entidad cuenta con contratación activa de servicios de medicina ancestral en el municipio de Leticia a través de la IPS Indígena Mallamas, lo cual permite garantizar procesos de atención diferenciada y culturalmente pertinente a los usuarios indígenas que expresan su voluntad de ser atendidos según sus prácticas y sistemas médicos tradicionales. Esto no ocurrió en el caso concreto, aunque reiteradamente el señor Enrique indicó que su voluntad era la de ser tratado por medio de la medicina ancestral.

125. En ese mismo sentido, la EPS-I podría haberse articulado con las autoridades indígenas de la etnia Miraña para (i) poner bajo su conocimiento la voluntad del señor Enrique de ser tratado por medio de la medicina tradicional, (ii) hacer seguimiento de su estado de salud con el fin de conocer su proceso médico y dejar registro de ello en la historia clínica del usuario y/o (iii) identificar estrategias de tratamiento interculturales que respondieran incluso, de manera diferenciada, a las múltiples patologías que lo aquejaban.

126. Otra posibilidad con la que contaba la EPS-I era la de activar en el caso concreto la intervención del gestor comunitario, quien entre sus funciones tiene el deber de: (i) participar en el monitoreo y seguimiento de las acciones en salud en individuos, familias y comunidades; (ii) contribuir en la coordinación para la prestación de los servicios de salud para la población afiliada perteneciente a las comunidades indígenas, respetando sus tradiciones medicinales y culturales, preservando la identidad cultural de las diferentes etnias atendidas por la EPS-I; (iii) aportar saberes en el proceso de implementación de la

medicina tradicional; y (iv) velar porque la entidad adelante acciones tendientes a observar, desarrollar e implementar, las actividades que tengan en cuenta el respeto y preservación de las culturas tradicionales, a fin de preservar sus costumbres y la complementariedad de la medicina tradicional de los pueblos.

127. Adicionalmente, la Sala observa que la EPS-I MALLAMAS cuenta con lineamientos para brindar atención en salud bajo un enfoque diferencial e intercultural, tales como el modelo propio TEMPIAS. No obstante, en el caso concreto su aplicación fue deficiente, lo que revela un desconocimiento práctico de los principios que orientan la atención en salud de los pueblos indígenas -el SISPI-.

128. Sobre este punto, es preciso recordar que la EPS informó que, como parte del SISPI, cuenta con un modelo propio denominado Tejido del Modelo Propio e Intercultural de Atención en Salud - TEMPIAS, el cual está diseñado para articular los principios de la medicina occidental con la cosmovisión de los pueblos indígenas. Así, expuso que frente a los casos en los que un usuario manifiesta su decisión de desistir voluntariamente de un tratamiento médico por razones culturales, la EPS adopta las siguientes acciones como parte del enfoque diferencial:

(i) Concertación y mediación: se brinda información clara, comprensible y culturalmente adecuada sobre las implicaciones y consecuencias de desistir del tratamiento.

(ii) Documentación formal: si el usuario decide continuar con el desistimiento, se registra su decisión mediante un consentimiento informado en el que consten las alternativas ofrecidas y la aceptación de los riesgos asociados tal y como lo describe la normatividad vigente.

(iii) Articulación con la red prestadora: la red de Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), articulada bajo el modelo TEMPIAS, está capacitada y acompañada para atender este tipo de situaciones, garantizando el respeto por las decisiones del usuario y documentando los casos conforme a los protocolos establecidos por la institución en el marco de la normatividad vigente.

129. En el caso bajo estudio, se puede concluir respecto del primer punto que, si bien del estudio de las notas médicas dejadas por los profesionales de la salud tratantes se puede observar que se entregó algún tipo de información relacionada con los riesgos de la decisión del paciente y la desaprobación del médico tratante respecto a la alternativa clínica que buscaba el agenciado, no se tiene certeza de cuál fue esa información y si fue culturalmente adecuada en términos de cantidad y calidad. Sobre el segundo punto, no se encuentra en la historia clínica del paciente ni en la documentación allegada por la EPS o IPS ningún tipo de documento o formato donde se registre la decisión del señor Enrique y consten las alternativas ofrecidas y la aceptación de los riesgos asociados, pues lo único que existe son las anotaciones médicas dejadas por los médicos tratantes y el manuscrito recibido del agenciado -que no cumple con las condiciones de validez que en esta providencia se han expuesto, por cuanto quedan dudas frente a su suscripción bajo información clara, suficiente, comprensible, veraz y adaptada al contexto cultural del paciente, como se explica más adelante-. Por último, en cuanto al tercer punto, debido a que no se allegaron por las IPS los protocolos que usan para estos casos no es posible determinar si se cumplió con su aplicación, si los mismos están desarrollados con enfoque étnico, e incluso si existen y se aplican en las entidades en cuestión.

130. Sumado a lo anterior, la EPS-I MALLAMAS también indicó en sus escritos de respuesta que conforme a su modelo TEMPIAS, garantiza el acceso a los servicios de salud con enfoque diferencial a la población indígena vinculada mediante estrategias como el enfoque diferencial en el acceso a servicios y el acompañamiento continuo, incluyendo gestores interculturales en los territorios que se priorice la necesidad, los cuales facilitan el entendimiento entre la medicina occidental y la medicina ancestral, siendo Henry Nejedeka

el designado en el Amazonas.

131. No obstante, se reitera que en el caso concreto no se adaptó la prestación del servicio de salud a las prácticas tradicionales del paciente, ni tampoco existe prueba o registro alguno en la historia clínica de que el gestor comunitario de la regional Amazonia, Henry Nejedeka, hubiere acompañado el caso del señor Enrique con el fin de garantizar la prestación del servicio de salud con pertinencia étnica.

132. Así, aunque la EPS precisó que en el caso concreto (i) se articuló con la IPS correspondiente para que el paciente recibiera la información necesaria sobre su condición de salud y las alternativas terapéuticas disponibles; (ii) realizó el acompañamiento al usuario, respetando su decisión y ofreciendo un espacio de diálogo con su familia y comunidad; y (iii) se registró la decisión del usuario conforme a los lineamientos de la normatividad vigente, y se dejó constancia del respeto a su autonomía cultural y de las alternativas ofrecidas; lo cierto es que en ningún momento refirió como se llevó a cabo dicha articulación, ni tampoco quedó registro sobre posibles alternativas terapéuticas para tratar la situación de salud del señor Enrique.

133. Además, si bien el respeto por las decisiones de los pacientes es indispensable y, en ese sentido, nadie puede ser obligado a realizarse un procedimiento o tratamiento médico que no consiente, no puede hablarse de “respeto” por la decisión del paciente, cuando las EPS e IPS no han sido diligentes en su deber de información y registro de lo actuado. Así, si bien la EPS indicó que realizó el acompañamiento al usuario, respetando su decisión y ofreció un espacio de diálogo con su familia y comunidad, la EPS no allegó a esta Corporación registros sobre dichos espacios con la comunidad, ni tampoco probó que se haya brindado toda la información y alternativas médico-ancestrales al paciente con el fin de prestársele un servicio de salud con pertinencia étnica.

134. Sobre este punto es pertinente recordar que el consentimiento informado, en tanto garantía del derecho a la autonomía y a la autodeterminación del paciente, exige que la decisión adoptada se base en información clara, suficiente y comprensible. Estos elementos adquieren especial relevancia en contextos interculturales y frente a personas pertenecientes a grupos en situación de especial protección constitucional, lo cual impone a las EPS e IPS una carga reforzada de diligencia en la prestación del servicio y en la garantía de dicho consentimiento.

135. Respecto a la responsabilidad que existe de los médicos tratantes en cuanto a brindar toda la información necesaria para que un paciente pueda dar su desistimiento voluntario y la apariencia de falta de responsabilidad de las EPS en este asunto, esta Sala advierte que si bien los médicos tratantes son los primeros llamados a garantizar que el derecho al desistimiento informado de los pacientes cumpla con todos los requisitos dispuestos en esta providencia, por ser estos los expertos en el ámbito de la salud, las EPS tienen la responsabilidad de garantizar que los procedimientos de desistimiento voluntario e informado funcionen de manera adecuada, para evitar el riesgo de vulnerar el derecho al desistimiento informado y con ello los derechos a la salud, la vida, la dignidad humana, el libre desarrollo de la personalidad, la autonomía y el acceso a la información de los usuarios del sistema de salud. Esto, toda vez que las EPS son las instituciones encargadas de garantizar la afiliación, prestación y acceso a servicios de atención médica y prevención de enfermedades[109]. Además, las EPS y, en especial las EPS-I, tienen el deber de revisar si los procedimientos o protocolos aplicados por las IPS atienden a un enfoque étnico apropiado. Ello, en razón del estándar de adaptabilidad del derecho a la salud.

