

Sentencia T-357/17

ACCION DE TUTELA PARA LA PROTECCION DE DERECHOS COLECTIVOS CUANDO EXISTE VULNERACION DE DERECHOS FUNDAMENTALES-Requisitos de procedencia excepcional

1- Debe demostrarse que la acción popular no es idónea, en concreto, para amparar específicamente el derecho fundamental vulnerado en conexidad con el derecho colectivo. Esto puede darse cuando la acción popular es idónea para amparar los derechos colectivos involucrados pero no puede brindar una protección eficaz al derecho fundamental afectado. En caso contrario, la acción de tutela solo procedería como mecanismo transitorio cuando su trámite sea indispensable para la protección de los derechos fundamentales. 2- Que exista conexidad entre la afectación a los derechos colectivos y a los derechos fundamentales invocados. A este respecto, se ha dicho que la afectación del derecho fundamental debe ser consecuencia directa e inmediata de la conculcación del bien jurídico colectivo. 3- La persona cuyos derechos fundamentales se encuentran afectados debe ser el demandante. 4- La violación o amenaza de los derechos fundamentales debe estar demostrada, por lo cual no procede la tutela frente a meras hipótesis de conculcación. 5- La orden de amparo debe tutelar los derechos fundamentales invocados y no el derecho colectivo que se encuentre involucrado o relacionado con ellos, aunque este puede verse protegido como consecuencia de la orden de tutela.

LEGITIMACION POR ACTIVA DEL MINISTERIO PUBLICO EN MATERIA DE ACCION DE TUTELA-Reiteración de jurisprudencia

LEGITIMACION POR ACTIVA EN TUTELA-Defensor Regional del Pueblo en representación de los habitantes indígenas y no indígenas del departamento de Vaupés

COMUNIDADES INDIGENAS COMO SUJETOS DE ESPECIAL PROTECCION CONSTITUCIONAL Y TITULARES DE DERECHOS FUNDAMENTALES-Reiteración de jurisprudencia

COMUNIDADES INDIGENAS COMO SUJETOS DE ESPECIAL PROTECCION CONSTITUCIONAL Y TITULARES DE DERECHOS FUNDAMENTALES-Procedencia de la acción de tutela para la

protección de sus derechos

LEGITIMACION EN LA CAUSA POR ACTIVA-Comunidades en el departamento de Vaupés son determinables y los problemas en el sistema de salud se extienden de forma cierta a todo el Departamento

COMUNIDADES INDIGENAS DE VAUPES-Características especiales

LEGITIMACION POR PASIVA EN TUTELA-Entidades que prestan servicios públicos relacionados con la prestación del servicio de salud en el departamento de Vaupés

DERECHO A LA SALUD-Doble connotación al ser un derecho fundamental y al mismo tiempo un servicio público

La jurisprudencia constitucional ha dicho que la salud tiene una doble connotación: derecho y servicio público. Respecto a la primera faceta, ha sostenido que debe ser prestada de manera oportuna, eficiente y con calidad, de conformidad con los principios de continuidad, integralidad e igualdad; mientras que, respecto de la segunda, la salud debe atender a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos previstos en los artículos 48 y 49 del Texto Superior.

DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD-Carácter autónomo e irrenunciable

En relación a la salud como derecho, es necesario mencionar que, en un primer momento, fue catalogado como un derecho prestacional, que dependía de su conexidad con otro derecho considerado como fundamental, para ser protegido a través de la acción de tutela. Sin embargo, a partir de la sentencia T-760 de 2008 la Corte afirmó que la salud es un derecho fundamental autónomo que protege múltiples ámbitos de la vida humana. Dicha posición fue recogida en el artículo 2° la Ley 1751 de 2015, cuyo control previo de constitucionalidad se ejerció a través de la sentencia C-313 de 2014. Así pues, tanto la normativa como la jurisprudencia actual, disponen que la salud es un derecho fundamental autónomo e irrenunciable que comprende –entre otros elementos– el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad, con el fin de alcanzar su preservación, mejoramiento y promoción.

DERECHO A LA SALUD-Facetos positivas y negativas

DERECHO A LA SALUD-Elementos esenciales/ESTABLECIMIENTOS, BIENES Y SERVICIOS DE SALUD-Factores que hacen parte de los elementos esenciales del derecho a la salud

DERECHO A LA SALUD-Mecanismos esenciales e interrelacionados de disponibilidad, calidad, aceptabilidad y accesibilidad según Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

PRINCIPIO DE INTEGRALIDAD DEL DERECHO A LA SALUD-Alcance

El principio de integralidad, cuya garantía también se orienta a asegurar la efectiva prestación del servicio de salud, implica que se brinden servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y todo aquello necesario para que el individuo goce del nivel más alto de salud posible, o al menos, padezca el menor sufrimiento. En virtud de este principio, se entiende que toda persona tiene el derecho a que se garantice su salud en todas sus facetas, esto es, antes, durante y después de presentar la enfermedad o patología que lo afecta, de manera integral y sin fragmentaciones.

DERECHO A LA SALUD-Accesibilidad del servicio/DERECHO A LA SALUD-Acceso a la información/DERECHO A LA SALUD-Calidad del servicio/DERECHO A LA SALUD-Aceptabilidad del servicio

DERECHO A LA IDENTIDAD CULTURAL EN SALUD

DERECHO A LA IDENTIDAD CULTURAL-Contenido y alcance

DERECHO A LA IDENTIDAD CULTURAL-Instrumentos internacionales que reconocen su importancia

DERECHO A LA IDENTIDAD CULTURAL-Reiteración de jurisprudencia

IDENTIDAD CULTURAL-Perspectivas de protección para las comunidades étnicas

La Corte ha analizado las obligaciones estatales derivadas del derecho a la identidad cultural desde dos perspectivas: una negativa, cuando se ha considerado que se evita la desaparición de dicha cultura; y una positiva que se manifiesta en proteger la identidad cultural.

DERECHOS FUNDAMENTALES DE LOS PUEBLOS INDIGENAS A LA DIVERSIDAD ETNICA Y CULTURAL-Protección internacional

DERECHO A LA AUTODETERMINACION DE LOS PUEBLOS INDIGENAS-Autonomía política y autogobierno

DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD-Aceptabilidad, interculturalidad y protección a los pueblos indígenas

DERECHO A LA SALUD DE MIEMBROS DE COMUNIDADES INDIGENAS-Garantía de accesibilidad, aceptabilidad, calidad y disponibilidad

DERECHO A LA SALUD DE MIEMBROS DE COMUNIDADES INDIGENAS-Enfoque diferenciado

DERECHO A LA SALUD DE MIEMBROS DE COMUNIDADES INDIGENAS-Desarrollo normativo interno del enfoque diferenciado

DERECHO A LA SALUD Y EL RESPETO A LA IDENTIDAD ETNICA Y CULTURAL DE COMUNIDADES INDIGENAS-Fundamento normativo

CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS DEL DEPARTAMENTO DE VAUPES Y FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD

DERECHO A LA SALUD Y EL RESPETO A LA IDENTIDAD ETNICA Y CULTURAL DE COMUNIDADES INDIGENAS-Normas específicas que rigen la prestación del servicio de salud

DERECHO A LA SALUD Y EL RESPETO A LA IDENTIDAD ETNICA Y CULTURAL DE COMUNIDADES INDIGENAS-Normas sobre población dispersa geográficamente respecto al sistema de salud

ESTADO ACTUAL DEL SISTEMA INDIGENA DE SALUD PROPIO E INTERCULTURAL SISPI

FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD EN EL DEPARTAMENTO DE VAUPES

DERECHO A LA SALUD DE LA POBLACION DEL DEPARTAMENTO DEL VAUPES-Necesidad de dictar órdenes estructurales con miras a solucionar dificultades del sistema de salud en el departamento de Vaupés

Referencia: Expediente T-5.674.866

Acción de tutela instaurada por Carlos Javier Bojacá Galvis, en su calidad de Defensor del

Pueblo de Vaupés contra el Ministerio de Salud, la Gobernación de Vaupés, la Secretaría de Salud de Vaupés, las Alcaldías de Mitú, Carurú y Taraira, las Secretarías de Salud de los municipios de Mitú, Carurú y Taraira, Hospital San Antonio de Mitú E.S.E., Mallamas E.P.S. y Caprecom E.P.S.

Entidades vinculadas: Superintendencia Nacional de Salud, la Delegada para la Salud y la Seguridad Social de la Defensoría del Pueblo, la Procuraduría Delegada para temas de salud, Fiduciaria Previsora (Fiduprevisora en calidad de liquidador de Caprecom E.P.S.), Nueva E.P.S. y Cafesalud E.P.S.

Procedencia: Sala de Casación Laboral de la Corte Suprema de Justicia.

Asunto: Derecho a la salud.

Magistrada Ponente:

GLORIA STELLA ORTIZ DELGADO

Bogotá, D. C., veintiséis (26) de mayo de dos mil diecisiete (2017).

SENTENCIA

En la revisión de la providencia de segunda instancia, dictada el 29 de junio de 2016 por la Sala de Casación Laboral de la Corte Suprema de Justicia que confirmó la decisión de primera instancia, del 29 de abril de 2016, proferida por la Sala Civil-Familia-Laboral del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Villavicencio, dentro de la acción de tutela promovida por Carlos Javier Bojacá Galvis, en su calidad de Defensor del Pueblo de Vaupés contra el Ministerio de Salud, la Gobernación de Vaupés, la Secretaría de Salud de Vaupés, las Alcaldías de Mitú, Carurú y Taraira, las Secretarías de Salud de los municipios de Mitú, Carurú y Taraira, ESE Hospital San Antonio de Mitú, Mallamas E.P.S., Caprecom E.P.S., Nueva E.P.S. y Cafesalud E.P.S.

El asunto llegó a la Corte Constitucional, en virtud de lo ordenado por los artículos 86 (inciso 2º) de la Constitución y 32 del Decreto 2591 de 1991. Mediante auto de 11 de agosto de 2016, la Sala de Selección de Tutelas Número Ocho de esta Corporación lo escogió para su revisión y lo asignó a la Magistrada ponente para su sustanciación.

## I. ANTECEDENTES

El 13 de octubre de 2015, el Defensor del Pueblo de la jurisdicción de Vaupés en calidad de “(...) agente oficioso de las personas indígenas y no indígenas del departamento (...)”<sup>1</sup> presentó acción de tutela, al considerar que la ausencia de centros de salud o unidades básicas de atención y la deficiente prestación del servicio de salud afecta los derechos fundamentales de la población de Vaupés a la dignidad humana, a la igualdad, a la integridad personal, al derecho a la salud y a la seguridad social.

### Hechos y pretensiones en tutela

El Defensor del Pueblo de Vaupés manifestó que, de conformidad con la Ley 1122 de 2007, ese departamento es una zona especial que requiere de un tratamiento excepcional en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud. No obstante, indicó que dicha entidad territorial desde hace más de 10 años solamente “(...) cuenta con tres puntos de prestación de servicios de salud inscritos ante el Ministerio de Salud de Mitú, Carurú y Taraira, el resto del departamento no tiene, y el principal [centro de salud] es el Hospital San Antonio el cual tan solo cuenta con un nivel de atención 2 y tiene a cargo toda la prestación del servicio en el departamento”<sup>2</sup>.

Igualmente, sostuvo que existen 54 Unidades Básicas de Atención (UBA) las cuales no se encuentran habilitadas e inscritas ante el Ministerio de Salud, ya que no cumplen con los requisitos señalados en la Ley 1438 de 2011. Indicó que en principio, estas Unidades deberían prestar los servicios del Plan Obligatorio de Salud (POS) para los afiliados a los regímenes contributivo, subsidiado, especial y población pobre no inscrita, pero que por la falta de acreditación de los mencionados requisitos, no lo pueden hacer.

Aseveró que, de acuerdo con un informe del Ministerio de Salud, en el 2013 la población del departamento ascendía a 42.817 habitantes, de los cuales 26.226 estaban registrados en el Régimen Subsidiado, 2.592 en el Régimen Contributivo, 1.703 en el régimen de excepción y los demás como vinculados<sup>4</sup>.

Argumentó que uno de los mayores problemas en la prestación del servicio de salud en el

departamento son “(...) los grupos extramurales o comisiones médicas que se desplazan a las comunidades o zonas indígenas que no cuentan con centros de salud o que teniéndolo no cuentan con profesionales de la salud (...)”<sup>5</sup>, ya que deben desplazarse mínimo dos comisiones al año y solo lo hacen una vez<sup>6</sup>, lo que imposibilita que se atiendan todas las necesidades de los habitantes<sup>7</sup>. En concordancia con lo anterior, informó que el Director del ICBF Regional Vaupés, envió un oficio a la Defensoría Regional del Pueblo del mencionado departamento para que se programen brigadas de salud en las comunidades indígenas de Wasay y Surubuí, por cuanto han incrementado los casos de fiebre y vómito en la población<sup>8</sup>.

De igual manera, manifestó que el orden público es otro problema para la prestación del servicio de salud, pues la presencia de grupos al margen de la ley en las comunidades de Pucaron, Puerto Esperanza, Puerto Churuco, Vista Hermosa, Puerto Valencia, El Palmar, El Carmen, San Pedro, La Libertad, Bacati, Arara, La Venturosa, Puerto Gildara, Mirijilla y Gildadura, impide que las brigadas médicas accedan a estas zonas y presten los tratamientos médicos requeridos por la población. Además, señaló que la Brigada del Ejército no ha dado respuesta frente al posible riesgo de seguridad que enfrentan los grupos extramurales al desplazarse por dichas zonas<sup>9</sup>.

Por otro lado, relató algunas de las situaciones en las cuales se ha visto afectado el derecho a la salud de los pueblos indígenas que habitan en el departamento de Vaupés, y que pueden sintetizarse así: (i) los miembros de la comunidad de Bocas de Yi, sostuvieron que no cuentan con un centro de salud, personal de enfermería, medicamentos de primeros auxilios y brigadas de atención médica<sup>10</sup>; (ii) la comunidad indígena de Tapurucuara-Querari, manifestó que son aproximadamente 86 personas las que no reciben atención médica hace cerca de ocho meses. Enfatizó en que la falta de comunicación (radiofonía) impide que se realice la consulta de casos graves y urgentes<sup>11</sup>; (iii) los miembros de la comunidad indígena de Virabazu indicaron que desde diciembre de 2013 hasta marzo de 2014, no contaron con la presencia de un auxiliar de enfermería y que las comisiones médicas no han hecho presencia en dicha comunidad desde el año 2010<sup>12</sup>; (iv) los miembros del comité ejecutivo de ASATRAIYUVA<sup>13</sup>, señalaron que requieren de manera urgente una dotación de medicamentos y el mejoramiento de la infraestructura de las Unidades Básicas de Atención<sup>14</sup>; (v) las autoridades indígenas del alto Apaporis, adujeron que un miembro de esta comunidad sufrió un accidente ofídico y la E.P.S. Caprecom no lo trasladó a un centro

clínico para que pudieran atenderlo, lo que causó su muerte<sup>15</sup>; (vi) la Asociación de Autoridades Tradicionales Indígenas de la Zona del Tiquie-AATIZOT- informó que desde hace más de 7 años las E.P.S. Caprecom y Mallamas no visitan la zona para que definan temas de afiliación, revisión de personas a ingresar y actualización de información<sup>16</sup>; y (vii) el capitán de la comunidad indígena de Bocas del Yi, indicó que desde el 2010 la comunidad no cuenta con un centro de salud, no se realizan jornadas de vacunación y no se practican comisiones médicas y odontológicas<sup>17</sup>.

Igualmente, especificó que en las visitas realizadas por la Defensoría del Pueblo a las comunidades indígenas de: Monforth, Piracuara, Teresita, Jupda, Kakwa, Cachivera, Yapú, Trinidad de Tiquie, Puerto Solano, Ipanore, Sardinas, San Gerardo del Paca, Santo Domingo del Paca, San Pablo de Wiba, San Luis del Paca, Consuelo del Paca, Puerto Loma, San Marcos del Yi, Bacati, Arara, Lagos de Jamacuari, La Libertad, El Carmen, El Palmar, Puerto Valencia, Vista Hermosa, Puerto Nuevo, San Miguel, La Nueva Florida, Sector Étnico y la cabecera municipal de Carurú, se encontró que la infraestructura de los puestos de salud está en muy mal estado, no hay medicamentos suficientes o se encuentran vencidos, no se realizan misiones médicas extramurales de manera continua, los auxiliares de enfermería son insuficientes para atender todas las necesidades de la población y los insumos médicos están en mal estado y oxidados<sup>18</sup>.

Anotó que, de acuerdo con el informe de 2015 “¿cómo vamos en salud?” realizado por la Secretaría de Salud Departamental, el departamento de Vaupés presenta diferentes problemas en salud que pueden resumirse así: (i) baja tasa de vacunación, especialmente en los menores de edad; (ii) alto grado de infecciones respiratorias agudas (IRA) las cuales aumentan y se agravan por la falta de prestación del servicio de salud; (iii) enfermedades diarreicas agudas (EDA) que causan en promedio 2 y 3 muertes anualmente en menores de edad; (iv) accidentes ofídicos indebidamente atendidos por la falta de medicamentos; (v) la radiofonía como medio de comunicación para atender los casos más graves y urgentes no sirve, ya que no hay personal capacitado para utilizar los radios; y (vi) el suicidio “(...) sigue siendo un problema grave de salud pública, dado su alta incidencia. Hasta el mes de junio [de 2015] se tiene reportado la ocurrencia de 7 casos que da una incidencia departamental de 16 casos por cada 100.000 habitantes (...)”<sup>19</sup>.

Así pues, el Defensor Regional del Pueblo de Vaupés, solicitó que se tutelaran los derechos

fundamentales de la población indígena y no indígena del departamento a la seguridad social, a la vida en condiciones dignas, a la igualdad, a la integridad personal y a la salud. En consecuencia, pidió que: (i) se le ordene a las entidades accionadas que tomen todas las medidas administrativas, financieras y presupuestales necesarias para garantizar el acceso a la prestación continua, efectiva, oportuna y universal del derecho a la salud; (ii) se adopten las medidas correspondientes por las autoridades nacionales, departamentales y locales para que se amplíe la red prestadora de servicios de salud en todo el departamento de Vaupés, con mínimo 5 centros de salud adicionales a los existentes, y se prioricen las zonas más alejadas de difícil acceso y comunicación; (iii) se disponga de personal médico de manera permanente y se suministren medicamentos e insumos médicos a los centros de salud existentes; (iv) se garanticen mínimo tres comisiones extramurales al año, con profesionales de salud e insumos médicos suficientes; (v) las Unidades Básicas de Salud cuenten con un equipo de radiofonía en buen estado, y que se le haga mantenimiento al mismo de manera periódica; (vi) se reactive el funcionamiento de los diez puestos de salud que existen en el departamento, lo cual implica, mejorar la infraestructura, contratar personal médico permanente y suministrar medicamentos e insumos suficientes; (vii) se garantice la vinculación del personal médico durante todo el año y no por meses; y (viii) se prevenga a las entidades accionadas sobre las consecuencias de reincidir en las acciones que dieron origen a la interposición de la presente acción de tutela.

## I. ACTUACIONES PROCESALES

La Sala Civil, Familia, Laboral del Tribunal Superior de Villavicencio, mediante auto del 20 de abril de 2016<sup>20</sup>, admitió la acción de tutela y ordenó correr traslado al Ministerio de Salud, a la Gobernación de Vaupés, a la Secretaría de Salud Departamental, a los municipios de Mitú, Carurú y Taraira, a las Secretarías de Salud de los mencionados municipios, a la ESE Hospital San Antonio de Mitú y a las E.P.S. Caprecom y Mallamas para que se pronunciaran en relación con los hechos y pretensiones de la acción de tutela.

### 1. CONTESTACIÓN DE LA ACCIÓN DE TUTELA

## Ministerio de Salud y Protección Social

El 7 de noviembre de 2015, el Director Jurídico del Ministerio de Salud y Protección Social explicó el “Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de Empresas Sociales del Estado del departamento de Vaupés” y sostuvo que actualmente existen cuatro centros de salud, 15 puestos de salud y 54 Unidades Básicas de Promoción de Salud.

Por último, señaló que es obligación del departamento y del ESE Hospital de San Antonio de Mitú, adelantar todas las gestiones necesarias para determinar las necesidades de la red de prestación de servicios de salud y, de considerarlo pertinente, solicitar el reajuste del programa mencionado. Así pues, solicitó declarar improcedente la acción de tutela y desvincular a dicha entidad.

## Gobernación de Vaupés

El 7 de diciembre de 2015, el Gobernador de Vaupés declaró que el 24 de junio de 2015 la Secretaría de Salud Departamental y la ESE Hospital de San Antonio de Mitú suscribieron el Convenio N° 262, con el fin de garantizar el acceso al servicio de salud en el departamento de Vaupés y permitir la prestación de servicios con calidad, accesibilidad y oportunidad para la población.

Igualmente, manifestó que la Secretaría de Salud Departamental de Vaupés, tiene una red de servicios suficientes para atender a toda la población.

El 4 de noviembre de 2015, el Alcalde de Mitú manifestó que las falencias en la prestación del servicio de salud se deben a la negligencia y descuido de las E.P.S. e I.P.S. que operan en el departamento de Vaupés. Así mismo, indicó que el municipio no ha sido ajeno a la prestación del servicio de salud, ya que inició obras en las comunidades de Acaricuara y Yurupari para la construcción de centros de salud.

Finalmente, señaló que la acción constitucional no es el mecanismo judicial procedente, toda vez que el Defensor del Pueblo no puede atribuirse la representación de los derechos de toda la población del departamento de Vaupés.

## Alcaldía de Carurú

El 15 de diciembre de 2015, el alcalde manifestó que está de acuerdo con el Defensor del Pueblo, en la medida en que la prestación del servicio de salud en el departamento de Vaupés es crítica y necesita de una pronta reestructuración y mejora. No obstante, indicó que el municipio de Carurú, ha realizado todas las gestiones pertinentes a fin de garantizar y propender para que la población cuente con dicho servicio público. En esa medida, explicó que los recursos obtenidos fueron invertidos en el FOSYGA y el SGP para el aseguramiento de la población, de manera que tiene medios económicos suficientes para contribuir al mejoramiento del servicio. Finalmente, destacó que la E.P.S. Caprecom ha incumplido en la ejecución de las actividades de promoción y prevención de salud y, además, ha desatendido a la población por falta de comisiones extramurales.

#### Secretaría de Salud y Desarrollo Social de Taraira

El 4 de noviembre de 2015, el Secretario de Salud de Taraira refirió las diferentes gestiones que ha adelantado dicha entidad junto con la alcaldía para garantizar la prestación del servicio de salud en el municipio de Taraira. Al respecto, informó que: (i) se han tomado las medidas presupuestales para garantizar la contratación de servicios de salud; (ii) no ha sido posible construir un centro de salud en el Bajo Apaporis, ya que no se encuentra establecido dentro del plan bienal; (iii) se invirtieron alrededor de \$47.000.000 para el mantenimiento de la infraestructura de los puestos de salud; (iv) a través del Plan de Intervenciones Colectivas se contrataron tres Promotores de Salud por periodos de 6 meses y se dotó a cada una de las Unidades Básicas de Salud con radio teléfonos. Además, se capacitó al personal que presta el servicio de salud, no solo en el manejo del radio teléfono, sino también en las actividades referidas a la promoción y prevención de salud; y (v) se destinaron los recursos para la construcción y mantenimiento de las Unidades Básicas de Salud en diferentes comunidades.

#### E.S.E. Hospital San Antonio de Mitú

El 4 de diciembre de 2015, el representante legal de la E.S.E. Hospital San Antonio de Mitú solicitó que se desvinculara a dicha entidad, toda vez que como I.P.S. lo único que puede hacer es garantizar la prestación básica del servicio de salud hasta tanto los pacientes sean remitidos a un centro clínico de mayor capacidad. Igualmente, manifestó que el Hospital no cuenta con el presupuesto para garantizar el cubrimiento total de salud en el departamento y

que, además, garantizar la cobertura de toda la red se encuentra por fuera de las competencias que le otorga la Ley 715 de 2001.

Informó que el programa de “grupos extramurales” que se desarrolla en conjunto con la Secretaría de Salud Departamental, es de mucha complejidad, pues la dispersión geográfica y la situación de orden público impiden que estos grupos accedan con facilidad a las zonas más alejadas y puedan prestar el servicio de salud a la población.

Por otra parte, sostuvo que al Hospital se le han trasladado cargas financieras y económicas que no está en capacidad de soportar y que son atribuibles a otras entidades. Insistió en que “(...) no recibe más dinero que los indicados por el número de usuarios atendidos, y teniendo en cuenta las constantes glosas de las E.P.S., las deudas de las mismas, el no pago conforme a lo indicado en los contratos de prestación de servicios de salud, el costo de los insumos y los desplazamientos (...)”<sup>21</sup>, se dificulta la prestación del servicio de salud de manera adecuada.

Por último, señaló que el Hospital está en condiciones de seguir prestando el servicio de salud que le compete, siempre y cuando, las demás autoridades de orden departamental y nacional también lo hagan. Enfatizó en que, para brindar dicho servicio, es necesario que todas las autoridades cumplan con las funciones y competencias que les fueron asignadas por la ley.

#### E.P.S.-I Mallamas

El 4 de diciembre de 2015, el gerente de la mencionada E.P.S. expuso que Mallamas cumple con las obligaciones legales que le fueron impuestas, y que los usuarios se sienten satisfechos con el servicio de salud que se les brinda. A su vez, sostuvo que la E.P.S. que representa ha brindado los servicios de salud, el traslado y la hospitalización que los usuarios requieren.

Enfatizó en que, debido al trabajo mancomunado que ha realizado la E.P.S. Mallamas con la Secretaría de Salud Departamental, se ha podido enviar a grupos extramurales a las zonas de difícil acceso, de modo que no se puede afirmar que por más de 7 años no ha existido presencia de personal médico en algunas zonas de Vaupés.

Por otro lado, precisó que de llegarse a ampliar “(...) la red como se solicita por el accionante a nivel departamental y se habilitan servicios conforme a norma (sic), la E.P.S.-I MALLAMAS está presta a iniciar el proceso de contratación puesto que esto garantiza el fácil acceso para nuestros usuarios, pero esto sería una decisión de tipo gubernamental y estatal que no está en nuestras facultades de resolver (...)”<sup>22</sup>.

Finalmente, precisó que la acción de tutela no es procedente, toda vez que no existe un hecho concreto en el que se demuestre la afectación a los derechos fundamentales de las personas y que tampoco existe una prueba que demuestre que los titulares de los derechos no pueden actuar por sí mismos y requieren de la intervención del Defensor del Pueblo.

E.P.S. Caprecom

La entidad, en documento del 26 de abril de 2016, argumentó que no puede iniciar nuevas actividades en desarrollo de su objeto social dado que mediante Decreto 2519 de 2015, se declaró su supresión y está en curso el proceso de liquidación. A su vez, indicó que la población afiliada a Caprecom fue trasladada a múltiples Entidades Promotoras de Salud en el nivel nacional, las cuales son las obligadas a prestar los servicios que sean ordenados en sentencias de tutela. Por lo tanto, solicitó que se desvinculara a Caprecom EICE en liquidación del trámite de tutela.

Defensor del Pueblo Delegado para la Salud, la Seguridad Social y la Discapacidad

El 26 de abril de 2016, el Defensor Delegado para la Salud aseveró que la falta de especialistas médicos, la poca capacidad de los centros médicos y la deficiente gestión local para garantizar el cumplimiento de las normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud, impiden que a la población de Vaupés se le garantice el derecho fundamental a la salud.

Secretaría de Salud Departamental, Alcaldía de Taraira, Secretarías de Salud de Mitú, Carurú y Taraira

Las autoridades referidas guardaron silencio durante el término procesal correspondiente.

Procuraduría General de la Nación

El Asesor de la Oficina Jurídica de la Procuraduría General de la Nación, informó que en ejercicio de sus funciones constitucionales y legales, ordenó seleccionar el caso para hacerle seguimiento, control y determinar las medidas correspondientes.

## 1. SENTENCIAS EN SEDE DE TUTELA

### Sentencia de primera instancia

El 16 de diciembre de 2015, la Sala Civil, Familia, Laboral del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Villavicencio negó por improcedente la acción de tutela, pues consideró que esta perseguía la protección de los derechos colectivos a la seguridad y a la salubridad públicas.

### Impugnación

El accionante, mediante escrito del 19 de enero de 2016, impugnó la decisión. Argumentó que las pretensiones de la acción de tutela no estaban dirigidas a la protección de derechos colectivos, sino a la de derechos fundamentales. Específicamente, aseguró que la prestación inadecuada del servicio de salud supone una amenaza directa contra el derecho a la vida e integridad personal que hace procedente la acción de tutela. Además, mencionó que si bien es cierto que existen otros mecanismos legales, estos no son eficaces ni idóneos para amparar los derechos conculcados y la tutela en este caso procedería como mecanismo transitorio. En cuanto a la exigencia de determinar a las personas afectadas en sus derechos fundamentales sostuvo que, de los anexos de la tutela en los que se relacionan los casos de las personas afectadas, se da por cumplida esta exigencia.

### Declaratoria de nulidad

En segunda instancia, el 2 de marzo de 2016, la Sala de Casación Laboral de la Corte Suprema de Justicia declaró la nulidad de lo actuado en el proceso porque no se había vinculado a la Superintendencia Nacional de Salud, a la Delegada para la Salud y la Seguridad Social de la Defensoría del Pueblo y a la Procuraduría Delegada para temas de salud, tal como lo requirió el peticionario. Así, el proceso fue remitido a la primera instancia para continuar su curso para que se realizarán las vinculaciones y se volviera a surtir el trámite.

## Sentencia de primera instancia

La Sala Civil, Familia, Laboral del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Villavicencio, por medio de sentencia del 29 de abril de 2016, declaró improcedente la acción de tutela por considerar que no cumple con el requisito de subsidiariedad, toda vez que el Defensor Regional del Pueblo puede interponer una acción popular o de grupo que garantice la protección de los derechos colectivos de la población de Vaupés. Específicamente, sostuvo que “(...) se torna indiscutible que la acción de tutela presentada lo que busca es la salvaguarda de los derechos colectivos de la comunidad en general del departamento de Vaupés, a la seguridad y salubridad públicas, en la medida en que la misma requiere contar con acceso real y efectivo a una infraestructura adecuada para la prestación de los servicios de salud, ya que en la solicitud de amparo constitucional no se hizo referencia alguna a la necesidad de protección tutelar de los derechos fundamentales de determinada persona, que pudieren haberse visto amenazados o afectados con ocasión de la afectación de los derechos colectivos citados”<sup>23</sup>.

## Impugnación

El 29 de abril de 2016, el accionante impugnó el fallo de primera instancia, con fundamento en los siguientes argumentos:

i. El requisito de inmediatez se encuentra satisfecho, ya que la vulneración de los derechos fundamentales ha perdurado en el tiempo y no se han adoptado las medidas correspondientes para remediarla.

i. El fallo de primera instancia no se ajusta a los hechos que motivaron la acción de tutela, pues modifica la naturaleza de los derechos fundamentales invocados para determinar que los mismos son de carácter colectivo y afirma que, en consecuencia, se debe interponer una acción de grupo. Explicó que la vulneración a los derechos a la salud y a la vida en condiciones dignas de los indígenas, sujetos de especial protección, es generalizada, pues la desatención que han recibido por las autoridades accionadas respecto a la prestación del

servicio de salud ha conllevado al incremento de la tasa de mortalidad. A través de la acción constitucional, se pretende evitar que se cause una mayor afectación a los derechos fundamentales de la población de Vaupés.

i. El Tribunal no tuvo en cuenta que dentro de la acción de tutela se especificaron casos en los que existió una afectación a los derechos fundamentales a la salud y a la vida en condiciones dignas, de manera que la acción popular o de grupo no son los mecanismos judiciales procedentes para salvaguardar los mencionados derechos.

#### Sentencia de segunda instancia

La Sala de Casación Laboral de la Corte Suprema de Justicia, mediante sentencia del 29 de junio de 2016, confirmó la decisión de primera instancia, bajo el argumento de que no existe una situación concreta en la cual se evidencie la afectación al derecho fundamental a la salud. En esa medida, insistió en que al ser un tema de salubridad pública, se debe presentar una acción popular que esté encaminada a salvaguardar este derecho, más aun, cuando no se ha demostrado la falta de idoneidad y eficacia de la misma.

Sin perjuicio de lo anterior, anotó “(...) la solución de fondo frente a la problemática descrita requiere indudablemente el diseño e implementación de una política pública de salud integral que atienda las especificidades y necesidades de toda la población del Departamento de Vaupés, en la que, además, las autoridades garanticen la participación de las personas afectadas y, particularmente, la concertación con las comunidades indígenas del Departamento a través de los mecanismo idóneos, lo que cobra relevancia dada la obligación que le asiste al Estado de propender por el diseño de un sistema o modelo de atención con enfoque diferencial”<sup>24</sup>. En esa medida, insistió en que el juez de tutela no puede interferir en temas que involucran decisiones de índole presupuestal.

#### 1. ACTUACIONES EN SEDE DE REVISIÓN

El 21 de octubre de 2016, la Sala Quinta de Revisión en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, a fin de allegar material probatorio suficiente que permitiera

resolver la acción de tutela, profirió un auto mediante el cual suspendió los términos por 15 días, vinculó al agente liquidador de Caprecom E.P.S. y a Nueva E.P.S. para que se pronunciaran en relación con los hechos y pretensiones de la acción de tutela y requirió de diversas entidades y organizaciones lo siguiente:

- i. Al Defensor Regional del Pueblo, información sobre las personas que representa y las violaciones concretas de su derecho a la salud<sup>25</sup>;
- ii. A la Fiduciaria La Previsora S.A.-Liquidador Caprecom EICE en Liquidación, información sobre la caracterización de la población afiliada a Caprecom, las nuevas entidades encargadas de su atención y el impacto de la liquidación de dicha entidad en la atención en salud<sup>26</sup>;
- iii. A la Nueva E.P.S. y Mallamas E.P.S., información sobre los servicios de atención en salud que prestan actualmente con énfasis en población indígena<sup>27</sup>;
- iv. Al Ministerio de Salud y Protección Social y a la Gobernación de Vaupés, información sobre sus competencias respecto del sistema de salud y sobre la situación actual de la red de prestación del servicio en el departamento, además de la operación del Modelo Integral de Atención en Salud en el Guainía<sup>28</sup>;
- v. A las alcaldías de Mitú, Carurú y Taraira, información sobre sus competencias respecto del sistema de salud y en relación con la atención en salud de la población indígena<sup>29</sup>;
- vi. A la Superintendencia Nacional de Salud, información sobre el ejercicio de funciones de inspección y vigilancia en Vaupés<sup>30</sup>; y
- vii. A diversos organismos y centros académicos, concepto sobre la organización de los pueblos indígenas en el Vaupés, sus necesidades en salud y la cosmovisión indígena de la salud, el enfoque étnico en el sistema de salud y la articulación con la medicina tradicional<sup>31</sup>.

Respuesta de las entidades oficiadas

## Caja de Previsión Social de Comunicaciones -CAPRECOM- EICE en Liquidación

La apoderada especial de la entidad adjuntó varios cuadros en los que informó acerca de las entidades que prestan el servicio de salud en el Vaupés y sus afiliados, la población que atienden y las edades de los mismos. A continuación, se describen los cuadros referidos:

Entidad

Total de afiliados

ARS Convida

4

Asociación Mutual Empresa Solidaria de Salud de Nariño-EMSSANAR ESS

1

Asociación Mutual La Esperanza-Asmet Salud

2

Cafesalud E.P.S.

43

Caja de Compensación Familiar Cajacopi Atlántico

4

Caja de Previsión Social y Seguridad del Casanare-Capresoca E.P.S.

4

Capital Salud E.P.S.

13

Compensar E.P.S.

1

Coomeva E.P.S. S.A.

2

Cooperativa de Salud Comunitaria-Comparta-

2

Coosalud ESS

2

E.P.S. y Medicina Prepagada Suramericana S.A.

2

Famisanar E.P.S. Ltda-Cafam-Colsubsidio

10

Mallamas E.P.S.-I

39

Nueva E.P.S. S.A.

Salud Total S.A.

2

SaludCoop E.P.S.

2

Savia Salud E.P.S.

2

Servicio Occidental de Salud-SOS S.A.

1

Descripción grupo poblacional

Total

Régimen subsidiado

Régimen contributivo

19.211

277

Habitantes de la calle

3

Población infantil a cargo del ICBF

24

Población con SISBEN

2488

Menores desvinculados del conflicto armado

1

Población en condición de discapacidad

1

Población desmovilizada

9

Víctimas del conflicto armado

82

Población infantil vulnerable bajo protección de instituciones diferentes al ICBF

3

Población rural migratorio

5

Población reclusa

3

Población rural no migratorio

444

Comunidades indígenas

16.406

Negro o mulato o afrocolombiano o afrodescendiente.

17

Población carcelaria del INPEC

2

Edad

Total Usuarios

Menores de 5 años

5

1 a 4 años

1.608

5 a 14 años

5.190

15 a 18 años

19 a 44 años

6.858

45 a 49 años

796

50 a 54 años

690

55 a 59 años

634

60 a 64 años

443

65 a 69 años

423

70 a 74 años

249

75 años y mayores

Por otro lado, manifestó que desde el 27 de diciembre de 2015 la entidad que representa no presta el servicio de salud, ya que se encuentra en proceso de supresión y liquidación.

E.P.S.-I Mallamas

El gerente de la referida entidad, indicó que actualmente se presta el servicio de salud a 7.323 personas de las cuales 7.275 son del régimen subsidiado y 48 del régimen contributivo. Igualmente, aportó unos cuadros que presentan las entidades que prestan el servicio de salud en el departamento y la distribución por grupo de edad de los afiliados. Dichos cuadros son los siguientes:

-Régimen subsidiado

Edad

Femenino

Masculino

Total general

Menores a 1 año

40

88

1-4 años

248

250

498

5-14 años

801

870

1.671

15-18 años

329

348

677

19-44 años

1428

1.257

2685

45-49 años

147

195

342

50-54 años

132

145

277

55-59 años

140

131

271

60-64 años

76

95

65-69 años

80

90

170

70-74 años

72

65

137

75 años y más

141

147

288

TOTAL

3.642

3.633

7.275

-Régimen contributivo

Edad

Femenino

Masculino

Total general

19-44 años

20

24

44

45-49 años

1

0

11

50-54 años

0

0

1

55-59 años

0

1

1

21

27

48

Aseguradora

Porcentaje

Nueva E.P.S.

59.80%

Mallamas

39.80%

Cafesalud

0.30%

Así mismo, la E.P.S.-I Mallamas adujo que presta los servicios de salud primarios (ginecología, obstetricia, optometría, enfermería y entrega de medicamentos) y realiza actividades de prevención y promoción de salud, como planificación familiar, vacunación y prevención en salud oral, entre otros.

Lo anterior, mediante el Hospital San Antonio de Mitú en donde hay 14 médicos, 7 odontólogos y 21 enfermeras para atender a los pacientes que requieran alguno de los servicios médicos ofertados por dicha institución, los cuales son: consulta médica externa, odontología, laboratorio clínico, imagenología, terapia física, respiratoria y de rehabilitación y servicio farmacéutico.

Finalmente, indicó que en la zona rural del departamento, el Hospital de San Antonio cuenta con 67 auxiliares de enfermería, quienes realizan actividades de prevención y brigadas de salud para atender las necesidades médicas y de la población que se encuentra más alejada del centro urbano.