136. Ahora bien, la Sala resalta que, aunque no es posible afirmar que la atención mediante medicina ancestral hubiese evitado el fallecimiento del señor Enrique, sí era obligación de la EPS-I MALLAMAS garantizar una atención en salud culturalmente pertinente, en especial cuando el propio paciente manifestó su voluntad de tratarse mediante los saberes tradicionales de su comunidad. Al no hacerlo, se incumplió el deber de adecuación institucional a las particularidades del usuario, conforme lo exige el enfoque diferencial

étnico[110].

137. Esta conclusión se sustenta en hechos concretos que demuestran la voluntad persistente del agenciado de rechazar la medicina occidental y optar por prácticas tradicionales, como: (i) la suscripción de una declaratoria de voluntad en la que rechazó cualquier tratamiento médico ajeno a su cultura; (ii) las anotaciones reiteradas en la historia clínica donde se reporta su negativa a aceptar quimioterapia o radioterapia, que son tratamientos propios de la medicina occidental; (iii) antecedentes de comportamientos similares frente al sistema de salud occidental, como lo relató su hermana; y (iv) su decisión voluntaria de abandonar el Hospital San Rafael de Leticia tras dos semanas de hospitalización sin que se le llevara a cabo una remisión efectiva a un centro de tercer nivel para manejar sus dolencias, como solicitaba, y no para que se tratara su diagnóstico de cáncer, conforme a su voluntad de no ser atendido bajo los procedimientos de quimioterapia o radioterapia.

2. Sobre la falta de acceso al derecho a la salud con pertinencia étnica de las IPS que atendieron al agenciado

138. Por otro lado, en el asunto bajo estudio la Fundación Cardiovascular de Colombia y el Hospital San Rafael de Leticia no lograron probar si el procedimiento de desistimiento informado se llevó a cabo en debida forma y bajo un enfoque étnico diferencial, pues ambas entidades únicamente dejaron algunos registros médicos en la historia clínica del paciente sobre su negativa de acceder al procedimiento indicado por el médico tratante y, lo más grave, omitieron el envío a esta Corporación de los protocolos usados para este tipo de asuntos, aunque tuvieron la oportunidad de presentarlos en sus respuestas a los autos de pruebas.

139. En consecuencia, la Sala cuenta exclusivamente con algunas anotaciones en la

historia clínica y la bitácora de remisiones, que resultan demasiado escuetas para valorar si la información proporcionada al señor Enrique en relación con su diagnóstico y tratamiento fue clara, suficiente, comprensible, veraz y adaptada al contexto cultural del paciente, de forma que este pudiera tomar una decisión verdaderamente libre e informada, conforme a lo exige la jurisprudencia constitucional, la ley y los instrumentos internacionales aplicables al caso.

Tabla 9. Notas médicas de la historia clínica del agenciado

Fecha

Nota

Médico tratante

IPS

10/07/24[111]

Paciente de 55 años sin antecedentes de relevancia. Actualmente con diagnóstico de adenocarcinoma de páncreas irresecable por compromiso cava inferior. Sin evidencia de Enfermedad a distancia. Se considera caso como bordelinde con propuesta de Tratamiento de inducción. No obstante, paciente no acepta la quimioterapia por creencias culturales e intentará tratamiento alternativo. Se refuerza en consulta que se desaconseja dicha conducta, no obstante, se mantiene en su postura por lo cual se respeta decisión. Por oncología cita abierta. Sin otras conductas adicionales.

Pedro – Cirugía Oncológica – Medicina Interna – Oncología Clínica – Medicina General

Fundación Cardiovascular de Colombia – Hospital Internacional de Colombia

10/08/24[112]

Paciente con obstrucción intestinal secundaria a su patología adenocarcinoma pancreático con metástasis a asas y colon además de procedimiento previo reciente. Paciente que, si bien rechazó quimio y radioterapia, requiere de atención urgente para garantizar vía de alimentación y resolver obstrucción por las patologías del paciente debe ser intervenido en 3 nivel de complejidad, no se cuenta en servicio con alimentación parenteral la cual requiere el paciente hasta que se resuelva su obstrucción, no se cuenta con las condiciones para manejar una obstrucción asociada a lesión maligna. Paciente que lleva más de 12 días esperando respuesta de EAPB (Entidades Administradoras de Planes de Beneficio) sin tener una respuesta favorable. Paciente que está en proceso de pérdida de peso asociado a no tener una vía de alimentación adecuada por las condiciones referidas. Paciente que pudo empezar con síndrome malabsorción desnutrición proteico calórica y síndrome metabólico al no tener un manejo pronto de su condición se pide a la EPS encargada que resuelva la condición de paciente ya que en la institución se está intentando garantizar con los insumos que se tiene la estabilidad de paciente pero no somos el servicio idóneo que necesita el paciente ya que requiere es de un tercer nivel de atención donde se pueda garantizar alimentación parenteral y se maneje la obstrucción asociada a carcinoma. Se reitera que la remisión no es para quimio ni radioterapia (porque paciente no desea esto) sino para manejar la obstrucción.

Juan - Cirujano general

Hospital San Rafael de Leticia

30/08/24[113]

Paciente masculino de 54 años de edad, con antecedentes y Dx ya descrito. Se recibe comunicación por parte de EPS, donde manifiestan que el paciente ya estuvo remitido, por su antecedente oncológico, y se negó al tratamiento por creencias propias, se insiste en que el paciente está siendo remitido por cuadro de obstrucción intestinal, paciente se encuentra con dieta líquida a pesar de los episodios eméticos, debido a que la institución no cuenta con nutrición parenteral, paciente continúa pendiente de remisión, a cirugía general 3er nivel, con acompañante en vuelo ambulancia, se comenta conducta con el paciente refiere entender y aceptar.

José – Especialidad en Cirugía General

Hospital San Rafael de Leticia

31/08/24[114]

Paciente con antecedente conocido quien se niega a recibir tratamiento y no desea seguir esperando hospitalización solicita retiro voluntario, se le explica al paciente y familiar las consecuencias de la decisión que han tomado, refiere entender y aceptar, manifiesta paciente que desea ir a morir a su casa en pedrera. Se hace cierre de historia clínica.

Andrea – Medica cirujana – Medicina general

Hospital San Rafael de Leticia

141. Además, el 18 de julio de 2024, la EPS recibió un correo electrónico por parte del hogar de paso Fundación Montañas Azules, en el cual se indicó que se solicitaban pasajes de regreso a Leticia del paciente Enrique y su acompañante, pues el usuario había sido dado de alta ese mismo día, debido a que el paciente rechazó el tratamiento médico de quimioterapia por sus creencias culturales y los especialistas respetaban dicha decisión[115]. De esa forma, se adjuntó por el hogar de paso carta firmada por el paciente, con fecha del mismo día, la cual indicaba:

“Señores Mallamas. Yo Enrique con cc. 123 informo a ustedes que rechazo cualquier tipo de tratamiento para la enfermedad que padezco ya que mis creencias y mis costumbres no me permiten intentar ningún tipo de tratamiento que no sea de mis ancestros por tanto solicito respetar mi decisión y nos retornen a mí y a mi acompañante a nuestra ciudad Leticia, Amazonas. Muchas gracias”.

142. Finalmente, la EPS anexó “solicitud de retiro voluntario” del Hospital San Rafael de Leticia firmado por el agenciado y la médica tratante del 31 de agosto de 2024[116]. El documento expone que, al firmarse la salida voluntaria por el paciente, este asume toda responsabilidad que se pudiera desencadenar de su enfermedad y por lo tanto libera al personal médico sobre cualquier tipo de complicación.

143. Así, se evidencia que, con base en las anotaciones clínicas realizadas por los médicos tratantes y las demás pruebas allegadas a este expediente, al señor Enrique: (i) no se le informó de forma clara, veraz y completa los riesgos de su decisión, es decir, no se le indicaron cuáles eran las afectaciones contra su salud al no recibir tratamiento médico de quimioterapia y/o radioterapia con su diagnóstico de cáncer; (ii) no se le plantearon alternativas médicas viables para tratar su diagnóstico diferentes a la quimioterapia y radioterapia, o en caso de no podersele dar tratamiento alternativo, se le expusieron dichas razones; (iii) no se le indicaron los beneficios de someterse a la quimioterapia y radioterapia con el fin de que pudiera tomar una decisión basada en información completa; (iv) no se le explicó que el desistimiento que realizaba se podía dar de forma total, parcial o específico sobre su diagnóstico, de conformidad a sus propias consideraciones; y (v) no se le informó que tenía derecho a revocar su desistimiento en cualquier etapa del desarrollo de la relación clínica[117].