#### Ministerio de Salud y Protección Social

El Ministro de Salud informó que la población de Vaupés para el año 2015 era de 43.665 habitantes, "(...) de los cuales 26.801 están en el área rural lo que corresponde al 61.4% y 16.864 habitantes distribuidos en cabecera. Los tres corregimientos de Vaupés, Yavaraté, Pacoa y Papunahua son 100% rurales y le siguen los dos municipios de Taraira y Carurú con el 85% y 80% respectivamente. La ciudad capital Mitú, cuenta con 31.568 habitantes donde la mitad de ellos reside en el área rural. El 66.6% es de pertenencia étnica (28.516)"<sup>32</sup>.

De igual modo, sostuvo que el 90% de la población de Vaupés pertenece a un grupo étnico o indígena, dentro de los cuales se destacan: el Gran Resguardo Indígena de Vaupés, el Resguardo Indígena Arara-Bacati de Jamaicurú y el Resguardo Indígena Yaigojé-Río Apaporis.

De otra parte, explicó que para el año 2014, las primeras causas de mortalidad en el departamento fueron las enfermedades en los sistemas respiratorio, digestivo y circulatorio así como, las malformaciones y deformidades congénitas. El segundo grupo de causas, fueron los suicidios, los ahogamientos y las sumersiones accidentales. Indicó que, aunque las enfermedades transmisibles no se ubican dentro de las primeras causas de mortalidad, han incrementado un 45.5% en los últimos 10 años, lo que ha causado 24.58 muertes por cada 100.000 habitantes.

Adicionalmente, manifestó que la mortalidad materna para el año 2014 fue 3.34 veces mayor al promedio nacional, es decir, 233.10 muertes maternas por 100.000 habitantes. Adujo que la tasa de mortalidad neonatal fue 1.25 más alta que el promedio nacional, ya que en el 2014 se presentaron 16,32 muertes en menores de 28 días por cada 1.000 nacimientos, con una tendencia al aumento, dado que para el año 2005 ocurrieron 3.58 muertes neonatales y en el 2014 16,32. Añadió que la tasa de mortalidad infantil fue 1,47 veces más elevada que la nacional (11,30) y que pasó de 14,31 en el 2005 a 27,97 en el 2014.

Así mismo, sostuvo que las mayores causas de mortalidad en niños menores de 5 años son las infecciones respiratorias agudas (IRA), las enfermedades diarreicas agudas (EDA) y la desnutrición. Precisó que dichas situaciones han aumentado del 2005 al 2014, ya que pasó de 33,35 a 66,68 muertes en menores de 5 años.

De conformidad con lo anterior, manifestó que las enfermedades transmisibles y nutricionales se consolidaron como la primera causa de morbilidad en la población de la primera infancia y la adolescencia, y como el segundo en la población joven, adulta y adulta mayor.

De otra parte, adujo que de acuerdo con los resultados del censo sanitario del año 2015, el 65% de las viviendas en el Vaupés están en déficit por ausencia de servicios básicos, estructura y hacinamiento. A lo anterior, se suma que el 78% de la población deposita sus excretas a campo abierto y el 22% restante en taza sanitaria, lo cual indica que por cada 10 hogares, solo uno dispone las excretas adecuadamente.

Expuso que otra problemática de la población del departamento es la domesticación de animales silvestres, pues el contacto con éstos permite que se eleve el riesgo de contraer enfermedades zoonóticas.

Respecto al índice de necesidades en salud, precisó que se tuvieron en cuenta 27 factores, algunos de los cuales fueron: el tiempo de llegada del municipio a la capital de departamento, el número de viviendas, la asignación presupuestal, la cobertura de afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud, el porcentaje de bajo peso al nacer, entre otros. Con base en ello, indicó que los municipios en condiciones más críticas son Pacoa, Taraira y Papunahua.

Por otro lado, anotó que el departamento de Vaupés, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 156 de la Ley 1450 de 2011, elaboró y presentó el Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de Redes de Empresas Social del Estado -PTRRM-, el cual fue viabilizado por el Ministerio de Salud el 28 de octubre de 2013. Precisó que de acuerdo con esta propuesta, se crearon nuevos puestos de salud y unidades básicas de prestación, y se amplió la capacidad instalada de los centros de salud.

En este sentido, enfatizó que el Ministerio de Salud ha brindado asistencia técnica a la

Secretaría de Salud de Vaupés en temas relacionados con: (i) el rediseño y modernización de las redes de salud del departamento; (ii) la presentación de planes bienales de inversión en salud y conceptos de aprobación; y (iii) estructuración y formulación de proyectos de infraestructura y dotación de equipos.

Finalmente, hizo una descripción de la normativa que se refiere a las competencias que tienen los municipios, departamentos y E.P.S. dentro del Sistema de Seguridad Social en Salud.

#### Superintendencia Nacional de Salud

El asesor del despacho del Superintendente Nacional de Salud explicó que en el departamento de Vaupés hay cuatro profesionales independientes, dos I.P.S. (una E.S.E. y una privada) y una empresa con objeto social diferente. Afirmó que durante el 2016 no se realizaron visitas ni auditorías a dichos prestadores del servicio de salud<sup>33</sup>.

No obstante, informó que durante los años 2015 y 2016, se sancionó cuatro veces a la entidad territorial (dos a la Gobernación de Vaupés y dos al Departamento Administrativo de Salud) por los incumplimientos en el envío de la circular, el reporte de la información y la falta de acciones de salud pública<sup>34</sup>. Igualmente, sostuvo que el E.S.E. Hospital San Antonio de Mitú fue sancionado una vez por rendición de cuentas<sup>35</sup>.

Por otro lado, aportó el siguiente cuadro, el cual describe las Peticiones, Quejas, Reclamos y Denuncias (PQRD) del departamento de Vaupés entre los meses de enero y septiembre del año 2016.

#### Vaupés

Ene

Feb

Mar

Abr

May

Jun

Jul

Ago

Sep

Total

Mitú

6

9

11

7

12

24

23

7

8

Taraira

1

1

1

3

6

Carurú

1

1

2

Total

7

11

11

8

15

24

23

8

8

115

Finalmente, señaló los diez problemas de mayor frecuencia en el Sistema de Seguridad Social de la Salud en el departamento, los cuales son: (i) las inconsistencias en el reporte de novedades; (ii) la denegación de la consulta médica general; (iii) la demora de la referencia o contra referencia; (iv) los contratos vencidos con I.P.S. que afectan la continuidad del servicio; (v) la restricción en la libre escogencia de E.P.S.; (vi) la falta de oportunidad en la asignación de citas de consulta médica especializada; (vii) la inaplicación de normas, guías o protocolos de atención; (viii) la demora en el reconocimiento de reembolsos; (ix) las barreras en la afiliación (trámites no contemplados por la ley); y (x) el retraso en la autorización de hospitalizaciones.

Grupo de Estudios en Sistemas Tradicionales de Salud de la Universidad del Rosario

El Director del Grupo de Estudio en Sistemas Tradicional de Salud de la Universidad del Rosario, manifestó que el departamento de Vaupés está conformado por tres municipios, Carurú, Mitú y Taraira, los cuales están habitados mayoritariamente por "(...) comunidades indígenas de 25 y 30 etnias diferentes que se organizan en comunidades dispersas geográficamente en tres resguardos"<sup>36</sup>.

De igual manera, indicó que las familias lingüísticas identificadas en el Vaupès son: Arawak, Tukano, Carib y Makú. "A su vez, la familia lingüística Tukano ha sido dividida en Tukano oriental, Tukano medio y Tukano no clasificados"<sup>37</sup>. Para ilustrar dicho aspecto adjuntó el

siguiente cuadro:

## TUKANO ORIENTAL

Tukano

Wanano

Piratapuya

Tuyuca

Pisamira

Desana

Siriano

Tatuyo

Carapana

Makuna

Barasano

Taiwano

## TUKANO MEDIO

Cubeo

## TUKANO NO CLASIFICADOS

Yurutí

Tanimuka

Letuama

Yaun

Mirití-tapuya

ARAWAK

Tariano

MAKÚ

Upde y Bara

Jupda y Ckcua

CARIB

Carijona

Precisó que la distribución de los grupos indígenas, se establece con base en varios aspectos, como lo son: (i) el origen mítico de la boa-canoa; (ii) las chorreras como punto de referencia y separación; (iii) la familia lingüística; (iv) la condición de nómadas y sedentarios coincidente con la de ribereños e interfluviales; (v) la especificidad laboral; y (vi) sus rituales y conocimiento tradicional.

Expuso que en el Vaupés existen aproximadamente 255 comunidades indígenas conformadas por varias etnias, las cuales pueden constar de entre 25 y 30 personas, y son representadas por capitanes, quienes son elegidos por las mismas comunidades.

Enfatizó que las comunidades estaban en principio organizadas en grupos zonales adscritos al Consejo Regional Indígena de Vaupés (CRIVA). Sin embargo, a partir de la expedición del

Decreto 1088 de 1993, algunos de estos grupos se organizaron como Asociaciones de Autoridades Tradicionales Indígenas (AATI), unas están en proceso de hacerlo y otras decidieron continuar como grupos zonales. De acuerdo con el Plan de Desarrollo Departamental 2016-2019, las 18 organizaciones y asociaciones indígenas se ubican y catalogan de la siguiente manera:

- i. INDIGENA ACAZUNIP (Asociación de Capitanes de la Zona Unión Indígena del Papuri)
- ii. ALUBVA (Animación y Lucha del Bajo Vaupés)
- iii. AATIAM (Asociación de Autoridades Tradicionales Indígenas Aledañas a Mitú)
- iv. UDIC (Unión Indígena Cubea del Cuduyarí)
- v. OZCIMI (Organización Zona Central Indígena de Mitú)
- vi. ASATRAIYUVA (Asociación de Autoridades Tradicionales Indígenas Yurutíes de Vaupés)
- vii. AATIVAM (Asociación de Autoridades Tradicionales de Vaupés Medio)
- viii. ASATAV (Asociación de Autoridades Tradicionales Indígenas de Alto Vaupés)
- ix. ATICAM (Asociación Autoridades Tradicionales Indígenas Aledañas a la MCH).
- x. UNIQ (Unión Indígena de la Zona de Querarí)
- xi. OZAIS (Organización Indígena Zona de Alto Isana)
- xii. OZIPRA (Organización Indígena Zona del Río Papunagua)
- xiii. ASATIAC (Asociación de Autoridades Indígenas de Acaricuara)
- xiv. ASATRIZY (Asociación de Autoridades Tradicionales Indígenas de la Zona del Yapú)
- xv. AATIZOT (Asociación de Autoridades Tradicionales Indígenas Zona de Tiquié)

xvi. ACAIPI (Asociación de Capitanes Indígenas del Pira-Paraná)

xvii. ACTIVA (Asociación de Capitanes Tradicionales Indígenas del Cananarí)

xviii. ACITAVA (Asociación de Comunidades Indígenas Taraira)

Así mismo, destacó que la erosión cultural permite que la medicina tradicional pierda prestigio dentro de las comunidades y sus practicantes, lo cual conlleva a que los “sabedores y especialistas” pierdan confianza en su autoridad como médicos y guías de sus comunidades, y permite que la medicina tradicional desaparezca o sea reemplazada por la “medicina occidental”.

Profundizó en las ventajas de la medicina tradicional que se ha perdido con la llegada de las prácticas culturales de la medicina occidental. Al respecto, aseveró que el sistema médico tradicional en el Vaupés incluye un estricto modelo de dietas, restricciones y abstinencias en diferentes momentos de la vida, rutinas de ejercicio que permiten soportar el trabajo en la selva, plantas y prácticas para limpiar el organismo, rezos y rituales, entre otros, que se están extinguiendo y conllevan al deterioro de la salud de los indígenas.

Aunado a ello, explicó que “(...) los sistemas tradicionales de salud incluyen un complejo conjunto de profesionales indígenas, conceptos derivados de la cosmología ancestral, prácticas y tradiciones que han sido objeto de amplia descripción por parte de la antropología”<sup>39</sup>. Además, al ser un sistema de salud preventivo, depende de que se realicen las ceremonias a lo largo del año, de que haya malocas y especialistas de la cultura para hacer todas las danzas y ceremonias, y que “(...) las personas sigan los consejos que resultan de la comunicación con el Espíritu del Conocimiento durante cada una de las ceremonias (...)”<sup>40</sup>.

Así pues, manifestó que el abandono de estas prácticas culturales, sistemas de salud tradicional y la imposición de conocimientos foráneos, han conllevado a que las enfermedades no puedan ser controladas y a que los indígenas mueran rápidamente.

Respecto a los problemas de salud mental, señaló que la alta tasa de suicidio se debe, posiblemente, a la falta de oportunidades laborales y de educación en las Universidades que tienen los estudiantes. Enfatizó en que dicho problema no se ha tratado con profundidad y

tampoco se han establecido vías de comunicación con las autoridades tradicionales para establecer una posible solución.

Ahora bien, frente a los problemas de alcoholismo, drogadicción, violencia intrafamiliar, prostitución y trata de menores de edad, manifestó que se deben principalmente al choque cultural al que se han visto avocadas las comunidades indígenas de Vaupés. Explicó que la llegada de las prácticas occidentales ha servido para erosionar los valores indígenas, fomentar la pérdida de autoridad de los mayores, promover el individualismo y privilegiar la economía de mercado, lo que ha contribuido a fomentar e incrementar los problemas mencionados.

Para finalizar, anotó que era necesario realizar un enfoque étnico diferencial frente al sistema de salud y de educación para lograr mantener las tradiciones indígenas e impedir que la cultura occidental debilite y extinga la cultura tradicional indígena. Insistió en que los nuevos modelos de salud deben comenzar por recuperar, validar y garantizar la participación de los sabedores y médicos tradicionales, quienes deben encargarse de aprobar y adecuar los sistemas foráneos al indígena.

Instituto de Salud Pública de la Universidad Javeriana

El Director de la mencionada entidad adujo que no era posible rendir un concepto frente a las preguntas formuladas, toda vez que no contaba con la información para ello.

Clínica Jurídica de Medio Ambiente y Salud Pública -MASP- de la Universidad de los Andes

El Coordinador y Asesor Jurídico del MASP, enfatizó en que el problema de salud en el Vaupés, puede ser más crítico que los casos de desnutrición en La Guajira y la falta de atención en salud en el Chocó.

Aseveró que, de acuerdo con el Ministerio de Salud y Protección Social, para septiembre de 2016 en el Vaupés se encontraban registradas en la Base de Datos Única de Afiliados 31.259 personas, lo que correspondería a una cobertura del 71% de la población proyectada para 2016. Dentro de esta población, el 86% de los afiliados pertenece al régimen subsidiado de salud, lo cual indica que hay una alta tasa de vulnerabilidad. “Por otra parte, el DANE estima que para 2016 el Vaupés [tenía] 19,624 menores de edad de una población proyectada de

44.079. Adicionalmente, para 2014 cerca de 20,470 personas habitaban los 6 resguardos indígenas del departamento, esto es, aproximadamente un 46% del total de la población. En este sentido, una gran parte de la población es sujeto de especial protección constitucional- menores de edad y comunidades indígenas-”41.

Igualmente, explicó que las cifras respecto de la prestación del servicio de salud en el departamento son alarmantes, ya que no existe infraestructura suficiente ni de calidad para ofrecer los servicios de salud de manera eficiente y permanente. Además, el Vaupés solo cuenta con el Hospital de San Antonio de Mitú, entidad que es catalogada como de primer nivel.

Enfatizó en que el Vaupés es el tercer departamento con mayor mortalidad materna e infantil en menores de un año, el segundo en mortalidad infantil en menores de cinco años y el primero con mayor desnutrición infantil. Particularmente informó que “(...) la cifra de desnutrición crónica en menores de 5 años de este departamento [Vaupés] es de 34.70 una de las más elevadas del país, superando por 6.8 puntos porcentuales al Departamento de la Guajira y por 19 puntos al Chocó. A esto se le suma el hecho de que en el Vaupés la cifra de mortalidad en menores de 5 años es de 63.05, lo cual la sitúa como la más alta del país. Esto es una prueba contundente de la vulneración que los habitantes de Vaupés están viviendo respecto a un derecho que, por mandato constitucional y tratados internacionales, estipula que debe ser satisfecho por el Estado” 42.

De igual modo, adujo que la desigualdad que existe en el departamento respecto al resto del país representa una barrera directa al goce efectivo del derecho a la salud de sus habitantes, especialmente en el caso de las mujeres menores de edad, embarazadas y de la población indígena. Resaltó que la situación nutricional es un peligro inminente para la salud de la población infantil, pues de acuerdo con el informe realizado por la Secretaría de Gobernación de Salud de Vaupés, la desnutrición estuvo dentro de las cinco primeras causas de mortalidad en la población menor de 5 años. Además, manifestó que los niños de 2 a 5 años sufren de una desnutrición global del 10.5% con un porcentaje de severidad total del 30%, lo cual indica que fue la más alta del país junto con la del Guainía.

Sin perjuicio de lo anterior, anotó que existe una desigualdad material en la distribución de

los recursos destinados al sistema de salud del departamento, pues el 87% de la población se encuentra afiliada al régimen subsidiado, lo cual impide que se obtengan recursos suficientes para financiar los servicios básicos de salud, realizar inversiones en infraestructura, contratar promotores y profesionales de salud.

Por otra parte, explicó que otro de los problemas en el Vaupés es la poca presencia y capacidad institucional, lo que genera altos niveles de corrupción, presencia de grupos al margen de la ley, bajo desempeño integral de las funciones públicas y una afectación general a la población. De acuerdo con los datos recogidos por la Corporación Transparencia de Colombia, Mitú presenta uno de los índices más altos de corrupción. En este sentido, sostuvo que la falta de intervención y gestión estatal, impide que se haga un seguimiento adecuado a los problemas del departamento y que se formulen políticas públicas que permitan contrarrestar la crisis en la que se encuentra.

Por último, precisó que el departamento no solo tiene problemas en el sistema de salud, sino también en aspectos como el acceso a la educación, a una vivienda digna y a los servicios de agua potable y alcantarillado, entre otros.

#### Alcaldía de Carurú

El alcalde municipal manifestó que en Carurú, el 90% de la población pertenece al régimen subsidiado en salud. Así mismo, indicó que los propósitos en salud del municipio son: (i) aumentar la cobertura de afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud; (ii) disminuir en 10 puntos la tasa de mortalidad infantil en el municipio; (iii) lograr mayor cobertura de vacunación; (iv) disminuir en 50 puntos la tasa de incidencia de enfermedad diarreica aguda (EDA) en menores de cinco años; (v) disminuir en 70 puntos la tasa de incidencia de infección respiratoria aguda (IRA) en menores de cinco años; (vi) mantener en cero la razón de mortalidad materna; (vii) disminuir en cinco puntos la tasa de fecundidad en mujeres de 10 a 19 años; (viii) disminuir en tres puntos el bajo peso al nacer; (ix) fortalecer la autoridad sanitaria en procesos de gestión de la salud pública en un 90%; (x) gestionar la construcción y/o remodelación de un centro de salud, de acuerdo con el Decreto 4633 de 2011; (xi) gestionar el funcionamiento de una ambulancia náutica; (xii) implementar políticas y actividades que permitan promover el cuidado preventivo de la salud; (xiii) crear un grupo extramural de atención en salud, debidamente dotado; (xiv) crear cinco Unidades Básicas de

Atención; y (xv) crear cuatro brigadas de salud.

Expuso que las competencias en materia de Seguridad Social en Salud por parte del municipio, están comprendidas en la Ley 100 de 1993 y particularmente en los artículos 174, 175, 176, 215 y 216. Aseveró que desde el 1º de julio hasta el 30 de noviembre del presente año, se contrató un grupo de personas para realizar actividades de fortalecimiento del autocuidado personal.

#### Alcaldía de Mitú

La Secretaría Local de Salud manifestó que las condiciones ambientales, socio-demográficas, culturales, políticas y económicas del municipio de Mitú, influyen en el estado de salud de sus pobladores. Además, la insuficiencia e inexistencia del alcantarillado y del acueducto, hace que proliferen enfermedades como la diarrea y la infección respiratoria aguda, causas principales de mortalidad en el departamento. La falta de vías de acceso a la capital, y en especial a los centros médicos, también incide en la imposibilidad de los pobladores de acceder a los servicios mencionados.

Profundizó en que se requiere una UPC diferencial y un modelo integral en salud acorde a las características del departamento, "(...) puesto que mediante resolución 4480 del 27 de diciembre de 2012, el Ministerio de Salud estableció la estructura de costo por grupo etario para el Régimen Subsidiado, por lo que todos los pagos deben realizarse de acuerdo a ese grupo de población, lo que ha llevado a que los recursos disminuyan, ya que anteriormente se cancelaba un valor de UPC fijo por persona lo que beneficiaba a estas zonas del País (...)"<sup>43</sup>.

De otra parte, informó que durante la vigencia del 2016 aseguró los recursos del régimen subsidiado por un valor de \$11.605.956.613; permitió el ingreso de nuevas personas al régimen subsidiado; priorizó el ingreso de miembros de comunidades indígenas al sistema de

salud; realizó charlas informativas y educativas acerca de los deberes y derechos de los usuarios en el sistema de salud, trabajó de manera conjunta con el ICBF, el SENA, el Hospital San Antonio de Mitú y las E.P.S. para disminuir la tasa de suicidios y mejorar la salud mental de la población.

Asimismo, informó que, dentro de los planes territoriales de salud y planes de desarrollo, se logró la implementación de modelos de salud mental, el enfoque psicosocial y la inclusión de estrategias metodológicas que permitan mejorar las condiciones de salud mental en el municipio de Mitú. Por otro lado, señaló que aunque existe un incremento en la oferta de los servicios médicos en el casco urbano, todavía hay un déficit en la prestación de los mismos.

Finalmente, declaró que no existe un protocolo específico para la prestación de los servicios de salud a la población indígena, ya que dichas comunidades cuentan con el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural -SISPI-.

Alianza Estratégica para la Salud y el Desarrollo Social -SINERGIAS-

SINERGIAS precisó que no toda la red de servicios que describe el Defensor del Pueblo en su acción de tutela presta atención al público, ya que el mismo Hospital solo reconoce que las tres sedes ubicadas en las cabeceras municipales hacen parte de la red habilitada. Los puestos y unidades básicas de atención de salud no funcionan la mayor parte del año, pues la contratación del personal médico es temporal; además generalmente las labores son de educación en salud y no de servicios asistenciales. Expuso que aún hay comunidades que no reciben servicios de salud ni siquiera una vez al año lo cual, en conjunto con el número reducido y limitado de los grupos extramurales, hace que se comprometa el acceso a los servicios de salud.

Al abordar el cuestionario enviado, SINERGIAS describió la organización político-administrativa de Vaupés que se superpone con tres resguardos indígenas -Gran Resguardo Indígena de Vaupés, Bacatí-Arara y Yaigojé-Apaporis-. Aportó información del DANE sobre la proyección de 42.817 habitantes para 2013 en Vaupés, de los cuales el 38 % residen en las cabeceras municipales y el restante en el área rural que habitan aproximadamente 255 comunidades. Afirmó que cada grupo lingüístico de la población indígena tiene una lengua y características culturales particulares, de los cuales la familia lingüística Tukano Oriental es la mayoritaria, a la que le siguen otras cinco familias. Respecto de su organización, describió

la existencia de figuras de poder tradicionales por un lado, representadas por los Payés, Cumús, chamanes, cantores, narradores y “viejos” en general; y por otro lado, capitanes, representantes legales, secretarios que se asemejan a representantes y administradores locales. También señaló que existen autoridades oficiales de carácter especial como las Autoridades Tradicionales Indígenas (AATI) a las que se les reconoce cierta autonomía administrativa. En su intervención aportó información sobre las AATI idéntica a la expuesta por el Grupo de Estudios en Sistemas Tradicionales de Salud.

Sobre los requerimientos en salud del departamento, SINERGIAS expuso que el alto índice de necesidades básicas insatisfechas (NBI) especialmente en las zonas rurales de Vaupés, indica las deficiencias de acceso a múltiples servicios y bienes públicos básicos, que inciden directa e indirectamente en las condiciones de salud. Agregó que la cobertura de servicios de salud del departamento está entre las más bajas en el país y las tasas de consultas externas, hospitalizaciones y atenciones de urgencias son inferiores a la mitad del promedio nacional. Destacó que el sistema de salud en Vaupés no cumple los elementos esenciales del derecho a la salud. A su vez, el número insuficiente de funcionarios responsables de la atención, insumos e infraestructura señala la disponibilidad deficiente de los servicios y programas de salud. También reportó que los servicios que se prestan carecen de sensibilidad cultural necesaria para atender las necesidades y expectativas de las comunidades, lo cual cuestiona la aceptabilidad del servicio. Las barreras geográficas, las grandes distancias y los sobrecostos de transporte restringen la accesibilidad de los servicios, a lo cual se suma la negativa de las E.P.S. a reembolsar los gastos asociados a superar esas barreras de acceso. Respecto de la calidad e idoneidad, señaló que desconoce los esfuerzos de las E.P.S. e I.P.S. por ofrecer educación continuada y el desarrollo de competencias culturales del personal de salud del departamento.

En cuanto a la salud mental en el departamento y especialmente en las comunidades indígenas, señaló que a partir de su experiencia han encontrado que la tasa de suicidio en el departamento es ocho veces superior a la del país, a pesar del gran subregistro de suicidios existente. Pese a diseñar junto con el Ministerio de Salud y Protección Social un modelo con enfoque diferencial de etnia/raza e intercultural para las intervenciones en salud mental con énfasis en conducta suicida para grupos y pueblos étnicos indígenas, esta propuesta no ha sido implementada conforme al diseño propuesto. Explicó que actualmente no se atienden con grupos interdisciplinarios y los psicólogos de los grupos se contratan por cortos periodos.

Sobre la pregunta por los elementos de una atención en salud con enfoque étnico diferencial, señaló que la premisa fundamental es la adecuación sociocultural y técnica de los programas y servicios de salud. Entre las finalidades de esa adecuación se encuentran: (a) contar con personal de salud occidental sensibilizado en temas de interculturalidad y derechos de los grupos étnicos; (b) visibilizar la situación de salud de los grupos étnicos a través de la desagregación de la variable etnia en los sistemas de información; (c) eliminar las barreras de acceso atribuidas a factores culturales; y (d) aumentar la participación comunitaria. Específicamente, SINERGIAS ha propuesto que esa adecuación se desarrolle en el marco de un modelo de cuidados y no de atención, que incluye los sistemas de cuidado existentes en el territorio y que van desde prácticas individuales hasta sistemas institucionales formalizados.

En el componente de cobertura señaló la necesidad de que el establecimiento de los servicios se encuentre acorde con las características de la población y su perfil epidemiológico. En el componente de financiación, sugirió que es necesario actualizar los estudios que se tienen en cuenta para el establecimiento de la UPC diferencial de Vaupés y expuso la necesidad de tener una infraestructura y tecnología apropiada al medio, lo cual no está necesariamente de la mano con los requisitos de habilitación.

Por último, sobre la articulación de la medicina occidental y la medicina tradicional de los pueblos indígenas, indicó que se debe tener en cuenta lo avanzado en el SISPI, en la estrategia de Atención Primaria en Salud y con la Política Nacional de Atención Integral en Salud (MIAS). También manifestaron que puede aprovecharse la reglamentación aún pendiente de los “modelos operativos” incluidos en la Ley 691 de 2001.

Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad – Dejusticia

Dejusticia, en primer lugar, señaló que las necesidades en salud del departamento de Vaupés requieren una intervención estructural con énfasis en las comunidades indígenas del departamento y, especialmente, atender las necesidades asociadas al derecho a la alimentación de las mismas comunidades. En segundo lugar, indicó que su experticia se refiere al tema de desnutrición y hambre de los pueblos indígenas en Colombia, y llama la atención acerca de cómo la violación del derecho a la alimentación incide en la violación o

garantía de los derechos a la salud y a la vida.

Explicó que las muertes por desnutrición y asociadas a la misma en la población indígena son del 69.2 %, 2.6 veces más que las muertes de personas sin pertenencia étnica. Destacó que, respecto de los pueblos indígenas y los niños, el Estado tiene la obligación de garantizar el derecho a la alimentación en condiciones de igualdad, sin ninguna discriminación y a adoptar medidas afirmativas.

Sobre los factores que inciden en la desnutrición en el Vaupés, señaló que los cambios en las condiciones y usos del suelo han limitado la producción de los alimentos que componen su base de alimentación. Expuso que a veces la recolección de alimentos se ve restringida por la presencia de grupos armados. También la disponibilidad de alimentos se ha visto afectada por los programas de erradicación de cultivos ilícitos que dañan los cultivos de subsistencia. A tales restricciones se suma la necesidad de importar alimentos de otras zonas del país, lo cual eleva los costos e impone barreras de acceso de carácter económico.

Con base en algunos indicadores, Dejusticia sostuvo que los niños indígenas de Vaupés sufren de desnutrición a tasas mucho más altas que las cifras nacionales. Identificó como principales necesidades de las comunidades indígenas de Vaupés: (i) la mejoría del programa de radios, de puestos de salud local (que incluyan la presencia de médicos y otros profesionales) y el acceso a medios de transporte sin costos en el caso de enfermedades o accidentes graves; (ii) el respeto por la integración de los sistemas tradicionales de salud de los pueblos indígenas, el fortalecimiento de las prácticas tradicionales de salud de los pueblos indígenas; (iii) la adopción de medidas relacionadas con los determinantes de la salud como la alimentación, el acceso a agua potable, educación, empleo, vivienda, etc.; y (iv) la recolección de datos actualizados para construir el perfil epidemiológico de Vaupés, con la participación de los pueblos indígenas interesados.

De otra parte, Dejusticia expuso que el acceso a la salud con enfoque diferencial se trata de un equilibrio entre los diferentes conocimientos, creencias y prácticas culturales con respecto a la salud y a la enfermedad. Implica la incorporación transversal de la cosmovisión indígena en el diagnóstico de la enfermedad y la formulación de políticas en salud. Propuso que esta incorporación debería abordar tres lineamientos estratégicos: (i) la armonización jurídica, que implica la generación de marcos jurídicos que favorezcan el acceso de la población indígena

a ambientes saludables, a una atención de salud de calidad y al reconocimiento y fortalecimiento de las prácticas tradicionales de salud; (ii) la armonización conceptual, que es la generación de marcos conceptuales, instrumentos y metodología que permitan la creación de sistemas de salud que reflejen las particularidades de los pueblos indígenas; y (iii) la armonización práctica, que implica la formulación e implementación de modelos de atención que tengan en cuenta las características sociales y culturales de la población indígena así como su perfil epidemiológico específico.

Inspección judicial en el municipio de Mitú y en las comunidades de San Miguel, Santa Marta y Macaquiño.

Mediante autos del 23 y 27 de enero de 2017, la Sala decretó la práctica de una diligencia de inspección judicial en la comunidad de San Miguel, en la zona del Pirá Paraná y en el municipio de Mitú, con la advertencia de que se podrían modificar los lugares de la inspección judicial en caso de considerarse oportuno. A las entidades accionadas y a las organizaciones y entidades intervinientes se les comunicó de la diligencia para que, si lo consideraban pertinente, asistieran.

La diligencia se realizó los días 13 y 14 de febrero de 2017 y contempló las siguientes actividades: (i) una toma de declaraciones de personas provenientes de distintas zonas del departamento, representadas por el Defensor Regional del Pueblo, en Mitú<sup>44</sup>; (ii) el traslado de los funcionarios y empleados judiciales a la comunidad de San Miguel en la zona del Pirá Paraná para visitar su centro de salud y recibir algunas declaraciones de los habitantes; (iii) la extensión de la diligencia de inspección judicial a las comunidades de Santa Marta y Macaquiño, para conocer el estado del sistema de salud; y (iv) la inspección judicial del Hospital San Antonio de Mitú.

Audiencia y toma de declaraciones en Mitú

La toma de declaraciones en Mitú constó de dos partes. En la primera, diferentes personas que se consideraban representadas por el Defensor del Pueblo dieron su testimonio y, en la segunda, las entidades invitadas a comparecer tuvieron la oportunidad de intervenir, así como diferentes líderes de las comunidades indígenas que se hicieron presentes. A continuación se resumen sus intervenciones.

1. El señor Edgar Uribe Sierra, aseguró que venía de una comunidad indígena, pero actualmente vive en el municipio de Mitú. Adujo que estaba afiliado al régimen subsidiado de la Nueva E.P.S. Señaló que no había recibido atención psicológica que le ordenó su médico general el año pasado, pues en el departamento no existen profesionales que atiendan las consultas de salud mental. Llamó la atención sobre la importancia de contar con profesionales de psicología, pues muestra los impactos de la ausencia de tales profesionales es que un hijo suyo se suicidó el año pasado y nunca logró tener atención en salud mental. Destacó que precisamente su remisión al psicólogo es para la atención de las secuelas causadas por el suicidio de su hijo. Preciso que no ha interpuesto acción de tutela para promover su petición y que está de acuerdo con que el Defensor del Pueblo actúe como su representante.

2. La señora Yolanda María Álvarez señaló que no pertenece a ninguna comunidad indígena y que se encuentra afiliada en el régimen subsidiado con la Nueva E.P.S. Manifestó que tuvo un accidente el 7 de agosto de 2015, y que inicialmente le dijeron que debían hacerle terapias, pero luego, un profesional médico particular le indicó que el procedimiento que debió recibir era una cirugía con carácter urgente y no terapias. Afirmó que actualmente le prestan los servicios de terapias e indicó que, a la fecha, no tiene ninguna petición concreta de servicios de salud. Preciso que no ha interpuesto acción de tutela previamente y que el Defensor del Pueblo actúa como su representante.

3. El señor Miguel Ángel García, un indígena Cubeo, sostuvo que estaba afiliado al régimen subsidiado de la Nueva E.P.S. Indicó que hace 6 años sufrió un accidente ofídico que condujo a la amputación de una extremidad y le ordenaron una prótesis. Actualmente necesita el cambio de la misma, pero no ha logrado que la orden de remisión a Bogotá se haga efectiva para hacer el viaje. Aseguró que no le han entregado los pasajes aéreos para ir a la capital del país. Señaló que no ha presentado acciones de tutela previamente y que está de acuerdo con que el Defensor del Pueblo agencie sus derechos.

4. La señora María Arroyave Ramírez, una mujer indígena Cubea, indicó que hace varios años cuando estaba embarazada, se hizo cesárea ella misma porque tenía dificultades para tener el parto naturalmente y en su comunidad no había atención médica. Manifestó que con una cuchilla que tenía en su casa se practicó la operación sobre su propio cuerpo. Luego, un amigo de su esposo, de otra comunidad, le hizo algunos puntos para cerrar la herida. Días

después la trasladaron al Hospital de Mitú. Aseguró que actualmente no tiene alguna afectación de salud, únicamente algunas dificultades para hacer trabajos en su comunidad, como los hacía antes de tener a su hijo. Señaló que no ha presentado acción de tutela previamente y que acepta que el Defensor actúe como su agente oficioso.

5. La señora Andrea González Cortés, afiliada a la Nueva E.P.S., afirmó que su hija de 15 años requería una biopsia y aunque estaba lista para viajar, no logró que la remitieran. Indicó que es muy difícil comunicarse con Bogotá para solicitar una cita. Dijo que logró obtener la consulta para el 4 de abril en la capital del país, después de la recomendación de especialistas. Aseguró que cuando requirió viajar a Villavicencio, la Nueva E.P.S. contrató un vuelo charter por un valor aproximado de \$5.580.000, aunque había cupo en Satena que era menos costoso. Preciso que son numerosas las dificultades para llamar a Bogotá y obtener una cita. Finalmente, manifestó que ratifica al Defensor como su agente oficioso.

6. El señor César Espinosa Calderón presentó el caso de su hermano Pedro Omar Espinosa Calderón, un hombre de 37 años de edad, quien el 27 de febrero de 2016 sufrió un infarto mientras era trasladado a la ciudad de Villavicencio. Relató que por la demora en disponer de la avioneta para transportar a su hermano, aquel no obtuvo rápidamente la atención requerida. Preciso que, en su momento, interpuso acción de tutela, con lo cual logró obtener transporte aéreo para desplazarse al lugar de atención médica.

7. El señor Nelson Hernando Gómez Beltrán, aseguró que representaba a su esposa Mery Jenny Peña Cruz, una mujer indígena de la etnia Tukana, que reside en el casco urbano de Mitú. Manifestó que su cónyuge no asistió a la diligencia porque no se sentía en la capacidad para relatar los hechos. Manifestó que el 24 de diciembre de 2016, con ocho meses de embarazo, tuvo la pérdida de su bebé. Dijo que su esposa se presentó a las 6 de la mañana en el Hospital y le dijeron que no había especialista en ginecología y por ello debían remitirla a Bogotá. Indicó que durante su espera en el Hospital, los signos vitales del bebé disminuyeron hasta que desaparecieron. Luego, a las 5:30 pm su esposa fue trasladada a Bogotá, pues tenía preeclampsia severa y estuvo en la unidad de cuidados intermedios. Asegura que todo se hubiera evitado si en Mitú hubiera habido un ginecólogo. Actualmente, la mujer está muy afectada psicológicamente, sin embargo, el interviniente afirmó que no han solicitado atención por falta de confianza en el Hospital. Además, la Nueva E.P.S. les negó los servicios de psicología y planificación familiar solicitados en Bogotá porque se los

debían prestar en el Vaupés.

8. El señor Filemón Almeida, perteneciente a una comunidad indígena del Medio Vaupés, afiliado al Régimen Subsidiado de la Nueva E.P.S., aseguró que el 10 de abril de 2016, su hija de 6 meses de nacida tuvo diarrea, por lo que él a las 8 de la mañana se acercó al puesto de salud de su comunidad para hacer la interconsulta con el Hospital. Expresó que no le dieron respuesta para remitirlo, entonces decidió buscar al capitán de la comunidad indígena para que le prestara el bote y el motor de la comunidad. El motor no funcionaba pero él lo reparó hasta las 3 de la mañana, hora en la que la niña falleció. Así mismo, indicó que tiempo después, su cuñada también se enfermó y en la Nueva E.P.S. le informaron que la entidad no tenía recursos para ir a las comunidades donde hay transporte fluvial, ni para gasolina, solo para los lugares donde hay pistas de aterrizaje. Expresó que la última brigada de atención en salud en su comunidad fue en mayo del año pasado, cuando fue un equipo de prevención y atención. Señaló que presentó una acción a través de la Contraloría e intentó acceder al reintegro para la comunidad. Ratificó al Defensor del Pueblo como su agente oficioso.

9. Ana Xilena Viáfara, una mujer afrodescendiente afiliada a Cafesalud mediante el régimen contributivo, aseguró que está en estado de embarazo. Dijo que en diciembre solicitó los pasajes para hacer su consulta de rutina en Bogotá, pero le indicaron que no había disponibilidad. Luego, por su cuenta, fue a la ciudad de Villavicencio y cuando llegó a Mitú, solicitó el reintegro de los dineros, pero se lo negaron. Aseveró que recientemente le dieron una autorización para ginecología en Villavicencio porque en Mitú, Cafesalud no tiene convenio para prestar dicho servicio. Adujo que no le han resuelto dónde la van a atender y que está pendiente de una respuesta de la E.P.S.

10. La joven Norma Juliana Gaitán Restrepo, se acercó con el capitán de la comunidad de Villanueva, en el Medio Vaupés. Señaló que el 16 de julio de 2016, el hijo de la adolescente de 9 meses tenía gripa, pero la comunidad no contaba con un auxiliar, ni con medicamentos para atender a los niños, y además que no tenían motor para trasladarse a Mitú y el menor de edad falleció. El capitán llamó la atención sobre el mal estado de los puestos de salud porque no cuentan con medicamentos, ni instalaciones adecuadas para atender las enfermedades que se pueden presentar. Preciso que el niño estaba afiliado a Mallamas E.P.S. y que a la comunidad cada 2 o 6 meses asiste la brigada de vacunación, pero no hay auxiliar contratado para el puesto de salud. Ratificaron al Defensor del Pueblo como agente oficioso,

por apoyarlos en su labor diaria.