144. Respecto al examen del estado de consciencia del agenciado, si bien el Hospital San Rafael de Leticia argumentó que se valoró el estado mental del paciente por el médico tratante y por el personal del equipo psicosocial, de lo cual se dejó constancia que afirma que tanto él como su familia comprendieron y aceptaron la información brindada y, además, que desde su ingreso, en cada examen físico se valoró la esfera neurológica, registrándose de forma consistente que “el paciente se encontraba consciente, alerta, orientado en las 3 esferas, con fuerza 5/5 en las cuatro extremidades, sensibilidad conservada, reflejos osteotendinoso (++)/++++), simétricos, sin reflejos patológicos, ni signos meníngeos, evidenciado un adecuado estado neurológico para la toma de decisiones informadas”, lo cierto es que no se dejó constancia de ello al momento de realizarse cada una de las

anotaciones en la historia clínica acerca de las manifestaciones de voluntad del paciente. Manifestaciones que además no se dieron únicamente en el Hospital San Rafael de Leticia sino también en la Fundación Cardiovascular de Colombia.

145. Con ello, no se quiere decir que (i) las valoraciones realizadas por el equipo médico y psicosocial del Hospital San Rafael de Leticia no hayan sido adecuadas para el momento en que se realizaron o (ii) que se presuma la falta de capacidad del agenciado, sino que cuando se trata de desistimientos de tratamientos médicos, lo ideal es que dicha valoración por el médico tratante se haga y quede registrada al momento de la manifestación voluntaria del paciente de desistir de la atención o procedimiento en salud. Por tanto, en el caso concreto, el vacío no radica en la inexistencia de valoración del estado mental del paciente, sino en la falta de registro continuo, expreso y contextualizado de los múltiples desistimientos realizados por el agenciado en IPS y tiempos diferentes.

146. Sumado a todo lo anterior, si bien Enrique manifestó claramente en el escrito que firmó con fecha del 18 de julio de 2024 que: (i) rechazaba cualquier tratamiento para la enfermedad que padecía ya que sus creencias y costumbres no le permitían intentar ningún tipo de procedimiento que fuera diferente al de sus ancestros, (ii) solicitaba que se respetara su decisión y (iii) requería que lo retornaran a él y a su acompañante a Leticia, lo cierto es que no se logró probar en este trámite que dicho desistimiento se redactó por el agenciado después de haberse suministrado toda la información antes descrita por el médico tratante, considerado las necesidades del paciente para comprender dicha información y garantizándose que la decisión del usuario no hubiese estado influenciada por presiones indebidas, pues esta fue firmada aparentemente en el hogar de paso, al ser de este lugar que se remitió el escrito a la EPS.

147. De esta forma, es claro que dicho “desistimiento” no cumple con las características necesarias para concluirse que se redactó bajo total libertad y con la información que se requiere para que sea válido.

148. Ahora bien, sea de aclarar que bajo esta consideración no se busca generar barreras en casos similares, ni indicar que no se puede desistir de un tratamiento o procedimiento médico bajo manuscrito del paciente, sino que, en el caso concreto, se concluye que de una valoración integral de las pruebas, no es clara la información que se le suministró al paciente para admitirse el manuscrito realizado por él como un desistimiento libre e informado. Sumado a que no se conocen las circunstancias en que se firmó este documento ni las condiciones de capacidad del paciente para hacerlo.

149. Adicionalmente, en el presente caso resulta evidente que una atención en salud adecuada también exigía garantizar al agenciado una muerte digna. Lo anterior se desprende de las siguientes circunstancias: (i) Enrique falleció pocos días después de haber salido voluntariamente del Hospital San Rafael de Leticia; (ii) el diagnóstico consignado en su historia clínica evidenciaba una condición médica grave; y (iii) él mismo expresó su deseo de morir en su hogar, debido a las afecciones que presentaba su estado de salud y la imposibilidad de recibir atención conforme a su voluntad.

150. En este contexto, una atención integral en salud que respetara su derecho a morir con dignidad podría, a modo de ejemplo, haber contemplado la posibilidad de que las IPS vinculadas abrieran espacios de diálogo entre los médicos tratantes y los sabedores ancestrales. Ello con el fin de brindarle cuidados paliativos que le permitieran afrontar el proceso de muerte sin dolor y de manera respetuosa con su cosmovisión.

151. Una articulación intercultural habría permitido determinar si, conforme a sus creencias, resultaba adecuado autorizar el uso de analgésicos -tal como lo relató la agente oficiosa ocurrió al momento de su salida del Hospital San Rafael-, o si existían otras alternativas terapéuticas, como el uso de plantas medicinales que le ayudaran a mitigar el dolor o facilitaran su alimentación durante los días previos a su fallecimiento, necesidad que,

según consta, fue reiteradamente expresada por el agenciado.

152. En consecuencia, lo que se evidencia una vez más es la ausencia de un actuar diligente orientado a garantizar el derecho a la salud del paciente con un enfoque étnico diferencial, lo que a su vez refleja esa necesidad del paciente en escoger entre la vida o la muerte, pues al señor Enrique no haber estado dispuesto a tratarse por medio de la medicina occidental y, por lo tanto, haber desistido de dichos procedimientos médicos, no tuvo otra alternativa que la de morir en su casa sin ningún tipo de atención.

153. Por último, es menester recordar que el Hospital San Rafael de Leticia señaló que durante toda la vigencia del año 2024 y en lo que va corrido del 2025 se ha mantenido contratado un enlace étnico quien apoya en actividades como: realizar inducciones al personal que ingrese al Amazonas, sobre el entendimiento de la cosmovisión, usos y costumbres de los 26 pueblos indígenas presentes en el departamento y hacer acompañamiento a pacientes hospitalizados en la E.S.E Hospital San Rafael de Leticia provenientes de los distintos territorios indígenas. No obstante, una vez más, no se observa que este tipo de medidas se hayan puesto a disposición del señor Enrique con el fin de prestarle un servicio de salud con pertinencia étnica.

154. Con todo, esta Sala advierte que las IPS tienen el deber de contar con protocolos que se puedan activar para la prestación de servicios con enfoque étnico, no solo en lo que se refiere al consentimiento/desistimiento libre e informado, sino en general respecto a cualquier tipo de procedimiento y atención en salud a la población indígena. Si bien los médicos no están en la obligación de brindar alternativas basadas en la medicina ancestral de los pacientes, sí deben existir procedimientos a seguirse en estos casos para alertar a las EPS indígenas y que estas por medio de sus protocolos internos puedan accionar una prestación intercultural del servicio de salud. Sumado, a que las IPS deben en todo momento manejar un lenguaje claro y asertivo con los pacientes, conforme a sus propias cosmovisiones.

155. Asimismo, no es posible comprender que el enfoque intercultural solo debe ser aplicado por las IPS indígenas o que se encuentran en departamentos con territorios indígenas reconocidos, pues la realidad es que en razón de las remisiones que se hacen a instituciones de tercer o cuarto nivel estas también conocen de pacientes indígenas, sumado a que por el desplazamiento que se da de las comunidades, estas muchas veces terminan en ciudades diferentes a sus sitios de origen. El hecho de que estas instituciones no se asuman responsables de prestar un servicio de salud intercultural es incoherente con la integración del modelo indígena de salud al sistema colombiano, en el cual la red debe prestar los servicios sin ningún tipo de discriminación y con el enfoque necesario para hacer efectiva la protección de los derechos de los pacientes, sin importar sus creencias u origen.

3. Conclusión

156. Por lo tanto, la Sala concluye que la EPS-I MALLAMAS, la Fundación Cardiovascular de Colombia y el Hospital San Rafael de Leticia vulneraron el derecho a la salud con pertinencia étnica del señor Enrique, pues: (i) no se le prestó acompañamiento por parte del gestor étnico habilitado para estos asunto por parte de la EPS; (ii) no se le prestó acompañamiento al paciente por parte del “enlace étnico” del Hospital San Rafael de Leticia mientras que estuvo internado allí; (iii) no se le brindaron alternativas médicas basadas en la medicina ancestral, en razón del principio de interculturalidad, aunque el usuario en reiteradas ocasiones manifestó su voluntad de ser tratado por medio de la medicina tradicional; (iv) no se haya demostrada la aplicación de protocolos o lineamientos por parte de las IPS que tengan enfoque étnico; (v) no se encuentra que el paciente haya registrado su desistimiento voluntario e informado en documentación alguna que refleja dicha garantía de interculturalidad y respeto por la diversidad étnica; (vi) si bien los médicos dejaron registro en la historia clínica de la voluntad del paciente de no ser tratado por medio de quimioterapia o radioterapia, no quedó registro de la información que se brindó al paciente y sus familiares, ni de la forma como se informó al paciente sobre los riesgos, alternativas y efectos de su decisión; y (vii) no se activaron, ni siquiera como una estrategia preliminar,

medidas de seguimiento, coordinación y articulación con las autoridades indígenas del paciente.

4. Sobre el registro civil de defunción y las barreras que se presentan para su implementación en las comunidades indígenas

157. El Decreto Ley 1260 de 1970 y la Circular Única de Registro Civil, versión 8, son las disposiciones normativas que regulan en la actualidad los requisitos para la inscripción del fallecimiento en el territorio nacional. De acuerdo con los artículos 73, 75 y 76 del mencionado decreto, el denuncia de defunción debe formularse dentro de los dos (2) días siguientes al momento en que se tenga conocimiento del hecho, ante la oficina de registro del estado civil correspondiente al lugar donde ocurrió la muerte o se encontró el cadáver. Si transcurrido dicho término no se ha efectuado la inscripción, esta solo podrá realizarse mediante orden impartida por el inspector de policía o, en su defecto, por el alcalde del respectivo municipio.

158. Además, la defunción también podrá acreditarse ante el funcionario del registro del estado civil mediante certificado médico expedido bajo juramento, entendiéndose este prestado por el solo hecho de la firma. Únicamente en ausencia de médico en la localidad se permitirá la acreditación mediante declaración de dos testigos hábiles. El certificado será expedido de forma gratuita por el médico que atendió al fallecido en su última enfermedad, o, a falta de este, por el médico forense, el médico de sanidad o, en su orden, por cualquier médico que desempeñe un cargo oficial relacionado con su profesión o por todo profesional médico, previa solicitud del funcionario encargado del registro. En los casos de muerte violenta, conforme lo establece el artículo 79 del mismo decreto, la inscripción del fallecimiento solo podrá efectuarse previa autorización judicial.

159. A partir de estas disposiciones, es evidente que la normatividad vigente no contempla

mecanismo alguno para la certificación de la muerte de personas indígenas a través de sus propias autoridades. En efecto, los únicos habilitados para expedir dicha certificación son los profesionales del sistema médico occidental o las autoridades administrativas y judiciales del Estado. Esta omisión resulta problemática desde una perspectiva intercultural, pues desconoce las formas propias de acreditación, manejo ritual y registro de la muerte en las comunidades indígenas, subordinándolas a estructuras institucionales ajenas a sus sistemas de conocimiento y organización social.

160. Como se expuso anteriormente en esta providencia, dicha situación ha sido identificada como una barrera estructural para el acceso efectivo al registro civil de defunción por parte de los pueblos indígenas. Así lo han manifestado el ICANH, la Defensoría del Pueblo y la propia Registraduría Nacional del Estado Civil, quienes han comentado cómo las condiciones geográficas, las distancias con los centros urbanos, la ausencia de infraestructura institucional, así como las diferencias culturales y lingüísticas, impiden o dificultan gravemente la realización oportuna de estos trámites.

161. Si bien la Registraduría Nacional ha implementado mecanismos como oficinas móviles para facilitar el acceso al registro civil en zonas dispersas y rurales, estos no han resultado suficientes ni adecuados para superar las barreras existentes en el caso de la población indígena. En efecto, los pueblos indígenas conservan prácticas culturales particulares frente a la muerte, su ritualidad y el vínculo con el territorio, lo cual limita el cumplimiento de los requerimientos establecidos en la normatividad vigente. Esta situación evidencia la necesidad de revisar el marco normativo actual, con el propósito de armonizarlo con los derechos a la autonomía, la identidad cultural y el reconocimiento legal de los actos civiles propios de estas comunidades.

162. Particular relevancia cobra el hecho de que, en el caso del registro de nacimientos, la jurisprudencia constitucional ya ha reconocido la posibilidad de que la certificación pueda realizarse con la intervención de la autoridad indígena. Así lo dispuso la Sala Especial de

Seguimiento a la Sentencia T-025 de 2004 mediante el Auto 173 de 2012. No obstante, hasta la fecha no existe una medida similar para el registro de los fallecimientos, lo que genera una evidente asimetría normativa y una afectación al reconocimiento formal y jurídico de los ciclos vitales dentro del marco de los derechos fundamentales de los pueblos indígenas.

163. En consecuencia, esta Corporación considera que el Estado colombiano no puede continuar desconociendo la realidad institucional, cultural y territorial que enfrentan estas comunidades. Por tanto, se hace necesario exhortar al Congreso de la República, al Ministerio del Interior, a la Registraduría Nacional del Estado Civil y a las autoridades indígenas del país a visibilizar esta problemática, e impulsar de manera conjunta la construcción de alternativas normativas, administrativas y operativas que permitan la habilitación de autoridades indígenas como certificadoras legítimas de la muerte de los miembros de sus comunidades. Tal adecuación normativa resulta indispensable para avanzar en el reconocimiento efectivo del pluralismo jurídico y el respeto por la diversidad étnica y cultural del país.

5. Remedios

164. A partir de lo anterior, la Sala Segunda de Revisión confirmará la sentencia de primera instancia, que no fue objeto de impugnación, en la que se declaró la carencia actual de objeto, pero bajo los fundamentos aquí expuestos, en los que se reconoce la existencia de un daño consumado derivado del fallecimiento del titular y del incumplimiento del deber de prestársele una atención en salud con enfoque étnico diferencial.

165. Adicionalmente, como resultado del análisis constitucional adelantado en esta providencia, la Sala adoptará una serie de órdenes dirigidas a proteger de manera efectiva los derechos fundamentales a la salud, a la autonomía y a la integridad cultural de los

pueblos indígenas, así como para garantizar el acceso al sistema de salud bajo un enfoque intercultural.

166. En primer lugar, se adoptarán medidas de carácter territorial, orientadas a fortalecer las capacidades institucionales en la región amazónica, fomentar el diálogo intercultural y adecuar los protocolos de atención en salud en las EPS, IPS e instancias administrativas del sector, de manera que incorporen los sistemas de conocimiento, cosmovisión y derecho propio de los pueblos indígenas. Lo anterior incluye la conformación de una mesa de diálogo regional para la Amazonía, bajo el liderazgo del Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio del Interior, con participación de autoridades étnicas, gobiernos locales, EPS e IPS indígenas, con el fin de establecer rutas de articulación permanentes, diseñar esquemas de atención integrados y evaluar la viabilidad de centros médicos de mayor complejidad que respondan a la territorialidad y espiritualidad indígena.

167. Esta mesa de diálogo en el Amazonas adquiere una especial relevancia si se tiene en cuenta que tanto el ICANH como la Defensoría del Pueblo manifestaron en sus intervenciones la necesidad de que la Amazonía sea un territorio objeto de especial observación por parte del sistema central de salud, ante los evidentes desafíos estructurales que han persistido a través del tiempo. Aunque centros de salud ubicados en Leticia y Mitú han adelantado esfuerzos para promover la articulación intercultural, lo cierto es que se trata de instituciones de baja complejidad, las cuales no han recibido la atención que requieren para garantizar y satisfacer el derecho a la salud de las comunidades indígenas como quisieran.

168. A ello se suma que, si bien el Decreto 480 de 2025 busca fomentar esquemas de atención integrados y una mayor articulación institucional, su implementación contempla un período de transición de un año para la adecuación correspondiente[118]. En este contexto, esta mesa constituye una oportunidad propicia para promover un diálogo intercultural que

oriente y fortalezca no solo el sistema de salud del territorio sino la aplicación del citado decreto.

169. En segundo lugar, se adoptarán remedios de orden nacional, entre ellos la conformación de una mesa nacional de diálogo intercultural sobre salud indígena, convocada por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio del Interior, para abordar de manera especializada el consentimiento y el desistimiento informado en salud, su registro, normatividad y aplicación con enfoque étnico. Esta instancia deberá además articular las acciones institucionales requeridas para la implementación efectiva del Decreto Ley 480 de 2025.

170. En tercer lugar, la Sala considera necesario adoptar medidas orientadas a resolver una problemática relacionada con el registro civil de defunción de personas indígenas. En consecuencia, se ordenará la creación de una mesa de diálogo intercultural interinstitucional, liderada por el Ministerio del Interior y la Registraduría Nacional del Estado Civil, junto con las autoridades tradicionales del país, con el fin de estudiar la viabilidad normativa y operativa para certificar el fallecimiento de los miembros de comunidades indígenas, especialmente en regiones apartadas del país. Esta medida busca superar las barreras institucionales impuestas por la normatividad vigente, en particular el Decreto Ley 1260 de 1970, y avanzar hacia un sistema de registro civil más pluralista y respetuoso del derecho propio.