11. La señora Mariana Asunción Patria expuso el caso de su sobrina Johana Alejandra Díaz Patria, quien está en Bogotá, en un albergue. Indicó que la joven era beneficiaria de su madre docente. Trabajó unos meses y se enfermó cuando estaba desafiada. La Secretaría de Salud de Mitú asumió la responsabilidad del albergue y la prestación de servicios de salud para tratar el cáncer que padece. Señaló que actualmente está afiliada a la Nueva E.P.S., pero reprochó que nadie tramitó la afiliación porque la joven era una paciente de alto costo. Indicó que la madre de la niña interpuso una acción de tutela en Villavicencio y en Bogotá. Agregó que antes de la Ley 100 de 1993, el personal de salud trabajaba con las personas indígenas y hacía presencia en las comunidades y considera que este era más eficiente, pero que la salud luego se deterioró. Aseguró que no hay voluntad política para el funcionamiento del Hospital. Además que es necesario un estudio más actualizado.

12. Duberley Rodríguez, en representación de su hijo de 10 años, Edgar Marino Rodríguez, señaló que el menor de edad estaba afiliado al régimen contributivo de Cafesalud. Manifestó que tenía dolores y tenía cita en Pediatría en Villavicencio porque Cafesalud no tiene convenio con el único Hospital de Mitú. Indicó que lleva tres meses intentando conseguir la cita y el examen. Solicitó cita por médico general y el día de la inspección judicial estaba pendiente de ser atendido. Puntualizó que previamente presentó una acción de tutela, el juez falló a su favor y expresó que Cafesalud fue notificado y le dieron cita para el 8 de marzo para la atención del menor de edad.

13. El señor William de Jesús Peña relató el caso de su padre Mariano Peña Morales, quien falleció el año pasado. Relató que el 14 de junio de 2016, su padre, quien sufría de diabetes y estaba afiliado a Cafesalud como cotizante, requería ser trasladado a la ciudad de Bogotá. No obstante, no se realizó el desplazamiento, por lo que presentó una acción de tutela con ese fin. El día 28 de junio de 2016, estaba contratada la avioneta, aunque su padre estaba agonizando y a las 5 de la mañana falleció. Finalmente, indica que no pudo hacer nada por falta de transporte aéreo.

14. El señor Luis Octavio Chagres, en representación de Emilio Chagres, afirmó que su padre estaba afiliado a la Nueva E.P.S. en el régimen subsidiado. En 2015 presentó una acción de

tutela en Bogotá para solicitar atención en salud, pero que no la ha recibido. Preciso que en 2014 a su padre le realizaron una operación en ambas rodillas en la ciudad de Bogotá. Luego, le hicieron una cirugía en 2015, pero relato que aún tiene problemas de salud. Dijo que no le han prestado la atención que requiere ahora, después de la liquidación de Caprecom. Está a la espera de la remisión por medio de la Nueva E.P.S.

Señaló que vive en una comunidad en Acaricuara que queda a 20 minutos en avioneta, donde no hay enfermero, ni atención en salud. Agregó que en su comunidad no hay unas construcciones de calidad para los centros de salud. Adicionó que el centro de salud sí funciona, aunque no hay personal ni radiofonía. Relató que en la zona están ubicadas 18 comunidades conformadas por 1.200 personas. Puntualizó que en el lugar donde vive perdieron dos niños porque no tenían medicamentos para su tratamiento.

#### Intervención de las autoridades

Como se advirtió, en la audiencia se dio la palabra a las entidades invitadas, sus intervenciones fueron las siguientes: La Gobernación del departamento, a través de su Secretario de Salud, sostuvo que es necesario un esfuerzo presupuestal adicional del gobierno central porque los dineros que recibe el departamento no son suficientes. Propuso un financiamiento mixto para garantizar los servicios de baja complejidad destinados a invertir recursos de subsidio a la oferta. Solicitó también que se diera viabilidad urgente al plan financiero en salud para ejecutar los recursos y transformarlos en subsidio a la oferta. También requirió una UPC diferencial, mayor que la de San Andrés, así como un aseguramiento único para el régimen subsidiado y contributivo.

La representante de la Alcaldía de Mitú señaló que hay 10.527 personas afiliadas a la Nueva E.P.S., 7.294 a Mallamas y las demás E.P.S. agrupan el 2 % de afiliados. Agregó que aproximadamente 3.000 personas se encuentran en el régimen contributivo. Aseguró que hacen operaciones del Plan Intervenciones Colectivas con la ESE San Antonio de Mitú, que incluye prevención y promoción colectiva de la salud.

El representante de la Alcaldía de Carurú señaló que existe una difícil situación de las comunidades indígenas y que ha dirigido oficios a la Nueva E.P.S. en los que dicha entidad indica que no hay claridad sobre las responsabilidades de la entidad. Resaltó que los habitantes no tienen ingresos y citó varios casos de falta de atención en salud.<sup>45</sup>

El Gerente de la E.S.E. Hospital San Antonio de Mitú expuso que desde 2004 existe el Hospital, puntos de atención y grupos extramurales. Indicó que en la red actual hay un presupuesto de 7.600 millones de pesos y el presupuesto requerido es de, al menos, 9.000 millones de pesos. Manifestó que “la ESE San Antonio de Mitú se ha encontrado y se encuentra en la mejor disposición para poner en funcionamiento la red de prestación de servicios en salud del departamento aprobada mediante el Convenio de Desempeño; siempre y cuando se garantice la sostenibilidad en el tiempo del único prestador público de servicios en salud del Departamento, debido a que es imposible para la ESE asumir el funcionamiento de la red ideal con recursos propios”<sup>46</sup>. Señaló que desde 2006 se debía rediseñar el Convenio sobre la zona rural, pero ello no se ha realizado. En 2013, el Hospital fue catalogado de Alto Riesgo Financiero. Agregó que tiene primer y segundo nivel, este último a través de brigadas de especialistas en Mitú.

En relación con los servicios que presta el Hospital, indicó que han puesto en marcha programas de telemedicina, que las imágenes de radiología las hacen en Mitú y las leen en Bogotá. Además, que cuentan con el servicio de ginecología y obstetricia permanente, donde la especialista está disponible 20 días y descansa 10 días. A su vez, que el pediatra atiende en el Hospital cada 30 o 40 días. Indicó que actualmente hay 7 grupos extramurales, 4 grupos de profesionales, cada uno cuenta con un médico, odontólogo y enfermera; y 3 grupos conformados por una enfermera Jefe y una higienista. Manifestó también que el mantenimiento de la red de radiofonía es responsabilidad del departamento, pero el Hospital es quien presta la interconsulta. Por lo tanto, señaló que si conocen de un caso muy complejo a través de la red de radiofonía le avisan a la E.P.S. y ésta coordina para traer a la persona.

El representante de la E.P.S.-I Mallamas señaló que la entidad únicamente hace presencia en Mitú y que cuenta con varios convenios con el Hospital San Antonio de Mitú. Aseguró que es necesaria una UPC diferencial para el departamento y aunque hay diferencias del 11% en la fijación de la UPC, éstas son insuficientes.

El funcionario de la Superintendencia Nacional de Salud señaló que en noviembre de 2016 realizó una auditoría integral al Hospital San Antonio de Mitú, de la cual está pendiente el informe final. Además, en relación con aspectos de mortalidad infantil y materna, se solicitó a la Secretaría Departamental un plan para mejorar la situación, pero después de la presentación del informe de dicha dependencia, se puso en conocimiento del caso a la

Superintendencia Delegada para aplicar una posible sanción. También señaló que la entidad que representa ha impuesto varias sanciones sobre rendición de cuentas y ha impulsado varios procesos en contra de las E.P.S. que actúan en el departamento.

El Delegado para la Salud y la Seguridad Social de la Defensoría del Pueblo indicó que en los documentos oficiales se hace referencia a 66 puestos de salud en el departamento, pero solo hay tres puestos que funcionan. Aseguró que la ausencia de recursos económicos no es justificación para la omisión en la prestación del servicio de salud, pues este debe ser continuo y llamó la atención sobre la falta de presencia de los actores de salud, como usuarios.

La Procuradora Regional de Vaupés afirmó que coadyuvaba la demanda y aseguró que no existe personal suficiente en el departamento para ejercer su función constitucional.

El médico representante de la organización SINERGIAS aseguró que desde 2006 hubo una separación entre el Hospital y la Secretaría. El Hospital adquirió un gran papel por ser la única entidad del territorio y se concentró en asegurar su estabilidad financiera, mientras que la Secretaría se ocupó de una política en salud. Manifestó que la Secretaría departamental debe tener mucha fuerza en la dirección de la política y trabajar con las autoridades indígenas, debe existir una complementariedad con los sistemas de salud indígenas, por ejemplo, las I.P.S. deben armonizar los usos y costumbres de los pueblos indígenas a través de un POS diferencial.

Así mismo, propuso crear una UPC por territorio, los servicios en cada sector del departamento, de forma que sea posible tener una UPC para el Pirá Paraná, diferente a la UPC del Cuduyarí. Señaló que las organizaciones indígenas igualmente deben crear su sistema de salud para incluirlo en el SISPI y se debe prestar atención con sus implicaciones financieras. Resaltó que el personal de salud debe tener elementos mínimos de humanización de los servicios y de la cultura indígena, por ejemplo, para permitir que las mujeres tengan el parto de cuclillas o de rodillas, conforme con sus tradiciones.

Los miembros de la Clínica de Salud y Medio Ambiente de la Universidad de los Andes señalaron que la Corte Constitucional ha retomado la Observación 14 del Comité PIDESC y que a partir de ella, encuentran que: (i) en relación con la disponibilidad, la infraestructura y la oferta, se dificulta realmente acceder a ciertos servicios de salud; (ii) sobre la prohibición

de discriminación, resaltaron el deber de prestar el servicio de salud a la población vulnerable; (iii) con respecto a la accesibilidad física, indicaron que la gasolina es mucho más costosa en Vaupés que en otros lugares del país; y (iv) sobre la calidad, sostuvieron que no se alcanzan los índices mínimos, como consecuencia de las mismas afectaciones descritas previamente. También llamaron la atención sobre la necesidad de crear un sistema de salud intercultural respetuoso de las comunidades indígenas.

En especial, enfatizaron que en el departamento hay una ausencia del Estado, que vincula factores económicos, sociales y culturales, que son los determinantes sociales de la salud. Estiman necesario que se tengan en cuenta asuntos como comunicaciones, transporte y problemas de corrupción, entre otros, relevantes para encontrar una solución al problema de salud que afronta el departamento.

El representante de la OPIAC señaló que existe una problemática estructural del sistema, por lo que es relevante que el Gobierno Nacional apoye la construcción del sistema actual con participación de los pueblos indígenas. Afirmó que en el departamento el 70-80 % es de población indígena. Por lo tanto, consideró que es extraño que se haga referencia al enfoque diferencial, cuando los indígenas son una mayoría. A manera de comparación, indicó que en el departamento del Guainía el sistema no es suficiente porque debe haber una atención permanente, que se logra cuando las personas que cumplen la función de salud sean de su propio territorio.

Al terminar la audiencia, se asignó la palabra a algunos líderes indígenas presentes, quienes solicitaron a la Corte: (i) la activación de los puntos de atención en salud; (ii) que se garantice el enfoque diferencial en los puntos de atención; (iii) que los puntos de atención cuenten con radiocomunicaciones; (iv) una ruta de atención para los accidentes ofídicos para mitigar daños y secuelas; (v) una UPC diferencial; (vi) 6 centros de salud adicionales; (vii) ordenar al Congreso que expida una ley sobre los sistemas indígenas en salud; (viii) que la ESE San Antonio de Mitú cuente con personal necesario en urgencia y hospitalización; (ix) una Unidad Administrativa que permita atención primaria en salud; (x) que se realicen como mínimo tres comisiones extramurales al año; (xi) crear un programa de salud mental intercultural; (xii) establecer varios puntos de vacunación; y (xiii) ordenar al Congreso la expedición de una ley que permita a las comunidades indígenas el manejo del sistema de salud dentro de su territorio.

## Documentos allegados en la diligencia judicial en Mitú

### Gobernación de Vaupés

La Gobernación allegó un documento en el que informa que el Modelo Integral de Salud (MIAS) se encuentra en fase de alistamiento, para lo cual se han destinado \$810.998.154, cuya fuente son las regalías. Para la etapa posterior de movilización se espera adelantar la socialización y concertación con los pueblos indígenas con el objetivo de iniciar el modelo de atención primaria en salud diferencial. Indicó que, a través del plan bienal de inversiones, se incluyeron iniciativas de mejoramiento de la infraestructura en salud. También se estructuraron dos proyectos: uno sobre atención de enfermedades tropicales y otro para vigilancia en salud comunitaria y se elaboró, con el Ministerio de Salud, un proyecto para adecuar y dotar la red de frío que amplíe la cobertura de vacunación.

Informó que se ha proyectado la entrega de cinco puntos de atención con infraestructura en salud ubicados en Yuruparí, Acaricuara, Piedra Ñi, Buenos Aires y Piracuara. Sostuvo que, dada la falta de condiciones del mercado para que opere eficientemente el sistema de salud en Vaupés, se debe optar por recursos de subsidio a la oferta.

La Gobernación informó que ha tratado de revertir las deficiencias en la operación de la red de salud del departamento que le compete a la E.S.E. Entre las propuestas de mejora se incluyeron: (i) declarar la viabilidad financiera por parte del Ministerio de Salud del plan financiero territorial en salud que podría avalar la destinación de 6000 millones de pesos para subsidio a la oferta; (ii) incrementar la UPC diferencial a niveles superiores al de San Andrés y Providencia, donde el único modo de acceso es el aéreo; (iii) que la liquidación mensual de afiliados por UPC no se haga por grupo etario sino con base en la UPC promedio.

La Secretaría destacó la necesidad de una UPC diferencial, así como de datos sobre el número de afiliados en el régimen subsidiado por E.P.S. en el municipio<sup>47</sup>. También informó acerca de sus funciones en concordancia con el artículo 44 de la Ley 715 de 2001 y aportó una relación de las acciones en cumplimiento de esas funciones. En este sentido, insistió en que los recursos no son suficientes para adelantar en forma eficaz los programas existentes para atender a la población indígena, y no mencionan acciones dirigidas a que la atención a esas comunidades sea culturalmente diferenciada. Así, manifestó que “no existe un protocolo

específico para la prestación de servicios, actualmente se encuentra en proceso de formulación el modelo de atención integral en salud para esta región, las autoridades indígenas específicamente el SISPI se encuentran en mesa permanente para abarcar los temas de salud”<sup>48</sup>. A su vez, aportó información sobre el monto de recursos destinados al régimen subsidiado correspondientes a \$11.735.225.408.

#### Alcaldía de Carurú

La Alcaldía de Carurú entregó un documento que reúne varios oficios dirigidos a la Nueva E.P.S. como constancia de las gestiones que ha adelantado la administración municipal ante las deficiencias en la prestación del servicio de salud para población indígena, incluyendo niños y víctimas del conflicto armado. Los oficios se refieren a la solicitud de reintegros de personas remitidas a Villavicencio o Bogotá, interconsultas a través de telemedicina para niños, la ausencia de un médico en el centro de salud de Carurú, la falta de suministro de leche para niños y la atención con especialistas de varios niños cuyas consultas, en algunos casos, fueron programadas hace más de un año. En el documento, la Alcaldía sostuvo que ninguno de esos requerimientos fue contestado por la Nueva E.P.S.

#### E.S.E. Hospital San Antonio de Mitú

El Hospital reseñó el Convenio de Desempeño 288 de 2016, que pretende la reorganización, rediseño y modernización de la red de prestación de servicios de salud<sup>49</sup>. En virtud de dicho Convenio, el Hospital junto con el gobierno departamental rinden cuentas al Gobierno Nacional sobre el cumplimiento de metas en los indicadores de eficiencia y oportunidad de los servicios prestados. Señaló que aumentar la cobertura y la accesibilidad de la red prestadora sin comprometer la sostenibilidad financiera requiere apoyo financiero adicional. Describió que los cuatro grupos extramurales actualmente están conformados por médico general, odontólogo, enfermero, motorista y proero. Para los programas de promoción y prevención los grupos están conformados por una enfermera profesional, una higienista oral, motorista y proero.

En el documento, el Hospital aportó el listado de zonas y el recorrido adelantado por “los grupos interdisciplinarios” en 2015 y 2016<sup>50</sup>. Luego de contrastar las proyecciones incluidas en el Convenio de Desempeño con la situación actual de la red, expuso un estimado del costo financiero de implementar en su totalidad el Convenio de Desempeño y el déficit

presupuestal existente respecto de los recursos actuales.

#### Superintendencia Nacional de Salud

En el informe allegado a la Corte, la Superintendencia señaló que a raíz de información conocida sobre las falencias que se presentan en el desarrollo e implementación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en especial los aspectos atinentes al funcionamiento del CRUE y la gestión respecto de la mortalidad materna e infantil, se ha hecho inspección mediante visitas a la Secretaría de Salud del Departamento de Vaupés en noviembre de 2015<sup>51</sup>. También explicó que se hizo auditoría integral a la E.S.E. Hospital San Antonio de Mitú a través de un contratista en noviembre y diciembre de 2016 y allegó comunicaciones de ese en las cuales reconocen hallazgos de la auditoría integral como el hecho de no contar con un “Sistema Contable de Costos ni un manual o reglamento interno del recaudo de cartera actualizado, ni cumplir con estándares de mantenimiento y reactivo vigilancia, o la demarcación de zonas de esterilización”, entre otros.

#### Organización Nacional de los Pueblos Indígenas de la Amazonía Colombiana – OPIAC-

El documento entregado por la OPIAC reprodujo las distintas normas del Plan Nacional de Desarrollo vigente dirigidas a garantizar el cumplimiento de los acuerdos alcanzados en la consulta previa de la Ley 1753 de 2015. Entre los acuerdos reseñados, se habla de un “grupo de acuerdos encaminados a fortalecer la medicina tradicional e incorporar el enfoque intercultural y diferencial de atención integral en salud y en la formación y gestión del talento humano del sector”<sup>52</sup>. En consecuencia, solicitó a la Corte la revisión de los “22 acuerdos en materia de salud contemplados en el PND 2014-2018”<sup>53</sup>.

#### Defensoría Delegada para Asuntos Constitucionales y Legales

La Defensora Delegada para Asuntos Constitucionales y Legales remitió un informe elaborado por la Defensoría Delegada para Asuntos Étnicos y la Defensoría Delegada para la Salud, la Seguridad Social y la Discapacidad<sup>54</sup>.

En el documento reseñó algunas características demográficas de Vaupés, por ejemplo, la densidad poblacional del departamento (0.41 habitantes por km<sup>2</sup> en 1999) y la proyección del DANE de población total (44.079 habitantes en 2016).

Respecto del servicio de agua potable, la Defensoría aportó información sobre el grado de cobertura y potabilidad del agua que provee el servicio público en el departamento. Señala que, aunque la cobertura de la infraestructura es universal, la oportunidad y suministro continuo del agua están comprometidos. En Mitú, en su área suburbana, el suministro es de un día de por medio. En Carurú, el suministro se hace durante tres horas cada tres días. En algunas zonas se proveen mediante aguas lluvias que están en mal estado. Con fundamento en estos datos, manifiestan que el perfil epidemiológico del departamento muestra que las principales causas de morbilidad guardan relación con el uso de agua no potable que afectan especialmente a los niños.

Sobre la red institucional de salud indicaron que está conformada por “66 puestos de salud en las diferentes comunidades”<sup>55</sup>, pero aseguran que ninguno de ellos funciona.

De otra parte, incluyeron el siguiente cuadro basado en cifras del Ministerio de Salud y Protección Social:

POBLACIÓN DANE 2013 AFILIADOS

AFILIADOS R.C.

AFILIADOS RÉGIMEN DE EXCEPCIÓN

AFILIADOS R.S.