171. En cuarto lugar, se reconocerá la competencia del Juzgado 001 Civil Municipal de Leticia para realizar el seguimiento judicial del cumplimiento de esta providencia, y se ordenará a diferentes organismos de control rendir informes semestrales sobre su ejecución. Con el fin de asegurar la eficacia de la vigilancia, todas las entidades involucradas deberán brindar de manera oportuna y veraz la información requerida por estas autoridades.

IV. DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, la Sala Segunda de Revisión de la Corte Constitucional, administrando justicia en nombre del pueblo y por mandato de la Constitución,

RESUELVE

SEGUNDO. ORDENAR a la EPS Indígena Mallamas que, en un plazo no mayor a un (1) mes contado a partir de la notificación de esta sentencia, convoque una mesa de trabajo con su red de IPS y los gobiernos indígenas afiliados, con el fin de consensuar un formato y protocolo institucional de desistimiento informado, el cual se ajuste a la parte motiva de la presente providencia. El formato y protocolo que se acoja deberá ser implementado por cada una de las partes convocadas a la mesa intercultural.

TERCERO. ORDENAR a la Fundación Cardiovascular de Colombia y al Hospital San Rafael de Leticia que, dentro del mes siguiente a la notificación de esta providencia, adopten o actualicen los protocolos institucionales de atención en salud bajo un enfoque intercultural, de conformidad con lo expuesto en la parte motiva de la presente providencia. En particular, deberán diseñar y aplicar un protocolo específico sobre consentimiento y desistimiento voluntario e informado para la población indígena. Todos los protocolos adoptados deberán ser comunicados a la EPS-I Mallamas, para su conocimiento, seguimiento y articulación con la red prestadora de servicios.

CUARTO. ORDENAR al Ministerio de Salud y Protección Social y al Ministerio del Interior que, dentro del mes siguiente a la notificación de esta providencia, conformen dos instancias

diferenciadas de coordinación intercultural en salud, una de carácter territorial para la región amazónica y otra de alcance nacional, con el objeto de garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud de los pueblos indígenas, en condiciones de pertinencia cultural, oportunidad y calidad.

Mesa de diálogo intercultural para la región amazónica:

esta instancia será coordinada por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio del Interior en articulación con la Dirección de Salud del Departamento del Amazonas, la Gobernación del Amazonas, la Alcaldía de Leticia, las EPS indígenas con población afiliada en la región, las IPS prestadoras de servicios en el territorio, la Asociación de Autoridades Tradicionales Indígenas Bora Miraña (PANI), la Organización Nacional de los Pueblos Indígenas de la Amazonía Colombiana (OPIAC), la Organización Nacional Indígena de Colombia (ONIC), las autoridades tradicionales de los pueblos indígenas asentados en la Amazonía y cualquier otra que los Ministerios consideren pertinente.

En ese sentido, la mesa tendrá como objetivos principales: (i) establecer rutas de articulación permanentes con los pueblos indígenas del departamento, asegurando su participación efectiva en la planeación, seguimiento y evaluación de las políticas públicas de salud; (ii) definir mecanismos para integrar armónicamente la medicina tradicional, en particular la del pueblo Bora Miraña, con el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI); (iii) planificar y fortalecer las capacidades institucionales requeridas para la implementación progresiva del Decreto Ley 480 de 2025; y (iv) evaluar la viabilidad técnica, operativa y financiera de establecer centros médicos de tercer y cuarto nivel de complejidad en zonas de alta concentración indígena, incorporando la cosmovisión de los pueblos sobre territorio, enfermedad, muerte y sanación.

Mesa nacional de diálogo intercultural sobre salud indígena y consentimiento/desistimiento informado: esta instancia será liderada por el Ministerio de Salud y Protección Social y el

Ministerio del Interior, con la participación de la Subcomisión de Salud de la Mesa Permanente de Concertación con los Pueblos y Organizaciones Indígenas, las gobernaciones de todos los departamentos del país, el Instituto Nacional de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud, la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (ACEMI), la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC), y las demás entidades que las carteras ministeriales consideren pertinentes.

Sus ejes temáticos serán: (i) articulación entre el sistema de salud propio de los pueblos indígenas y el sistema general de salud; (ii) atención en salud con enfoque diferencial y étnico; (iii) lineamientos para garantizar que el consentimiento o desistimiento en salud sea verdaderamente informado y voluntario; (iv) mecanismos de registro y documentación de estos actos por parte de los actores del sistema de salud; (v) manejo del consentimiento/desistimiento en población indígena cuando se trata de urgencias vitales y cuando no; (vi) consideración sobre si el desistimiento informado debe entenderse como un acto puramente individual o debe tener en cuenta a la comunidad y a las autoridades tradicionales; (vii) fortalecimiento de la medicina tradicional indígena; y (viii) medidas para la implementación efectiva del Decreto Ley 480 de 2025. El producto final de esta mesa deberá ser un protocolo que exponga lineamientos claros sobre el tratamiento de la población indígena en el Sistema de Seguridad Social en Salud y, en ese sentido, tendrá que ser comunicado a todos los actores del sistema nacional para su implementación y aplicación individual.

Ambas instancias, es decir, las dos mesas de diálogo intercultural deberán entrar en funcionamiento dentro del término de dos (2) meses a partir de la notificación de esta providencia. El Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio del Interior coordinarán su operación y definirán, en su primera sesión, un cronograma de trabajo. Deberán rendirse informes semestrales al juez de primera instancia, la Defensoría del Pueblo y la Procuraduría General de la Nación, sobre los avances en la implementación de estas órdenes. El cumplimiento de esta orden se debe realizar conforme al principio de interculturalidad y el respeto al derecho de participación que les asiste a las comunidades indígenas.

QUINTO. ORDENAR al Ministerio del Interior y a la Registraduría Nacional del Estado Civil, para que en articulación con la Asociación de Autoridades Tradicionales Indígenas Bora Miraña (PANI), la Organización Nacional de los Pueblos Indígenas de la Amazonía Colombiana (OPIAC), la Organización Nacional Indígena de Colombia (ONIC) y las demás entidades que la cartera ministerial y registraduría consideren pertinentes que, dentro del mes siguiente a la notificación de esta providencia, conformen una mesa de diálogo intercultural con el objeto de analizar, desde una perspectiva de diversidad étnica y cultural, la viabilidad jurídica, administrativa y técnica de facilitar la certificación sobre el fallecimiento de los miembros de las comunidades étnicas, particularmente de aquellas asentadas en regiones apartadas del país.

Esta mesa deberá examinar las barreras institucionales que actualmente impiden el acceso al registro civil de defunción, especialmente las derivadas del Decreto Ley 1260 de 1970, y proponer alternativas normativas y operativas que permitan armonizar el ordenamiento jurídico nacional con los sistemas propios de las comunidades indígenas, en garantía de su autonomía, identidad cultural y derecho al reconocimiento legal de sus actos civiles. En su primera sesión, la mesa deberá adoptar un cronograma de trabajo con tiempos, productos y responsabilidades claramente establecidos. Además, deberá remitir un informe trimestral al juez 001 Civil Municipal de Leticia, detallando los avances alcanzados, las dificultades identificadas y las recomendaciones preliminares.

SEXTO. ORDENAR a la Procuraduría General de la Nación y a la Defensoría del Pueblo que, en el marco de sus competencias constitucionales y legales, asuman el seguimiento al cumplimiento de lo ordenado en esta sentencia y que remitan al juez de primera instancia informes semestrales sobre el cumplimiento de la misma.

SÉPTIMO. ORDENAR a la Secretaría General de la Corte remitir copia de esta sentencia a la

Superintendencia Nacional de Salud, para que, en ejercicio de sus funciones de inspección, vigilancia y control, verifique si las EPS y, especialmente las EPS indígenas, cuentan con lineamientos y protocolos para la atención en salud con enfoque étnico. Conforme a los resultados de dicha verificación, dicha superintendencia deberá adoptar las medidas administrativas o sancionatorias que resulten procedentes.

OCTAVO. ORDENAR que, por medio de la Secretaría General de la Corte Constitucional, se LIBREN las comunicaciones a que alude el artículo 36 del Decreto 2591 de 1991.

Notifíquese, comuníquese y cúmplase,

JUAN CARLOS CORTÉS GONZÁLEZ

Magistrado

LINA MARCELA ESCOBAR MARTÍNEZ

Magistrada

VLADIMIR FERNÁNDEZ ANDRADE

Magistrado

ANDREA LILIANA ROMERO LOPEZ

Secretaria General

[1] Vinculadas en sede de instancia y revisión: el Hospital San Rafael de Leticia y la Fundación Cardiovascular de Colombia.

[2] Corte Constitucional, Acuerdo 02 de 2015 y Circular Interna No. 10 de 2022.

[3] Expediente digital, archivo "03SolicitudAnexos.pdf".

[4] Desde ahora se pone de presente que Enrique falleció en las semanas siguientes a la presentación de esta acción constitucional, según informó su agente oficiosa en sede de revisión.

[5] Expediente digital, archivo "05AutoAdmisorioMedida.pdf".

[6] Expediente digital, archivos "18EscritoContestacMallam.pdf", "19Anexo1Carta.jpg", "21Anexo3.pdf", "23Anexo5.pdf", "24Anexo6.pdf", "22ANexo4.pdf", y "25Anexo7.pdf".

[7] Se refiere al primer tratamiento que se administra para una enfermedad. Con frecuencia, forma parte de un conjunto estándar de tratamientos, como cirugía seguida de quimioterapia y radiación. Cuando se usa sola, la terapia de inducción es el tratamiento aceptado como el mejor. Si no cura la enfermedad o produce efectos secundarios graves, se puede agregar otro tratamiento o reemplazar por otro. También se llama terapia de primera línea, terapia primaria y tratamiento primario. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/terapia-de-induccion>.

[8] Expediente digital, archivo “19Anexo1Carta.jpg”.

[9] La accionada se refirió a las siguientes instituciones: Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E., MEINTEGRAL S.A.S, Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E, ESE Instituto Nacional de Cancerología e Inversiones Clínica del Meta S.A.

[10] Expediente digital, archivos “13EscritoContestacMallamas.pdf”, “14Anexo1.pdf” y “15Anexo2.pdf”.

[11] Expediente digital, archivo “27FalloPrimeraInstancia.pdf”.

[12] Expediente digital, archivo “001 SALA A – AUTO SALA DE SELECCION NO. 11 DEL 29-NOV-24 NOTIFICADO 13-DIC-24.pdf”.

[13] Bajo el criterio objetivo de “asunto novedoso” y subjetivo de “urgencia de proteger un derecho fundamental y necesidad de materializar un enfoque diferencial”.

[14] Expediente digital, archivo “003 Informe_Reparto_Auto_29_Noviembre-2024_Mag_Juan_Carlos_Cortes_Gonzalez.pdf”.

[15] Expediente digital, archivos “004 T-10653779 Auto de Pruebas 16-Ene-2025 NOMBRES REALES.pd” y “005 T-10653779 Auto de Pruebas 16-Ene-2025 NOMBRES FICTICIOS.pdf”.

[16] Se invitó al programa UR Intercultural de la Universidad del Rosario, al programa Interacciones Multiculturales de la Universidad Externado, a la Universidad Autónoma Indígena Intercultural (UAIIN), a la facultad de Derecho y Antropología de la Universidad Nacional de Colombia, al Observatorio de Derechos Territoriales de los Pueblos Indígenas de la Comisión Nacional de Territorios Indígenas (CNTI) y a la Facultad de Derecho de la Universidad de la Amazonia. Las preguntas realizadas buscan abordar las tensiones entre la medicina ancestral indígena y la medicina occidental, enfocándose en los desafíos de reconocimiento mutuo, la articulación de saberes y el respeto por la diversidad cultural. También tenían como fin conocer las diferentes experiencias nacionales y latinoamericanas de integración de ambos sistemas, el rol de las EPS indígenas, y cómo garantizar el derecho a la salud de los pueblos indígenas desde un enfoque diferencial en el sistema de salud nacional.

[17] Expediente digital, archivo "011 T-10653779 Auto Cita Diligencia 22-Ene-2025.pdf".

[18] Según lo dispuesto en el artículo 2.º de la Ley 2213 de 2022.

[19] Según se indicó en la respuesta de la accionada, MALLAMAS EPS-I "es una Asociación de Autoridades indígenas, integrada por los Resguardos de Muellamues, Mayasquer, Cumbal e Inga de Aponte". Expediente digital, archivo "017 Rta. MALLAMAS EPS.pdf".

[20] Es de aclarar que conforme al historial de servicios y tecnologías autorizados por la EPS y allegados por la misma a este expediente, este tipo de autorización se dio desde el 10 de agosto hasta el 30 de agosto de 2024 en el Hospital San Rafael de Leticia, que fue el tiempo en que el agenciado estuvo hospitalizado antes de su salida voluntaria de la IPS.

[21] Expediente digital, archivo "017 Rta. MALLAMAS EPS.pdf", pp. 7 y 658.

[22] Expediente digital, archivo "017 Rta. MALLAMAS EPS.pdf", pp. 6-8 y 83 – ss.

[23] Expediente digital, archivo "017 Rta. MALLAMAS EPS.pdf", p. 54.

[25] Un episodio emético es un episodio de vómito provocado por una sustancia o trastorno. El síndrome de vómitos cíclicos, o SVC, es un trastorno que causa ataques repentinos y recurrentes, conocidos como episodios, de náuseas y vómitos intensos. Los episodios pueden durar desde unas pocas horas hasta varios días. Los episodios se alternan con periodos más largos sin síntomas. Disponible en: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/enfermedades-digestivas/sindrome-vomitos-ciclicos#:~:text=todas%20las%20secciones-,Definici%C3%B3n%20y%20hechos,periodos%20m%C3%A1s%20largos%20sin%20s%C3%ADntomas.>

[26] Forma de apoyo nutricional que se administra directamente en el torrente sanguíneo mediante un catéter que se coloca en una vena. La nutrición parenteral no pasa por el aparato digestivo. Este tipo de alimentación se administra cuando la persona no puede comer o beber por la boca, o tiene una enfermedad o afección que afecta su capacidad de absorber los nutrientes en el aparato digestivo. Disponible en: [https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/nutricion-parenteral.](https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/nutricion-parenteral)

- [27] Expediente digital, archivo "017 Rta. MALLAMAS EPS.pdf", p. 56
- [28] Expediente digital, archivo "016 Rta. Juzgado 01 Civil Municipal de Leticia.pdf".
- [29] Expediente digital, archivo "019 Rta. Ministerio de Salud y Proteccion Social.pdf".
- [30] Expediente digital, archivos "014 Rta. ICANH I.pdf" y "015 Rta. ICANH II.pdf".
- [31] Expediente digital, archivo "019 Rta. Universidad Nacional.pdf".
- [32] Expediente digital, archivos "023 T-10653779 Auto de Pruebas 10-Feb-2025 NOMBRES FICTICIOS.pdf" y "024 T-10653779 Auto de Pruebas 10-Feb-2025 NOMBRES REALES.pdf".
- [33] Expediente digital, archivo "025 Rta. Registraduria Nacional del Estado Civil.pdf".
- [34] Expediente digital, archivos "031 T-10653779 Constancia_Llamada_Telefonica_28-02-2025.pdf" y "032 T-10653779 Audio_Llamada_Telefonica_28-02-2025.pdf".
- [35] Esta orden se dirigió a la Defensoría del Pueblo Regional Amazonas, la Defensoría Delegada para Grupos Étnicos, la Organización Nacional de los Pueblos Indígenas de la Amazonia de Colombia (OPIAC) y la Organización Nacional Indígena de Colombia (ONIC).
- [36] Expediente digital, archivo "054 T-10653779 Rta. Fundacion Cardiovascular de Colombia.pdf".
- [37] Expediente digital, archivo "055 T-10653779 Rta. Hospital San Rafael de Leticia.pdf".
- [38] Aunque indicó en su respuesta que anexaba el soporte de dicha afirmación, no se allegó con la respuesta documentación alguna sobre el asunto.
- [39] Desde su ingreso, en cada examen físico se valoró la esfera neurológica, registrándose de forma consistente que el paciente se encontraba consciente, alerta, orientado en las 3 esferas, con fuerza 5/5 en las cuatro extremidades, sensibilidad conservada, reflejos osteotendinoso (++)/++++), simétricos, sin reflejos patológicos, ni signos meníngeos, evidenciado un adecuado estado neurológico para la toma de decisiones informadas. Expediente digital, archivo "055 T-10653779 Rta. Hospital San Rafael de Leticia.pdf" –

“1.pdf”, p. 5

[40] Expediente digital, archivo “056 T-10653779 Rta. MALLAMAS EPS.pdf”.

[41] Expediente digital, archivo “057 T-10653779 Rta. Ministerio del Interior.pdf”.

[42] Expediente digital, archivo “058 T-10653779 Rta. Registraduria Nacional del Estado Civil.pdf”.

[43] Expediente digital, archivo “059 T-10653779 Rta. Superintendencia Nacional de Salud.pdf”.

[44] Expediente digital, archivo “060 T-10653779 Rta. Defensoria del Pueblo – Auto 10-abr-25.pdf”.