TOTAL % COBERTURA AFILIACIÓN

% COBERTURA AFILIACIÓN

2.527

1.028

26.377

29.932

69,9

% Afiliación

8,4

3,4

88,1

100

Sobre el ámbito epidemiológico, explicaron que predominan las enfermedades infecciosas derivadas de las condiciones deficientes de saneamiento básico, vivienda, hábitos higiénicos, la pérdida de factores culturales protectores y algunas actividades laborales cotidianas.

Finalmente, con el fin de mejorar el sistema de salud de Vaupés, la Defensoría del Pueblo propone que la E.S.E. Hospital San Antonio de Mitú, la Secretaría Departamental de Salud de Vaupés, las E.P.S. que operan en el departamento y el Gobierno nacional garanticen la presencia de auxiliares de salud permanentes, dotados de medicamentos, insumos e implementos médicos y apoyados por profesionales a través de la radiofonía, “para cada uno de los 69 puntos de atención que existen según el Convenio 288 de 2006”<sup>56</sup>.

Intervenciones durante la diligencia judicial en San Miguel, Pacoa, Vaupés.

El 14 de febrero de 2017, la inspección judicial se extendió a la comunidad de San Miguel, Pacoa con el propósito de tomar algunas declaraciones de habitantes del lugar y verificar el estado de su Centro de Salud. Durante la inspección se tomaron fotografías y se registró la diligencia en audio. La inspección fue dirigida por la Magistrada Ponente con el acompañamiento del Magistrado Jorge Iván Palacio Palacio y se hicieron presentes: (i) Carlos Javier Bojacá, Defensor Regional del Pueblo; (ii) Pablo José Montoya en representación de Sinergias; (iii) Gonzalo Makun, del resguardo Yaigojé Apaporís; (iv) Ovidio Marín, habitante de San Miguel; (v) Hugo Danilo Lozano Secretario de Salud de Vaupés; (vi) Roberto Marín Noreña, fundador de la Asociación de Capitanes Indígenas de Pira Paraná – ACAIPI, habitante de San Miguel; (vii) Edgar Pinilla, Delegado en salud de la Defensoría del Pueblo; (viii) Aura Milena Upegui de la Defensoría Regional del Pueblo; (ix) Alfredo Londoño Villegas, de la comunidad Piedra Ñi; (x) Gonzalo Makuna, de la comunidad Piedra Ñi; (xi) Ricardo Sánchez, habitante de San Miguel; (xii) Edgar Araujo, habitante de San Miguel; y (xiii) Wilson León,

habitante de San Miguel. A continuación se reseñan sus intervenciones.

1. El señor Fabio Valencia, representante legal de la comunidad Makuna, señaló que era importante ver al Vaupés y el Amazonas en conjunto y que el sistema de salud en la Amazonía debe ser tratado de manera diferencial al resto del país por dos aspectos: primero por su geografía, debido a las distancias que separan a las comunidades con Mitú y, segundo, por la medicina ancestral que se maneja en la región, que fue declarada patrimonio inmaterial por la UNESCO. Así, considera que el sistema de salud occidental se debe articular con la medicina ancestral de las comunidades indígenas. Afirmó que la llegada de las E.P.S. debe tener en cuenta a las comunidades para coordinar con estas, y así brindar un servicio acorde al sistema ancestral de salud.

Solicitó que las E.P.S. tengan mayor autonomía a la hora de autorizar los vuelos que remiten pacientes y que no tengan que esperar la autorización de Bogotá debido a que varios indígenas han fallecido por esa causa. Además, solicitó una UPC diferencial para el departamento. Por último, manifestó que no cuentan con insumos, personal ni infraestructura en materia de salud por lo que varias personas han muerto durante la espera por ser atendidas. De igual manera, advirtió que la minería afecta actualmente la salud de las comunidades. Señaló el líder que varios niños de las comunidades indígenas presentan brotes en su piel, sin que hasta el momento una brigada de salud los haya visitado para determinar la patología y su origen.

1. El señor Roberto Marín recalcó la necesidad de una atención multicultural en la provisión de los servicios de salud para las comunidades indígenas del departamento, con el propósito de que su conocimiento ancestral no se pierda con la mezcla de la medicina tradicional. Solicitó la instalación de un “micropuesto de salud” en el sector del río Pirá Paraná, el cual cuente con la dotación necesaria para atender casos del primer nivel. Además, pidió apoyo económico para los médicos de la región, para que continúen prestando sus servicios en dicha zona.

1. El señor Ricardo Sánchez relató los problemas de comunicación que tienen los centros de salud por la falta de equipos de radio, también informó sobre el malestar que tiene la comunidad por las condiciones físicas de los albergues de salud y la atención que reciben en estos. Manifestó su preocupación por la falta de control por parte del nivel central de los dineros que se envían al departamento para la salud. Igualmente se quejó por la falta de acción de las secretarías de salud por no enviar personal a los puestos de salud, y porque cuando los envían lo hacen sin los medicamentos necesarios para poder atender los casos que se presentan. Relató que el año pasado fue operado, y posteriormente, le formularon unos calmantes los cuales nunca le fueron suministrados con el argumento de que no contaban con insumos.

1. El señor Gonzalo Makuna del resguardo Yaigojé Apaporís solicitó mayor coordinación entre las secretarías de salud del Amazonas y Vaupés para que presten un servicio más eficiente, ya que desde el mes de febrero han muerto ocho nativos por falta de atención en salud. Hizo un llamado a la Corte para que no permita la minería en el departamento, ya que esta actividad ocasiona problemas de salud en las comunidades que se encuentran cerca de las minas, y puso en conocimiento el brote de paludismo que está afectando a las comunidades (alrededor de 700 casos). Finalmente, relató que en varias ocasiones los pacientes no pueden ser trasladados en la avioneta por falta de combustible.

1. El señor Hugo Danilo Lozano Pimiento, Secretario de Salud de Vaupés, inició su intervención reconociendo las graves falencias que presenta el departamento en materia de salud. Relató que en el departamento hay 250 comunidades indígenas de las cuales 50 cuentan con pista aérea, 80 equipos de radiofonía y que se encuentran adelantando las gestiones tendientes para dotar de insumos a los centros de salud.

1. Edgar Araujo relató que tuvo un accidente ofídico en octubre del 2016, y por tal razón fue remitido al Hospital de Mitú en donde sólo lo atendieron colocándole suero fisiológico. Ante tal situación, preguntó al personal médico, a lo cual respondieron que no contaban ni con

especialistas ni equipos para brindarle una mejor atención. Posteriormente, fue remitido a San José de Guaviare, donde le comunicaron que debido a que el veneno se iba esparciendo hacia su corazón, tuvieron que amputarle la pierna derecha. Sostuvo que en la espera y traslados su padre no recibió alimentación por parte del Hospital, y debido a que se opuso en un principio a que le amputaran la pierna, el personal médico de San José le dijo que “se fuera entonces con el chamán ya que ellos no podían hacer nada si él se oponía a que lo trataran como querían”.

Antes de finalizar la diligencia, diversos habitantes de la comunidad de San Miguel pertenecientes a grupos indígenas que, en varios casos, solo hablaban su lengua propia, manifestaron algunas dolencias y necesidades en salud que se exponen a continuación:

\* Una mujer que no proporcionó su nombre expuso que tiene seis meses de embarazo y no ha recibido controles prenatales.

\* Un señor de apellido Marín expuso que le practicaron una cirugía en la cabeza y aún está a la espera de controles médicos desde febrero de 2016 y no tiene noticia de cuándo le harán los controles. Cuando ha sufrido de convulsiones ha sido remitido a Mitú. Afirma que los chamanes “le hicieron prevención y actividades de recuperación”.

\* María Esperanza Socha afirmó que su hijo sufrió de leishmaniosis y, como secuela de esta enfermedad, sufre de dolor abdominal. En consecuencia solicitó medicamentos para el dolor. A su vez, María Esperanza sostuvo que sufre de gastritis. Relató que, en su momento fue atendida en Mitú pero no ha recibido más atención médica

\* Aracely Bolívar sostuvo que sufre de frecuentes dolores de cabeza cuando trabaja.

\* Cristina Saavedra alegó que sufre de dolores en las piernas sin haber recibido asistencia médica ni medicamentos para la dolencia.

\* Ximena Giraldo afirmó que su hija de tres meses, Luz Rojas, sufre de gripa. Agrega que no ha sido vacunada.

\* Patricia Martínez sostiene que sufre de dolores de cabeza y tos.

\* María Judith León alega que tiene un dispositivo de planificación y no ha tenido controles

médicos en el último año.

\* Rosa Giraldo afirma que tiene hongos.

\* Hortensia Araujo, madre de Hamilton Hernández (1 año) sostiene que él tiene brote, diarrea y vómito.

\* Rosmira Ramírez explica que las suturas que tiene en el brazo le producen picazón y teme que estén infectadas.

Durante la diligencia la Defensoría del Pueblo adjuntó una memoria USB en la que aportó videos en las que constan las declaraciones de diferentes capitanes de las comunidades de Aguablanca, Caño Laurel, Vista Hermosa, Campo Alegre, Ugá y Acitava.

Intervenciones durante la diligencia judicial en Santa Marta y Macaquiño.

La diligencia de inspección judicial también se adelantó en las comunidades de Santa Marta y Macaquiño, con el fin de conocer el estado de la prestación de salud. La diligencia fue dirigida por el Magistrado (e) Aquiles Arrieta Gómez y contó con la presencia de: Luis Fernando Correa, Viceministro de Salud Pública; Pedro Alonso Melo, de la personería municipal; Gloria Esperanza Salamanca, Procuradora Regional de Vaupés; Rafael Lozano, de la Defensoría del Pueblo; Pablo Martínez, de SINERGIAS; Luis Jorge Barbosa, excapitán de la comunidad; Coronel Leonardo Vargas Villegas, Comandante de la Brigada 31 de selva; Juan Manuel Rojas, enfermero de la comunidad; Sargento Segundo Henry A. Garnica, del Ejército Nacional; Nicolás Canon, Johnattan García y Camila Montoya de la Universidad de los Andes, Juan Camilo Sánchez y Alfonso Restrepo, integrantes de la comunidad; y Salvador Fernández, capitán de la comunidad.

Luis Jorge Barbosa, excapitán de la comunidad de Santa Marta, informó que el puesto de salud no contaba con auxiliares, ni personal contratado, lo que condujo a su cierre. Dicho centro asistencial fue construido por iniciativa de la comunidad y dotado para su funcionamiento por la ONG SINERGIAS con recursos de cooperación internacional. Esto lo corroboró el representante de la ONG y sostuvo que el proyecto contiene el compromiso de la E.S.E. Hospital San Antonio de Mitú de contratar el personal que se establecería de forma permanente en el puesto de salud, el cual, según indica, no fue cumplido por el Hospital.

La intermitencia en la contratación de personal fue alegada por otros participantes de la inspección como el Personero municipal de Mitú. Un auxiliar de enfermería presente relató cómo el personal solo es contratado por tres meses al año y en labores de prevención y no de consulta y prestación de servicios de salud, lo cual considera insuficiente. El Personero informó que de las siete comisiones extramurales implementadas por el Hospital, solo cuatro cuentan con un médico.

Para el excapitán de la comunidad, el funcionamiento de un puesto como el de Santa Marta es necesario dadas las restricciones de transporte que existen hasta Mitú para atender un problema de salud, y que los riesgos se pueden aumentar al hacer ese traslado con una enfermedad grave. En todo caso, señaló que la atención que se brinda en Mitú es insuficiente. Explicó que, por ejemplo, los cupos para consultas médicas son limitados y son escasos frente a las demandas de la población.

El auxiliar de enfermería puso de presente la escasez de medicamentos – en lo cual coincidió el Personero- para el número de habitantes y que problemáticas específicas como ataques ofídicos, son tratados únicamente con medicina tradicional. El Viceministro de Salud Pública informó las restricciones para el suministro del suero antiofídico por miembros de la comunidad y explicó que ello obedece a sus efectos–alergias, paro cardíaco, e incluso la muerte-, por lo cual el procedimiento es que en las comunidades se presten primeros auxilios y se gestione el traslado a un puesto de salud en Mitú.

Algunos participantes en la inspección como el representante de la Defensoría del Pueblo y el representante de SINERGIAS llamaron la atención sobre la necesidad de reactivar la red prestadora para facilitar la atención primaria en salud, evitar las complicaciones que conducen a que los servicios sean insuficientes y se requieran traslados a Bogotá o Villavicencio, con los consecuentes sobrecostos e impactos culturales que aparejan estos desplazamientos. Más aún, varios participantes coincidieron en el problema que se presenta con la autorización de traslados y la asunción de costos de transporte y alojamiento cuando estos se requieren.

El Viceministro destacó que, según lo informado por el capitán, “no se está ejecutando eficazmente el Plan de Intervención en Salud, pues de acuerdo al mismo se deben realizar por lo menos tres o cuatro comisiones extramurales al año”. También mencionó el sistema

piloto que se está ejecutando en el departamento de Guainía y que sería replicable en otros territorios con población dispersa como el Vaupés.

#### Intervenciones durante la diligencia judicial en el Hospital San Antonio de Mitú

Por último, la diligencia de inspección judicial incluyó las instalaciones del Hospital San Antonio de Mitú. Tal diligencia fue dirigida por la Magistrada Gloria Stella Ortiz Delgado, en compañía de los Magistrados Jorge Iván Palacio Palacio y Aquiles Arrieta Gómez. También se hicieron presentes el representante del Hospital San Antonio de Mitú<sup>57</sup>; el Viceministro de Salud Pública<sup>58</sup>; el Gobernador de Vaupés<sup>59</sup>; el personero municipal de Mitú<sup>60</sup>; la Procuradora Regional de Vaupés<sup>61</sup>; un representante de la Defensoría del Pueblo<sup>62</sup>; un representante de la organización SINERGIAS<sup>63</sup>; el Comandante de la Brigada 31 de selva<sup>64</sup>; un representante de la Superintendencia Nacional de Salud<sup>65</sup>; representantes de la Universidad de los Andes<sup>66</sup>; y otros ciudadanos<sup>67</sup>.

En la inspección judicial a la sede en Mitú del Hospital San Antonio, se corroboró información dada por el Personero de Mitú sobre las 7 comisiones extramurales del Hospital de los cuales solo 4 cuentan con un médico. El representante del centro asistencial explicó que esto obedece a la distinción entre comisiones enfocadas en labores de promoción y prevención de las labores específicas de la prestación de servicios de salud. Solo esta última clase de comisión extramural incluye entre sus integrantes a médicos. Respecto de los servicios en el área rural del departamento, destacó que las especialidades médicas solo se prestan en Mitú y no están incluidas en las comisiones extramurales. Por lo tanto, si los habitantes del área rural requieren de servicios de medicina especializada deben trasladarse a la capital departamental o en ocasiones, incluso, al interior del país.

El representante del Hospital aseguró que para cumplir con la cobertura de servicios en todo el territorio del departamento se requieren nueve grupos extramurales y cuatro grupos adicionales para actividades de promoción y prevención.

#### Documentos allegados con posterioridad a la inspección judicial en las comunidades de Vaupés

En el auto del 23 de enero de 2017 se ordenó que, una vez se realizara la inspección judicial se pusieran a disposición de los interesados todos los documentos recaudados en virtud de

ese auto y durante la diligencia. Sin embargo, ninguna de las entidades accionadas, ni los accionantes ni las organizaciones intervinientes se pronunciaron durante ese término<sup>68</sup>.

Con posterioridad a la diligencia, la Defensoría del Pueblo Regional Vaupés, Defensoría del Pueblo, Salud; SINERGIAS Alianzas Estratégicas para la Salud y el Desarrollo Social y la Clínica Jurídica de Medio Ambiente y Salud Pública -MASP- de la Universidad de los Andes intervinieron en conjunto.

Las mencionadas entidades propusieron como soluciones a la situación actual de salud de Vaupés y, en particular, de las comunidades indígenas que habitan las áreas rurales, que: (i) la ESE Hospital San Antonio de Mitú, la Secretaría Departamental de Salud, las E.P.S. que operan en el territorio y el Gobierno Nacional garanticen la presencia permanente de auxiliares de salud, dotados de medicamentos, insumos, medios de comunicación, acceso a transporte básico y medicalizado; (ii) las entidades administradoras de planes de beneficios en salud garanticen el acceso oportuno a servicios de salud de mediana y alta complejidad en niveles hospitalario y ambulatorio y los servicios complementarios de transporte, albergue, hospedaje, alimentación para los pacientes y un acompañante; (iii) se convoque a una comisión intersectorial que desarrolle una estrategia consultada y concertada con la población indígena que priorice soluciones en materia de saneamiento básico y agua potable, acceso a transporte aéreo y fluvial, medios de comunicación permanentes, consolidación de la soberanía alimentaria y nutricional, fuentes de energía alternativas y fortalecimiento de las prácticas culturales; (iv) que la Secretaría Departamental de Salud, las E.P.S. que operan en el Vaupés, los Ministerios de Salud y del Interior y las I.P.S., realicen una consulta previa con las comunidades indígenas para establecer un modelo de cuidado de la salud que defina la prestación de los servicios de promoción de la salud y bienestar, prevención y atención de la enfermedad con carácter intercultural; (v) señalan que la UPC diferencial del departamento no garantiza, por sí sola, la prestación de los servicios de salud y sugieren considerar alternativas de financiación a través de unidades de pago por territorio, independientemente del número de habitantes; y (vi) brindar acompañamiento técnico a las autoridades indígenas para la implementación adecuada y efectiva del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (SISPI).

Auto del 4 de abril de 2017

El Ministerio de Salud y Protección Social expuso que el Protocolo de Vigilancia en Salud Pública de agosto de 2015<sup>70</sup> señala que la clasificación del accidente ofídico debe ser realizada por el médico o por el personal de salud capacitado por la diversidad de las serpientes venenosas y la diferencia en sus venenos. Reitera que el tratamiento en todos los casos debe ser realizado por un médico, e idealmente en condiciones hospitalarias y, al respecto, refiere el protocolo del Instituto Nacional de Salud<sup>71</sup>. Como información anexa, describe que la vía de administración de todos los sueros antiofídicos polivalentes en Colombia es la intravenosa. Concluye que, teniendo en cuenta la normativa vigente, no es posible la administración de sueros antiofídicos directamente por miembros de las comunidades aún con el apoyo remoto de personal médico.

La E.S.E. Hospital San Antonio de Mitú indicó que para brindar asesoría, asistencia e intervención a la población joven del departamento y a sus familias que han sido identificadas con situaciones que afectan su condición mental, “realizó la contratación de un profesional especialista en el área clínica quien dio inicio a los procesos de evaluación, diagnóstico e intervención de casos relacionados con salud mental”<sup>72</sup>. Agregó que “dicho servicio se presta en el horario de 2 a 6 de la tarde con disponibilidad las 24 horas dependiendo de los requerimientos del paciente”<sup>73</sup>. Adicionalmente, explicó que este profesional “está apoyado con otro grupo de psicólogos (dos profesionales) quienes por intermedio del convenio realizado entre la ESE Hospital y el Departamento de Vaupés, están trabajando todo el tema de Zonas de Orientación Escolar en los colegios y barrios del casco urbano del Municipio de Mitú”<sup>74</sup>. Resaltó que estos profesionales se encargan de “captar, identificar y remitir los diferentes casos hacia el profesional clínico para que este continúe con todo el proceso de intervención antes mencionado”<sup>75</sup>. Añadió que este equipo realiza diferentes actividades de promoción y prevención. Con el concurso de la Alcaldía de Mitú, se cuenta con “un grupo o equipo móvil de profesionales que visita la zona rural y cada una de sus comunidades desarrollando acciones en beneficio de los jóvenes indígenas habitantes de estas zonas”<sup>76</sup>. Entre las acciones realizadas menciona: (i) talleres sobre el modelo de atención integral en salud; (ii) talleres de formación y capacitación en primeros auxilios psicológicos para identificación de riesgos en salud mental y prevención del consumo de sustancias psicoactivas; (iii) búsquedas activas y seguimiento de conducta suicida, intentos de suicidio, amenazas suicidas para canalizar el servicio que se presta en el Hospital<sup>77</sup>.