[45] Expediente digital, archivo “061 T-10653779 Rta. Ministerio de Salud y Proteccion Social – Auto 11-abr-25.pdf”.

[46] Asociaciones de Autoridades Tradicionales Indígenas del Amazonas.

[47] Mesa Regional Amazónica.

[49] “El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados. Pedirá su consentimiento para aplicar los tratamientos médicos, y quirúrgicos que considere indispensables y que puedan afectarlo física o síquicamente, salvo en los casos en que ello no fuere posible, y le explicará al paciente o a sus responsables de tales consecuencias anticipadamente.”

[50] “Artículo 5. Desistimiento de la solicitud para morir con dignidad. En cualquier momento del proceso de atención y trámite de una solicitud de eutanasia, la persona podrá desistir de la misma y optar por otras alternativas del cuidado integral del proceso de muerte, incluyendo el cuidado paliativo y la adecuación de los esfuerzos terapéuticos.”

[51] Corte Constitucional. Sentencias SU-655 de 2017 y SU-522 de 2019.

[52] Sentencia SU-316 de 2021.

[53] Cfr. Sentencias T-048 de 2023 y T-418 de 2023.

[54] Sentencia SU-508 de 2020 Ver también, Sentencia T-262 de 2020.

[55] Sentencias T-069 de 2018 y T-573 de 2023.

[56] Sentencia SU-355 de 2017.

[57] Artículo 83.

[58] Sentencia T-061 de 2014.

[59] El artículo 86 de la Constitución establece que cualquier persona podrá presentar amparo ante los jueces para procurar la protección inmediata de sus derechos fundamentales, cuando estos resulten vulnerados o amenazados por la acción u omisión de cualquier autoridad o particular. Por su parte, el artículo 10º del Decreto 2591 de 1991 regula la legitimación para el ejercicio de la acción de tutela. En este sentido, la solicitud de amparo puede ser presentada: i) a nombre propio; ii) a través de representante legal; iii) por medio de apoderado judicial; o iv) mediante agente oficioso. Además, la acción de tutela podrá ejercerla el Defensor del Pueblo y los personeros municipales. Este acápite es tomado de la Sentencia T-020 de 2021.

[60] En relación con la agencia oficiosa esta Corporación ha señalado que resulta procedente que un tercero interponga acción de tutela en nombre de otra persona cuando esta no puede ejercerla directamente; situación que se debe manifestar en la demanda de amparo. Con base en ello, ha enunciado los elementos para que proceda la agencia oficiosa en materia de tutela: “(i) la necesidad de que el agente oficioso manifieste explícitamente que está actuando como tal, y (ii) que el titular de los derechos invocados no se encuentre en condiciones para instaurar la acción de tutela a nombre propio”. Adicionalmente, la jurisprudencia de este Tribunal ha permitido que los padres, los hijos, los hermanos, los cónyuges, los compañeros o el cuñado, entre otros sujetos, puedan agenciar oficiosamente el derecho de una persona que requiere un servicio de salud para garantizar su vida o integridad personal, presumiendo la incapacidad para acudir directamente a la jurisdicción cuando una persona padece de alguna enfermedad catastrófica. Es de aclarar que en estos casos, debe obrar en el expediente prueba que acredite el delicado estado de salud que soporta el paciente y que implique la existencia de una incapacidad física o mental que le impida presentar por sí misma la acción de tutela. Así las cosas, se tiene entonces que los

agentes oficiosos pierden la calidad de tal cuando la persona que está imposibilitada para presentar el amparo de tutela (i) no demuestra su incapacidad o (ii) no ratifica lo actuado por el agente oficioso. Ver sentencias T-514 de 2006 , T-310 de 2016, T-510 de 2024, T-327 de 2024, entre otras.

[61] El artículo 86 de la Carta establece que la tutela tiene por objeto la protección efectiva e inmediata de los derechos fundamentales, cuando éstos resulten vulnerados o amenazados por la acción u omisión de las autoridades o por el actuar de los particulares. En este contexto, dicha legitimación exige acreditar dos requisitos. Por una parte, que se trate de uno de los sujetos respecto de los cuales procede el amparo y, por la otra, que la conducta que genera la vulneración o amenaza del derecho se pueda vincular, directa o indirectamente, con su acción u omisión. Acápites redactados con base en las sentencias T-1001 de 2006, T-403 de 2019 y T-167 de 2020.

[62] Esta Corporación ha señalado que dicho requisito se cumple cuando son razonables: (i) el tiempo que transcurre desde que se produjo la vulneración o amenaza a los derechos fundamentales, hasta la presentación de la acción de tutela; y (ii) el lapso dentro del cual se promovió la última actuación en defensa de los derechos aparentemente vulnerados y la solicitud de amparo (T-176 de 2018). También, cuando la vulneración de los derechos de la víctima permanece en el tiempo (T-413 de 2019). Acápite tomado de la Sentencia T-052 de 2023.

[63] El Decreto 2591 de 1991 establece expresamente que la tutela solo procede cuando “el afectado no disponga de otro medio de defensa judicial”. En términos generales, la tutela no es un mecanismo adicional o complementario de protección, pues, no puede desplazar, prima facie, los recursos ordinarios o extraordinarios de defensa judicial, a menos que estos no sean idóneos para proteger los derechos fundamentales alegados o exista un perjuicio irremediable por contener. La inobservancia de este principio es causal de improcedencia del amparo, de conformidad con el numeral 1 del artículo 6° del Decreto 2591. Así, la Corte Constitucional ha expresado que es viable la instauración de la acción de tutela en alguna de las siguientes hipótesis: (i) cuando no exista otro medio de defensa judicial que permita resolver el conflicto relacionado con la supuesta vulneración de un derecho fundamental; o cuando, aun existiendo, (ii) dicho mecanismo no resulte eficaz e idóneo para la protección del derecho; o cuando, incluso, (iii) a pesar de brindar un remedio integral, resulte necesaria

la intervención transitoria del juez de tutela para evitar la consumación de un perjuicio irremediable, el cual consiste en el riesgo inminente que se produce de manera cierta y evidente sobre un derecho fundamental, que de ocurrir, no otorga forma alguna de reparar el daño. Finalmente, esta Corporación ha precisado que si los mecanismos ordinarios carecen de tales características, el juez puede conceder el amparo como mecanismo transitorio o como mecanismo de protección definitiva de los derechos fundamentales, según corresponda. Acápite tomado de la Sentencia T-319 de 2024.

[64] Sentencia SU-150 de 2021: “La Sala Plena de esta Corporación ha justificado el uso de las facultades extra y ultra petita del juez constitucional en su función de control concreto en el deber que le fue impuesto en el artículo 241 Superior de preservar la integridad de la Constitución Política y el alcance del artículo 86 de la misma Carta. De esta forma, en procura de la protección de las garantías fundamentales de la persona que acude a la acción de tutela, la Sala puede realizar un estudio del caso que no solamente se circunscriba a las pretensiones esbozadas en la demanda, sino que, además, contemple todas aquellas posibilidades a que tenga derecho legalmente y que aseguren el cuidado de las prerrogativas del peticionario. Sobre el particular, en el Auto No. 360 de 2006, esta Corte indicó que el juez de tutela tiene permitido examinar los hechos de la demanda y determinar cuáles son los derechos fundamentales amenazados y/o vulnerados, sin que deba circunscribirse únicamente a los hechos de la demanda. (...) Lo anterior permite concluir que el juez de tutela tiene la facultad de emitir fallos extra y ultra petita, cuando de la situación fáctica (...) puede evidenciar la vulneración de un derecho fundamental, aun cuando su protección no haya sido solicitada por el peticionario (...)”.

[65] Al respecto, “[l]a jurisprudencia ha establecido, por regla general, que el criterio del médico tratante al diagnosticar, al igual que respecto de los procedimientos y medicamentos que considere del caso prescribir, se presume pertinente, idóneo y atinado, siendo los profesionales de la medicina, y más aún los especialistas en una determinada área de esa ciencia, quienes tienen el conocimiento científico necesario para asumir tales conceptos y decisiones”. Sentencia T-168 de 2013.

[66] Ver, entre otras, las sentencias T-318 de 2021, T-279 de 2022 y T-082 de 2025.

[67] Ley 21 de 1991.

[68] Aprobado mediante la Ley 21 de 1991. Ver Preámbulo y artículos 5 y 6.

[69] Sentencia T-376 de 2012, retomada por la Sentencia T-372 de 2021.

[70] Sentencia T-387 de 2020.

[71] Sentencia T-172 de 2019.

[72] Sentencia T-072 de 2021.

[73] Artículos 2 y 7.

[74] Artículos 2 y 26.

[75] Artículo 4.

[76] Artículos 1 y 24.

[77] Ley 21 de 1991.

[78] “Artículo 6. Elementos y principios del derecho fundamental a la salud. El derecho fundamental a la salud incluye los siguientes elementos esenciales e interrelacionados: (...) l) Interculturalidad. Es el respeto por las diferencias culturales existentes en el país y en el ámbito global, así como el esfuerzo deliberado por construir mecanismos que integren tales diferencias en la salud, en las condiciones de vida y en los servicios de atención integral de las enfermedades, a partir del reconocimiento de los saberes, prácticas y medios tradicionales, alternativos y complementarios para la recuperación de la salud en el ámbito global; m) Protección a los pueblos indígenas. Para los pueblos indígenas el Estado reconoce y garantiza el derecho fundamental a la salud integral, entendida según sus propias cosmovisiones y conceptos, que se desarrolla en el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI); n) Protección pueblos y comunidades indígenas, ROM y negras, afrocolombianas, raizales y palanqueras. Para los pueblos y comunidades indígenas, ROM y negras, afrocolombianas, raizales y palanqueras, se garantizará el derecho a la salud como fundamental y se aplicará de manera concertada con ellos, respetando sus costumbres (...).”

[79] Sentencias T-920 de 2011, T-718 de 2016, T-592 de 2017, T-357 de 2017, T-436 de

2022, T-082 de 2025, entre otras.

[80] “Por el cual se establece e implementa el Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural – SISPI como la Política de Estado en salud para los pueblos indígenas de Colombia y se dictan otras disposiciones”.

[81] Artículo 1.º del Decreto 480 de 2025.

[82] Artículo 3.º del Decreto 480 de 2025.

[83] Según su parágrafo.

[84] Ministerio de Salud y Protección Social. “Incorporación del enfoque intercultural en los procesos de formación del talento humano en salud para el cuidado de la salud de pueblos indígenas en Colombia. 2017. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Incorporacion-enfoque-e-intercultural-formacion-ths-pueblos-ind%C3%ADgenas.pdf>.

[85] Ibid., p. 19.

[86] Ibid., p. 26.

[87] Énfasis añadido.

[88] Para efectos de claridad en este acápite, se advierte que, si bien en el desarrollo del texto se hace referencia recurrente al concepto de “consentimiento informado”, ello obedece a su uso extendido en la doctrina, ley y jurisprudencia como categoría general aplicable a decisiones autónomas sobre intervenciones en salud. No obstante, el objeto específico de análisis es el “desistimiento voluntario e informado” por parte del paciente, el cual se entiende como una manifestación concreta del consentimiento informado. En consecuencia, toda alusión al consentimiento informado debe leerse como comprensiva del desistimiento informado, dada su pertenencia al mismo ámbito conceptual y normativo.

[89] “Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud”.

[90] Ministerio de Salud y Protección Social. Paquetes instruccionales guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”. Garantizar la seguridad de los procedimientos de consentimiento informado. Bogotá. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Garantizar-funcionalidad-procedimientos.pdf>.

[91] Énfasis añadido.

[93] Esta no se considera una lista taxativa.

[94] A partir de la Sentencia T-881 de 2002, la Corte Constitucional planteó que la dignidad tiene una triple función y un triple contenido en nuestro ordenamiento constitucional. Es valor, principio y derecho, e incorpora las dimensiones de actuar con base en un plan de vida definido de manera autónoma (vivir como se quiera), acceder a condiciones materiales mínimas de subsistencia (vivir bien) y ser protegido en su integridad física y moral (vivir sin humillaciones) se remontan en principio a la misma fuente.

[95] La libertad personal adquiere en la Constitución Política de 1991 una triple naturaleza: como valor, principio y derecho fundamental. La Corte Constitucional ha reconocido que bajo su noción de principio este se puede analizar bajo los artículos 6 y 13 de la Carta Política, los cuales autorizan que los particulares lleven a cabo las actividades que la ley no prohíba o cuyo ejercicio no está subordinado a requisitos o condiciones determinadas y que las personas puedan tomar las decisiones que determinen el curso de su vida. Sentencia C-879 de 2011.

[96] La Corte se ha referido a esta dimensión del pluralismo como la insospechada variedad de opiniones que coexisten en el seno de la sociedad, en la cual no es conveniente ni posible imponer una sola orientación. Ello, en razón a que, el Estado democrático debe permitir y favorecer la expresión y difusión de esa diversidad de creencias con múltiples matices, opiniones o concepciones del mundo. El pluralismo ideológico se refleja, entre otros, en los artículos 19, 20 y 27 de la Constitución que consagran la libertad de cultos, la libertad de expresión y las libertades de enseñanza, aprendizaje, investigación y cátedra. Sentencia T-527 de 1992, retomada por la Sentencia C-018 de 2018.

[97] Sentencias C-221 de 1994, T-401 de 1994 y SU-337 de 1999.

[98] Fundamento 8.

[99] Sentencia T-493 de 1993.

[100] Sentencia T-216 de 2008.

[101] Sentencia C-182 de 2016.

[102] Ministerio de Salud y Protección Social. “Por la cual se definen los lineamientos de la carta de derechos y deberes de la persona afiliada y del paciente en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y de la carta de desempeño de las Entidades Promotoras de Salud – EPS de los Regímenes Contributivo y Subsidiado”.

[103] Artículo 4.

[104] Sentencias C-639 de 2010, T-565 de 2013 y C-246 de 2017.

[105] Sentencias T-248 de 1998, SU-337 de 1999 y T-866 de 2006.

[106] Sentencia C-239 de 1997.

[107] La cual a su vez cita las sentencias C-616 de 1997 y SU-108 de 2016.

[108] La accionada se refirió a las siguientes instituciones: Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E., MEINTEGRAL S.A.S, Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E, ESE Instituto Nacional de Cancerología e Inversiones Clínica del Meta S.A.

[109] Ver Exp. 11001-3103-018-1999-00533-01 de la Corte Suprema de Justicia -Sala de Casación Civil- en la sentencia de 17 de noviembre de 2011, M.P. William Namén Vargas. Sobre la responsabilidad solidaria de las EPS e IPS y personal médico dicha Corporación dijo lo siguiente: “... las Entidades Promotoras de Salud (EPS), son responsables de administrar el riesgo de salud de sus afiliados, organizar y garantizar la prestación de los servicios integrantes del POS, orientado a obtener el mejor estado de salud de los afiliados, para lo cual, entre otras obligaciones, han de establecer procedimientos garantizadores de la calidad, atención integral, eficiente y oportuna a los usuarios en las instituciones prestadoras de salud (art. 2º, Decreto 1485 de 1994). Igualmente, la prestación de los servicios de salud garantizados por las Entidades Promotoras de Salud (EPS), no excluye la responsabilidad

legal que les corresponde cuando los prestan a través de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) o de profesionales mediante contratos reguladores sólo de su relación jurídica con aquéllas y éstos. Por lo tanto, a no dudarlo, la prestación del servicio de salud deficiente, irregular, inoportuna, lesiva de la calidad exigible y de la *lex artis*, compromete la responsabilidad civil de las Entidades Prestadoras de Salud y prestándolos mediante contratación con Instituciones Prestadoras de Salud u otros profesionales, son todas solidariamente responsables por los daños causados, especialmente, en caso de muerte o lesiones a la salud de las personas.”. Por lo tanto, es evidente, entonces, la responsabilidad solidaria entre las EPS, IPS y personal médico, respecto de las fallas en la prestación del servicio médico de los afiliados a las primeras de ellas.

[110] Al respecto es importante tener en cuenta los principios y componentes del Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural (SISPI), desarrollados para aquel momento en el Decreto 1953 de 2014 y, ahora, retomados y ampliados en el Decreto 480 del 30 de abril de 2025, el cual empezara a regir dentro del año siguiente a su expedición.

[111] Expediente digital, archivo “25Anexo7.pdf” y “017 Rta. MALLAMAS EPS.pdf”. p.10.

[112] Expediente digital, archivo “22ANexo4.pdf”.

[113] Expediente digital, archivo “017 Rta. MALLAMAS EPS.pdf”, p. 56.

[115]Expediente digital, archivo “017 Rta. MALLAMAS EPS.pdf”, p. 10.

[116] Expediente digital, archivo “017 Rta. MALLAMAS EPS.pdf”, p. 12.

[117]Al respecto, cabe aclarar que quien informó al señor Enrique por primera vez sobre la posibilidad de revocar su desistimiento fue el juzgado que conoció en única instancia sobre esta acción de tutela, conforme al material probatorio recolectado y allegado al interior de este expediente.

[118] Artículo 68.

This version of Total Doc Converter is unregistered.