Sobre las comisiones extramurales allegó tres cuadros donde se resumen las realizadas

durante los años 2015, 2016 y 2017, la zona donde se realizó cada una de ellas, su recorrido y su duración. Sobre la conformación de las mismas, destacó que, en el 2015, todas contaron con un médico, un odontólogo y una enfermera, a diferencia del año 2016 en el que, de las 15 comisiones, cinco contaron con médico. También reportó que en 2017 las siete comisiones listadas se encuentran en ejecución y, de ellas, cuatro cuentan con un galeno.

Respecto de la administración de los centros de salud, puestos de salud y unidades básicas de prestación, señaló que debido a la escasez de recursos se priorizó la sede central, puesto que a dicho centro asistencial llega el 100 % de las personas remitidas de las comunidades de la zona rural del departamento<sup>78</sup>. Adicionalmente, explicó que para la vigencia 2017 contrató desde el mes de enero a “15 auxiliares de enfermería, con sus respectivos gastos de funcionamiento (combustible, transporte aéreo y fluvial, medicamentos, etc.)”<sup>79</sup> para prestar servicios de atención en salud en la zona rural. Añade que desde abril de 2017, la ESE Hospital “adquirió los convenios interadministrativos” con el Municipio de Mitú y la Gobernación de Vaupés (Corregimientos)<sup>80</sup>, para realizar las actividades de salud pública en las zonas que establecen los entes territoriales.

La Secretaría de Salud de Mitú informó que a partir de la vigencia 2016, la Alcaldía creó el área de salud mental bajo la supervisión de la Secretaría de Salud y que desde febrero de 2016 contrató a una profesional encargada del seguimiento e implementación de estrategias para la promoción de la salud mental y el control, vigilancia y seguimiento de casos relacionados con trastornos mentales, entre los cuales también se incluyen los intentos de suicidio<sup>81</sup>. Agregó que en 2016 realizó la formación de gestores de salud mental con el ánimo de identificar y remitir casos específicos de salud mental para su respectiva atención.

También, relató que trabajó en conjunto con el Ministerio de Salud para la capacitación de profesionales del área de psicología, quienes “realizaron acciones de prevención de la conducta suicida en los barrios en los cuales presentaron mayores índices de suicidio”<sup>82</sup>. A su vez, manifestó que “se hicieron las gestiones necesarias para que el Hospital San Antonio de Mitú lograra realizar la apertura del servicio de psicología clínica con el ánimo de que se atendieran las necesidades en salud mental de la población, servicio que inició sus actividades en el mes de junio del año 2016 y para el cual las EPS han realizado las remisiones necesarias”<sup>83</sup>. Sostuvo que mediante el Decreto 083 de 2016, la Alcaldía de Mitú

conformó el Comité Municipal de Salud Mental para dar inicio a la construcción de la política en salud mental. Añadió que mediante la contratación del Plan de Intervenciones Colectivas con el Hospital San Antonio, se establecieron las actividades de salud mental.

Sobre la administración de los centros de salud, puestos de salud y unidades básicas de prestación dijo que “durante la vigencia 2016 se terminaron las construcciones de los puestos de salud de Acaricuara y Yurupari, este fortalecimiento institucional se debería entregar en la vigencia 2016 al departamento en comodato, esta figura jurídica no tenía viabilidad, por tal razón, se presentó al concejo municipal el estudio y aprobación de los comodatos de Yurupari y Acaricuara, [...] se envía a la gobernación los dos contratos de donación del bien inmueble de los respectivos puestos para revisión, en este momento estamos a la espera de una respuesta para fines administrativos”<sup>84</sup>.

La Alcaldía y la Secretaría de Salud y Desarrollo Social de Taraira informaron que la categoría y escasa capacidad resolutiva del municipio lo obligan a contratar el desarrollo del Plan de Intervenciones Colectivas con la red pública de la E.S.E. Hospital San Antonio de Mitú. En este sentido, mediante Convenio 004 de 2016 suscrito con el Hospital, cuyo objeto es el desarrollo del Plan de Intervenciones Colectivas del municipio, se incluyeron actividades de promoción de la salud mental y la convivencia, y de prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales. Sin embargo, sostienen que la ESE Hospital San Antonio de Mitú ha incumplido con esta y otras obligaciones del citado convenio. Aseguraron que, según el Hospital, la causa del incumplimiento fue la imposibilidad de encontrar profesionales que desarrollaran dichas actividades a ejecutar en el periodo de octubre-diciembre de 2016.

Las entidades intervinientes indicaron que, durante la vigencia 2016, desplegaron “estrategias con el equipo social de la comisaría de familia y los profesionales de la Secretaría de Salud que buscaron la promoción de la salud mental y la convivencia, y de prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales en los niños, niñas y adolescentes de la Institución Educativa de Taraira”<sup>85</sup>. Manifestaron que la propuesta de actividades en la dimensión de convivencia social y salud mental para la vigencia 2017 actualmente se encuentra en revisión por parte de la ESE. No obstante, sostienen que “amparados en la resolución 0518 que otorga un porcentaje de recursos de Salud Pública del SGP que se pueden destinar a los procesos de Gestión para los Municipios de sexta (6) categoría, puedan utilizar un presupuesto entre el 30% al 40% para el cumplimiento de las

competencias de salud pública, el municipio de Taraira priorizó para la actual vigencia administrativa [2017] el fortalecimiento en la gestión de acciones relacionadas con la Dimensión Convivencia Social y Salud Mental; y por ello llevó a cabo la contratación de un profesional de salud (psicóloga), con la intención de garantizar el fortalecimiento de la autoridad sanitaria a través del apoyo a la gestión de la dimensión convivencia social y salud mental”<sup>86</sup>.

Respecto de la gestión de los centros de salud y puestos de salud, adujeron que se han limitado a abogar ante la Nueva E.P.S., la ESE Hospital San Antonio de Mitú y la Secretaría de Salud Departamental para activar los tres puntos de la red autorizados por el Ministerio de Salud y Protección Social, los cuales tienen certificados a los promotores de las comunidades de Jotabeya, Curupira y Bocas de Taraira. Agregaron que, pese a que la Nueva E.P.S. contrató la red con la E.S.E., esta solo tiene activo el centro de salud del municipio de Taraira en el casco urbano, lo cual restringe el acceso a la salud en las áreas rurales y a las 13 comunidades que representan el 70 % de la población del territorio.

Aclararon que desde hace 15 años, en cada una de las 13 comunidades existe un “promotor comunitario empírico” con experticia en manejo de urgencias y desarrollo de actividades de promoción y prevención en salud<sup>87</sup>. Recomiendan retomar elementos de la atención primaria en salud con el fin de convalidar la experiencia de los promotores comunitarios indígenas, los cuales poseen la capacidad de administrar, con interconsulta por radiofonía, medicamentos básicos e, incluso, el suero antiofídico. Añadieron que es pertinente que, desde el enfoque diferencial, se tome en cuenta a los promotores de las diferentes comunidades quienes, pese a no contar con certificación técnica, han sido los responsables de la salud y vida de las comunidades. En consecuencia, solicitan a la Nueva E.P.S. y a la E.S.E. Hospital San Antonio la contratación de estos promotores y su capacitación.

## II. CONSIDERACIONES DE LA CORTE CONSTITUCIONAL

### Competencia

1. Corresponde a la Sala Quinta de Revisión de la Corte Constitucional analizar los fallos proferidos dentro de la acción de tutela de la referencia, con fundamento en los artículos 86 y 241-9 de la Constitución y 31 a 36 del Decreto Ley 2591 de 1991.

## Asunto objeto de revisión y problema jurídico

2. El Defensor del Pueblo de Vaupés interpuso acción de tutela como agente oficioso de “toda la población indígena y no indígena” del departamento contra el Ministerio de Salud, la Gobernación de Vaupés, la Secretaría de Salud de Vaupés, las Alcaldías de Mitú, Carurú y Taraira y sus respectivas secretarías de salud, la E.S.E. Hospital San Antonio de Mitú, la E.P.S. Mallamas y la E.P.S. Caprecom, al considerar que la ausencia de centros de salud (o unidades básicas de atención) y la deficiente prestación del servicio de salud en la accesibilidad y aceptabilidad del servicio, afectan los derechos fundamentales de la población de Vaupés a la dignidad humana, a la igualdad, a la integridad personal, a la salud y a la seguridad social. Durante el trámite de la acción de tutela se vinculó a la Fiduciaria la Previsora como liquidadora de Caprecom, a la Nueva E.P.S. y a Cafesalud E.P.S.

Específicamente, el agente oficioso solicita que se tutelen los derechos de la población indígena y no indígena del departamento de Vaupés y que: (i) se le ordene a las entidades accionadas que tomen todas las medidas administrativas, financieras y presupuestales necesarias para garantizar el acceso a la prestación continua, efectiva, oportuna y universal del derecho a la salud; (ii) se adopten las medidas a cargo de las autoridades nacionales, departamentales y locales para que se amplíe la red prestadora de servicios de salud en todo el departamento de Vaupés con mínimo 5 centros de salud adicionales a los existentes, y se prioricen las zonas más alejadas de difícil acceso y comunicación; (iii) se disponga de personal médico de manera permanente y se suministren medicamentos e insumos médicos a los centros de salud existentes; (iv) se garantice mínimo 3 comisiones extramurales al año, con profesionales de salud e insumos médicos suficientes; (v) las Unidades Básicas de Salud cuenten con un equipo de radiofonía en buen estado, y se le haga mantenimiento al mismo de manera periódica; (vi) se reactive el funcionamiento de los 10 puestos de salud que existen en el departamento, lo cual implica, mejorar la infraestructura, contratar personal médico permanente y suministrar medicamentos e insumos suficientes; (vii) se garantice que la vinculación del personal médico se hará durante todo el año y no por meses; y (viii) se prevenga a las entidades accionadas a abstenerse de reincidir en las acciones que dieron paso a la interposición de la presente acción de tutela.

El Ministerio de Salud considera que la acción es improcedente y sostiene que la responsabilidad de la prestación del servicio le corresponde al departamento y a la E.S.E.

Hospital San Antonio. La Gobernación de Vaupés afirma que existe un convenio entre el E.S.E. Hospital San Antonio y la Secretaría de Salud Departamental para prestar el servicio de salud y que tiene la red suficiente para atender a toda la población. La Alcaldía de Carurú coincide con el tutelante ya que la situación del departamento es crítica. Sin embargo, asevera que ha hecho todas las gestiones posibles para garantizar el servicio de salud y que no tiene medios económicos suficientes para contribuir al mejoramiento del servicio. La Secretaría de Salud y Desarrollo de Taraira da cuenta de todas las gestiones realizadas para garantizar el servicio de salud aun cuando afirma que no ha sido posible construir un centro de salud en el Bajo Apaporis.

La E.S.E. Hospital San Antonio de Mitú solicita su desvinculación de la acción, por considerar que como I.P.S. lo único que hace es garantizar la prestación básica del servicio de salud y no cuenta con el presupuesto necesario para atender a toda la población del departamento y añade que todas las entidades deben cumplir con sus funciones y competencias. Para la Alcaldía de Mitú, la acción es improcedente por subsidiariedad. Además, considera que el problema radica en la negligencia y descuido de las E.P.S. que operan en el departamento.

La Fiduciaria la Previsora como liquidador de Caprecom indica que la entidad ha desaparecido y no presta el servicio de salud. La E.P.S. Mallamas también considera que la acción es improcedente, al no existir un hecho concreto sobre el cual pronunciarse, sino una situación general. En cuanto al fondo del asunto, señala que ha cumplido con todas sus obligaciones legales y que no es cierto que no se han enviado grupos extramurales en más de siete años al departamento. La Nueva E.P.S. y Cafesalud guardaron silencio durante el trámite.

La Superintendencia Nacional de Salud refiere que durante los años 2015 y 2016 sancionó cuatro veces a la entidad territorial por los incumplimientos en el envío de información y la falta de acciones de salud pública.

Durante el despliegue probatorio la Sala encontró diferentes casos de personas que alegaron la vulneración y amenaza del derecho a la salud. No obstante, únicamente se resaltarán los casos relatados durante la toma de declaraciones en Mitú que argumentaron vulneraciones o amenazas particulares al derecho a la salud vigentes, respecto de las cuales no se ha interpuesto una acción de tutela previa: (i) Edgar Uribe Sierra, indígena afiliado al régimen

subsidiado de la Nueva E.P.S. requiere de atención en salud mental para superar el suicidio de su hijo; (ii) Miguel Ángel García, indígena Cubeo afiliado al régimen subsidiado en la Nueva E.P.S., requiere que se haga efectiva la orden de remisión a Bogotá para el cambio de una prótesis por amputación de una extremidad por accidente ofídico; (iii) Nelson Hernando Gómez Beltrán, en representación de su esposa Mery Jenny Peña Cruz afiliada a la Nueva E.P.S, quien perdió su bebe de 8 meses de embarazo (24 de diciembre 2016) y tuvo que ser trasladada a Bogotá con preeclapmsia (situación en la cual tuvo riesgo de muerte), requiere atención de planificación familiar y psicología; (iv) Ana Xilena Viáfara, mujer afrodescendiente afiliada a Cafesalud mediante el régimen contributivo y quien afirmó que en sus seis meses de embarazo no había logrado la atención prenatal que requería, pues la E.P.S. no tiene un convenio vigente en la ciudad de Mitú para la atención médica respectiva. Manifestó que le habían autorizado una consulta en Villavicencio, pero a pesar de preguntar no le han resuelto dónde la van a atender; y (v) Luis Octavio Chagres, en representación de su padre, Emilio Chagres, afiliado al régimen subsidiado en la Nueva E.P.S., requiere una orden de remisión para Bogotá para revisar el estado de sus rodillas, como seguimiento a una cirugía que se le realizó en el año 2015.

Adicionalmente, se identificaron doce personas indígenas de la comunidad de San Miguel, entre las cuales se encuentran mujeres embarazadas y personas actuando en nombre de sus hijos menores de edad, que especificaron diferentes situaciones que consideran como una amenaza o violación a su derecho a la salud, a saber, falta de: (i) atención psicológica como consecuencia de un accidente ofídico; (ii) atención prenatal, (iii) seguimiento de cirugías en la cabeza; (iv) vacunación a niños; (v) controles de planificación familiar a mujeres con dispositivos con más de un año de implantación; así como (vi) secuelas de leishmaniosis en un niño menor de edad; (vii) gripa de un niño menor de tres meses; (viii) hongos en la piel; y (ix) brote, diarrea y vómito en un niño menor de un año de edad.

3. La situación fáctica exige resolver, en primer lugar, si la acción de tutela es el mecanismo procedente para obtener la protección del derecho a la salud de toda la población indígena y no indígena del departamento de Vaupés, en relación con el acceso y disponibilidad a la atención en salud oportuna y de calidad además de los casos puntuales de las 17 personas que, durante el despliegue probatorio, manifestaron que su derecho a la salud se encuentra amenazado por falta de acceso a: (i) atención en salud mental; (ii) remisión oportuna para un cambio de prótesis; (iii) atención por complicaciones obstétricas durante el embarazo o parto

de planificación familiar; (iv) atención por dolores varios; (v) atención prenatal; (vi) traslado para el acceso a atención en casos de urgencia para niños menores de un año de edad; (vii) seguimiento en casos de cirugías; (viii) secuelas de leishmaniosis en niños menores de edad; (ix) atención para casos de gripa en un niño menor de un año de edad, diarrea y vómito para dos niños menores de un año de edad; y (x) hongos en la piel.

De encontrar que la acción de tutela es procedente, la Sala deberá resolver si se vulneran los derechos fundamentales a la salud y a la identidad cultural de toda la población indígena y no indígena del departamento de Vaupés en el acceso y disponibilidad a la atención en salud oportuna y de calidad, así como de las personas individualizadas en el acceso a un diagnóstico oportuno y a la atención en salud, de acuerdo con las particularidades de cada caso.

Procedencia de la acción de tutela

Requisitos de procedibilidad de la acción de tutela. Reiteración de jurisprudencia<sup>88</sup>

4. La acción de tutela es un mecanismo de acceso a la justicia previsto en el artículo 86 de la Constitución, a través del cual toda persona puede solicitar el amparo de sus derechos fundamentales. Se tramita de manera preferente y sumaria debido a la importancia de los bienes que protege y sus reglas de procedimiento se guían por los principios de informalidad y prevalencia del derecho sustancial.

Sin embargo, la acción tiene naturaleza subsidiaria, lo que significa que sólo es procedente cuando no existan otras vías judiciales, adecuadas e idóneas para la protección del derecho fundamental o cuando, pese a existir una vía ordinaria, es imprescindible la intervención del juez de tutela para evitar un perjuicio iusfundamental irremediable<sup>89</sup>. La razón de ser de estas reglas radica en que todos los procesos judiciales deben concebirse como medios para lograr la eficacia de los derechos fundamentales y, en consecuencia, el amparo solo procede cuando el diseño de éstos no tiene la capacidad para cumplir con ese propósito en las circunstancias del caso concreto.

5. Las reglas procedimentales no son entonces simples formalidades, sino dispositivos para evitar que el juez constitucional invada órbitas propias de las jurisdicciones ordinaria y contencioso administrativa, y asegurar que los asuntos que resuelve sean esencialmente

relativos a derechos fundamentales.

6. El examen de idoneidad de los medios de defensa exige verificar la capacidad del mecanismo ordinario para proteger derechos fundamentales y solucionar el problema jurídico propuesto. Por su parte, la eficacia implica revisar el potencial de dicho medio judicial para proteger el derecho fundamental de manera oportuna e integral. Como puede verse, estos conceptos giran en torno al estudio de las pretensiones y circunstancias del caso concreto. En tal sentido, el juez tiene la obligación de analizar con especial cuidado las solicitudes de personas vulnerables o en condición de debilidad manifiesta, con el propósito de establecer si la exigencia de agotar los medios ordinarios es razonable o desproporcionada.

La acción popular como mecanismo judicial para abordar pretensiones sobre derechos e intereses colectivos y la procedencia excepcional de la acción de tutela

7. El artículo 88 de la Constitución dispone que la acción popular tiene como objeto garantizar los derechos e intereses colectivos, relacionados con el patrimonio, el espacio, la seguridad y la salubridad públicas, la moralidad administrativa, el ambiente y la libre competencia económica, entre otros. En desarrollo de tal precepto, la Ley 472 de 1998 estableció en su artículo 2 que este mecanismo busca “evitar el daño contingente, hacer cesar el peligro, la amenaza, la vulneración o agravio sobre los derechos e intereses colectivos, o restituir las cosas a su estado anterior cuando fuere posible”.

8. La sentencia T-176 de 201690 estableció que algunos de los requisitos sustanciales para la procedencia de las acciones populares son: “(i) la existencia de una acción u omisión por parte de autoridades públicas o de los particulares, en relación con el cumplimiento de sus deberes legales, (ii) la existencia de un daño contingente, peligro, amenaza, o vulneración de derechos o intereses colectivos; y (iii) la relación de causalidad entre la acción u omisión, y la afectación de los derechos e intereses mencionados”.

Así mismo, una de las características de la acción popular consiste en que el juez administrativo tiene amplias facultades para emitir fallos extra y ultra petita. Si de los hechos que obran en el expediente encuentra una justificación para proferir una orden, el juez puede dictarla con el fin de asegurar la protección de un derecho e interés colectivo, aunque no se haya solicitado tal medida en el proceso.

9. En relación con la competencia del juez de tutela con respecto a los asuntos que involucran derechos e intereses colectivos, la jurisprudencia constitucional ha sostenido que, por regla general, la acción de amparo no procede para resolver pretensiones de este tipo. Ahora bien, ha advertido que la acción puede estudiar de fondo la pretensión de los peticionarios cuando se utiliza como mecanismo transitorio para abordar asuntos propios de la acción popular que requieren la intervención del juez constitucional ante la posible ocurrencia de un perjuicio irremediable, o cuando la afectación a un derecho colectivo implica la vulneración o amenaza a un derecho fundamental individual<sup>91</sup>.

En caso de que se configure esta última eventualidad, “debe[rá] probarse la existencia de un daño o amenaza concreta de derechos fundamentales, la acción u omisión de una autoridad pública o de un particular, que afecta tanto los derechos colectivos como los fundamentales de una persona o grupo de personas, y un nexo causal o vínculo, cierta e indudablemente establecido, entre uno y otro elemento, pues de lo contrario no procede la acción de tutela”<sup>92</sup>.

10. La sentencia T-576 de 2012<sup>93</sup>, reiterada en decisiones más recientes de esta Corporación<sup>94</sup>, presentó las reglas sobre procedencia de la tutela frente a la acción popular de la siguiente manera:

“1- Debe demostrarse que la acción popular no es idónea, en concreto, para amparar específicamente el derecho fundamental vulnerado en conexidad con el derecho colectivo. Esto puede darse cuando la acción popular es idónea para amparar los derechos colectivos involucrados pero no puede brindar una protección eficaz al derecho fundamental afectado. En caso contrario, la acción de tutela solo procedería como mecanismo transitorio cuando su trámite sea indispensable para la protección de los derechos fundamentales.

2- Que exista conexidad entre la afectación a los derechos colectivos y a los derechos fundamentales invocados. A este respecto, se ha dicho que la afectación del derecho fundamental debe ser consecuencia directa e inmediata de la conculcación del bien jurídico colectivo.

3- La persona cuyos derechos fundamentales se encuentran afectados debe ser el demandante.

4- La violación o amenaza de los derechos fundamentales debe estar demostrada, por lo cual no procede la tutela frente a meras hipótesis de conculcación.

5- La orden de amparo debe tutelar los derechos fundamentales invocados y no el derecho colectivo que se encuentre involucrado o relacionado con ellos, aunque este puede verse protegido como consecuencia de la orden de tutela”.

11. Así mismo, la sentencia T-306 de 201595 señaló que la jurisprudencia de esta Corporación ha resaltado que si en el marco de la discusión sobre la posible afectación a un derecho colectivo, se advierte la posible amenaza o vulneración de un derecho fundamental, el juez constitucional está habilitado para intervenir, máxime cuando se involucran los derechos de sujetos de especial protección constitucional.

12. Igualmente, esta Corporación ha precisado que la cantidad de personas involucradas no es el factor que determina si corresponde acudir a la acción popular o de tutela, es el derecho discutido el que define cuál es el mecanismo judicial procedente.

Procedibilidad de la acción de tutela en el caso concreto

13. Como presupuesto esencial para estudiar de fondo el asunto planteado por el accionante, es necesario verificar previamente el cumplimiento de los requisitos de procedibilidad. Dado el contexto específico del caso, la Sala se pronunciará sobre: (i) la legitimación por activa para interponer la tutela; (ii) la legitimación por pasiva; (iii) la inmediatez; y (iv) la subsidiariedad.

14. En relación con la legitimación por activa, se encuentra que el Defensor del Pueblo Regional de Vaupés interpuso la acción como agente oficioso de los habitantes indígenas y no indígenas del departamento de Vaupés. Al respecto, la Sala debe precisar brevemente el alcance de la facultad constitucional que tiene el funcionario público para interponer

acciones de este tipo y algunos requisitos de la agencia oficiosa.

15. El artículo 282 de la Carta Política dispone que el Defensor del Pueblo podrá interponer acciones de tutela, “sin perjuicio del derecho que la asiste a los interesados”. A su vez, el artículo 46 del Decreto 2591 de 1991 retoma el pronunciamiento de la Carta Política y agrega que el funcionario podrá presentar dicho mecanismo judicial “en nombre de cualquier persona que lo solicite o que esté en situación de desamparo e indefensión”.

En desarrollo de esas disposiciones, la jurisprudencia ha determinado que la legitimación por activa del Defensor del Pueblo procede cuando: “(i) actúe en representación de una persona que lo haya solicitado (autorización expresa); (ii) cuando la persona se encuentre desamparada o indefensa; y (iii) cuando se trate de situaciones de vulneración de los derechos fundamentales de menores o incapaces, incluso en contra de su voluntad o la de sus representantes legales”<sup>96</sup>.

16. La sentencia T-682 de 201397, al estudiar las circunstancias en las cuales el Defensor del Pueblo estaba habilitado para interponer la acción de amparo, enfatizó la necesidad de respetar la voluntad de los titulares de los derechos. Por lo tanto, puntualizó que el funcionario no puede presentar la tutela sin su aprobación, sin apego de las estrictas causales que lo facultan, a menos que, como lo indica la norma, se configuren circunstancias de desamparo e indefensión.

17. En el caso concreto, se tiene que el accionante presentó la petición judicial como agente oficioso de la población indígena y no indígena del departamento de Vaupés. Para lo anterior, se apoyó en una serie de documentos institucionales del Ministerio de Salud, la Secretaría de Salud del departamento y de la Defensoría del Pueblo, que alertaban sobre los problemas de protección del derecho a la salud, a causa de la posible ausencia de sistemas de comunicación entre todas las zonas del departamento, la carencia de brigadas médicas y la falta de personal que informe y actúe ante accidentes de salud en las comunidades. Así mismo, el actor llamó la atención sobre la alta tasa de suicidios y cuestionó el nivel de los servicios que ofrece el principal centro médico en Mitú.

18. La Sala encuentra que el tutelante adujo actuar como agente oficioso de la población de Vaupés indígena y no indígena, que no cuenta con centros de salud o unidades básicas de atención, acceso a atención en salud oportuna y con enfoque diferencial, ni con la

infraestructura necesaria para atender sus necesidades más básicas, lo cual vulnera y amenaza su derecho a la salud. No obstante, no indicó que tales habitantes se encontraban en la imposibilidad de interponer la acción de tutela, ni por qué todos ellos estaban en una situación de desamparo o indefensión que les impedía acudir directamente al juez constitucional.

De acuerdo con la información del DANE, el departamento tiene 44.500 personas<sup>98</sup> y, de conformidad con las manifestaciones del peticionario, existen numerosos centros de salud (Unidades Básicas de Atención) que no se encuentran en funcionamiento. Por lo tanto, para que esta Sala valide la actuación del Defensor en calidad de agente oficioso, es imperativo averiguar si era indispensable que toda esa población le solicitara que le agenciara la protección de sus derechos ante el juez constitucional o que se encuentran en una situación de indefensión o de desamparo.

19. Luego de la ardua actividad probatoria desarrollada, la Sala estima que no es posible considerar que el Defensor del Pueblo actúe en nombre de todos los habitantes del departamento de Vaupés, indígenas y no indígenas, que no cuentan con puestos de salud, pues aquello implicaría un amplio universo de personas respecto de las cuales la Sala no tiene toda la información para considerarlas agenciadas a través de la acción de tutela en casos concretos, ni para determinar cuáles son sus afectaciones al derecho fundamental a la salud y mucho menos para ordenar remedios judiciales al respecto. Una pretensión de este tipo, como señalaron los juzgados de instancia, se asemeja mucho más a una acción popular para promover la protección al derecho a la salubridad pública, en la que no es necesario explicar cuáles son los sujetos individuales respecto de los cuales se requiera una atención urgente del juez, sino que aquella se enfoca a la protección de derechos colectivos.

20. No obstante, con fundamento en la amplia exposición de hechos que hizo el accionante y en la actividad probatoria desplegada, la Sala toma nota de situaciones que justifican la intervención del Defensor del Pueblo y que autorizan al juez de tutela a resolver de fondo en relación con tres situaciones específicas. Primero, se conoció un grupo de cinco casos individuales de personas que aducen vulneraciones o amenazas a los derechos fundamentales precisas y que ratificaron expresamente que la Defensoría del Pueblo actuara como su agente oficioso.

Específicamente, se trata de Edgar Uribe Sierra, Miguel Ángel García, Nelson Hernando Gómez Beltrán, quien a su vez actúa en representación de su esposa Mery Jenny Peña Cruz, Ana Xilena Viáfara y Luis Octavio Chagres, en representación de su padre Emilio Chagres. Todas estas personas comparecieron a la diligencia del 13 de febrero de 2017 en Mitú, dieron cuenta de su situación específica y explicaron por qué consideraban vulnerado su derecho a la salud y además indicaron no haber interpuesto una acción de tutela previa por los mismos hechos, además de ratificar la agencia oficiosa del Defensor del Pueblo departamental.

21. Segundo, la Sala conoció de un grupo de doce casos de personas indígenas identificadas en la comunidad de San Miguel, entre las cuales estaban mujeres embarazadas o individuos actuando en nombre de niños menores de un año de edad. Así, estas personas que reclaman la amenaza y vulneración de su derecho a la salud, de una parte, son sujetos de especial protección constitucional, por pertenecer a un grupo étnico y hacer parte de una comunidad indígena, pero además algunos de ellos comparten condiciones como la diferencia étnica, la edad y el género, lo cual supone una garantía reforzada desde la perspectiva interseccional.

De otra parte, expresaron lo que consideraban como una amenaza o una vulneración del derecho a la salud en el contexto de la audiencia ante la Sala Quinta de Revisión y en presencia del Defensor del Pueblo quien tiene el deber de promover la protección de sus derechos fundamentales.

Este segundo grupo se compone de Edgar Araujo, María Esperanza Socha, en representación de su hijo menor de edad, Aracely Bolívar, Cristina Saavedra, Ximena Giraldo en representación de su hija de tres meses Luz Rojas, Patricia Martínez, María Judith León Rosa Giraldo, Hortensia Araujo, en representación de su hijo menor de un año Hamilton Hernández y Rosmira Ramírez. Se destaca que respecto de otros dos de los reclamantes, uno de apellido Marín y una mujer embarazada, no se conoce su nombre completo, número de identificación o inclusive tipo de afiliación al sistema de salud. No obstante, su pertenencia a la comunidad de San Miguel y los videos donde dan su testimonio hacen posible que ellos sean identificables de forma cierta.

Así pues, la Sala considera posible que los miembros de las comunidades indígenas cuyas declaraciones hacen parte de los elementos probatorios del proceso, sean tenidas como

personas agenciadas por el Defensor del Pueblo en virtud de su situación de desamparo, específicamente, en relación con la dificultad de presentar una acción de tutela directamente.

22. Tercero, en cuanto a la representación de las comunidades indígenas del departamento de Vaupés, se resalta que: (i) las comunidades indígenas son titulares del derecho derechos fundamentales susceptibles de ser reclamados por vía de tutela y la Corte ya ha admitido su representación por parte de la Defensoría del Pueblo en sede de tutela bajo criterios de mayor flexibilidad; (ii) en el material probatorio constan diferentes cartas de los capitanes de distintas comunidades dirigidas al Defensor en las que se buscan informar acerca de la situación al igual que solicitan la protección del derecho a la salud; (iii) las comunidades en el departamento son determinables y los problemas que plantea la controversia se extienden de forma cierta en todo el departamento; (iv) la indefensión de las comunidades es evidente como causa de las condiciones geográficas en las que se encuentran que les hacen sumamente gravoso acceder a un espacio para interponer personalmente la acción de tutela, sino también porque existe un riesgo cierto para su supervivencia. Veámos.

Titularidad de las comunidades indígenas de derechos fundamentales susceptibles de ser reclamados mediante tutela.

La Corte Constitucional ha sostenido de forma consistente que de la protección de la diversidad étnica y cultural reconocida en los derechos 7 y 70 de la Constitución se desprende que las comunidades étnicas son sujetos de derechos fundamentales<sup>99</sup>. En este sentido, en diversas oportunidades este Tribunal ha protegido los derechos a la propiedad colectiva<sup>100</sup>, al debido proceso, a la consulta previa<sup>101</sup>, al retorno y reubicación como población desplazada<sup>102</sup>, a la vida y a la integridad personal e identidad cultural<sup>103</sup>, entre muchos otros.

Específicamente, en cuanto a la titularidad de las comunidades indígenas del derecho a la salud, la Corte en la sentencia T-652 de 1998<sup>104</sup> tuteló el derecho a la supervivencia de los Embera-Katio como consecuencia de la amenaza al derecho a la salud que se empeoró por la construcción de unas obras civiles de una hidroeléctrica en el Alto Sinú<sup>105</sup>. En esa oportunidad, se estimó que la amenaza al derecho a la salud como consecuencia de la desviación del Río Sinú, la inundación de la represa y la putrefacción de la biomasa inundada

representaban un “riesgo previsible para la supervivencia de los Embera-Katío”.

De otra parte, la jurisprudencia constitucional ha dicho que los representantes de la comunidad como los capitanes tienen legitimidad para reclamar en sede de tutela la protección de los derechos fundamentales de los cuales su comunidad es titular<sup>106</sup>. Igualmente, ha admitido que pueden hacerlo las organizaciones creadas para la defensa de los derechos de los pueblos indígenas<sup>107</sup> y la Defensoría del Pueblo<sup>108</sup>.

En este contexto, este Tribunal ha precisado que el análisis de la legitimidad por activa en acciones que buscan el amparo de derechos de comunidades indígenas, los requisitos para la representación son menos exigentes “por cuanto al pertenecer a un grupo de especial protección constitucional se justifica la primacía del derecho sustancial sobre el formal y la aplicación del principio de solidaridad y la eficacia de los derechos<sup>109</sup>, circunstancia que le impone al juez constitucional realizar una interpretación del escrito de tutela, en aras de brindar una protección efectiva de los derechos fundamentales que se estiman vulnerados y si lo considera pertinente vincular de manera oficiosa a los directamente afectados en sus derechos fundamentales<sup>110</sup>”<sup>111</sup>.

En la anterior línea, la Corte, en la sentencia T-091 de 2013<sup>112</sup>, reconoció la legitimidad por activa del Procurador Regional de Arauca y el Defensor del Pueblo Regional del mismo lugar en representación de las comunidades Caño Claro, la Esperanza, Parreros y Hitnu Cuiloto Marrero, sin que las mismas lo hubieran ratificado. Sin embargo, durante el trámite notificó a esas comunidades pero sólo los Gobernadores de las primeras tres intervinieron en el proceso, lo cual no obstó para que se tutelaran los derechos de las cuatro comunidades.

En este caso, la Sala encuentra que en el expediente se suscribieron diversas comunicaciones de las comunidades étnicas de Vaupés en su mayoría dirigidas a la Defensoría del Pueblo con los objetivos de poner en conocimiento la situación de la prestación del servicio de salud y para que actuara a su nombre. Otras comunicaciones estaban dirigidas a las E.P.S.´s o a la Superintendencia de Salud con la finalidad de obtener la atención en salud adecuada. Estas comunicaciones son: del capitán de la comunidad de Bocas del Yi<sup>113</sup>; de la comunidad de Tapurucuara-Querari<sup>114</sup>; de la comunidad de Virabazú<sup>115</sup>; de los capitanes de las comunidades de Bellavista, Espuma (Santa Marta), Puerto Colombia, Puerto Loro, San Francisco de Tiquié, San José de Timiña, San Juan de

Mariña, Santa Catalina, Santa Teresita Tiquié, San Javier Umuña y Trinidad Tiquié<sup>116</sup>; del capitán de la comunidad de San Juan de Curura<sup>117</sup>; de los capitanes de las comunidades de Buenos Aires, Villa Gladys, Mutanacua, Altamira, San José de Cananarí, Villa Real<sup>118</sup>; del capitán de la comunidad de Timbo<sup>119</sup>; de la capitana de la comunidad de Arara<sup>120</sup>; de la comunidad de Puerto Valencia<sup>121</sup>; del capitán de El Palmar<sup>122</sup>; de la comunidad de Vista hermosa<sup>123</sup>; y de la comunidad de Puerto Nuevo<sup>124</sup>.

Estas comunicaciones no solo dan cuenta de la situación en el acceso a la salud de cada una de esas comunidades, sino también de la intención de que el Defensor actúe a su nombre.

En este orden de ideas, para la Sala es claro que las comunidades indígenas del departamento de Vaupés son titulares del derecho fundamental a la salud y el Defensor del Pueblo está legitimado para representarlas, bajo criterios flexibles por ser sujetos de especial protección constitucional. Además porque concurren circunstancias que develan su situación de vulnerabilidad que se enuncian a continuación, después de establecer sobre quienes recae el reclamo de protección.

Las comunidades en el departamento son determinables y los problemas que plantea la controversia se extienden de forma cierta en todo el departamento.

Como se advirtió, uno de los requisitos para la procedencia de la acción de tutela es que los sujetos respecto a los cuales se reclama la protección de un derecho sean concretos, determinados o determinables. Es decir que sea posible individualizarlos. Al respecto, en la sentencia T-087 de 2005<sup>125</sup> la Corte consideró procedente la legitimación por activa del Procurador Delegado para la Vigilancia Preventiva de la Función Pública, en representación de los niños y niñas menores de seis años residentes en Bogotá, en contra de Transmilenio S.A quien consideraba que el cobro a éstos de un pasaje separado al de sus padres o acompañantes para el uso del transporte público cuando ocupan el mismo espacio que aquellos violaba sus derechos fundamentales. En ese aspecto, en la decisión se consideró que la acción de tutela se interponía en defensa de un interés específico de sujetos concretos determinables que además son sujetos de especial protección constitucional.

En la sentencia se resaltó que el número de individuos que reclaman el amparo de un derecho no lo torna en colectivo o individual. Así mismo, el hecho de que exista un reclamo para una serie plural de individuos, no los priva de ese derecho, inclusive cuando la

titularidad está en cabeza de las comunidades, pues atañe a cada uno de sus miembros. En esta línea, reiteró la jurisprudencia constitucional que ha reconocido que “(...) en forma excepcional, se pueda invocar la acción de tutela cuando a pesar de existir un interés colectivo, la situación que lo afecta repercute también en forma directa, en violación o amenaza a derechos fundamentales individuales y concretos (...)”<sup>126</sup><sup>127</sup>.

Aunado a lo precedente, consideró que en ese caso las facultades legales del Procurador le imponían la defensa de los derechos fundamentales, en ese caso se trataba de derechos fundamentales y aunque los sujetos no eran determinados eran determinables y concretos.

En esta ocasión, sucede una situación asimilable, pues se reclama la protección de los derechos a la salud y a la identidad cultural de las comunidades indígenas en el departamento de Vaupés. En primer lugar, se desprende del material probatorio que en el departamento existen amenazas y violaciones de derechos fundamentales de estas comunidades en razón al funcionamiento de la prestación del servicio de salud. En segundo lugar, si bien *prima facie* no pareciera que se trata de sujetos individualizables por su número, la Sala no comparte ese acercamiento. En el trámite de la acción se conoció que en el departamento existen 255 comunidades indígenas de 25 y 30 etnias diferentes que se organizan geográficamente en tres resguardos en ese territorio<sup>128</sup> y equivalen al 66% de la población de esa entidad territorial. Así lo expresó el Ministerio de Salud y Protección Social, al igual que la organización Sinergias y la Universidad del Rosario.

Entonces, para la Sala es claro que aunque se trate de un número de personas que abarca parte de la población del departamento, se trata de un número cierto de comunidades determinables, lo que resulta en sujetos titulares de derechos fundamentales concretos.

Características especiales de las comunidades indígenas de Vaupés.

La Sala también advierte que, para las personas indígenas que viven alejadas de los centros municipales del departamento de Vaupés, el contacto con las autoridades o inclusive la posibilidad de reclamar ante un juez la violación de los derechos encuentran serias restricciones en razón a la geografía, la posibilidad de desplazamiento, el lenguaje y el conocimiento acerca de esa opción. Así, los Magistrados que integraban inicialmente la Sala Quinta de Revisión constataron que por la frondosidad de la selva, el acceso (incluso del sistema judicial) a los territorios es difícil y, en consecuencia, el Estado debe tomar atenta

nota de las problemáticas que se ponen en su conocimiento, pues únicamente la visibilización de la situación tiene enormes dificultades por la ausencia de comunicación y servicios de las entidades públicas en el territorio. Luego, la posibilidad para que estas personas reclamen sus derechos de forma personal supone unos retos que la Corte no puede desconocer, lo cual justifica la agencia oficiosa de la Defensoría del Pueblo.

De otra parte, como se dijo, la Sala considera que del material probatorio es posible concluir que el funcionamiento del sistema de salud en esa región y las condiciones en las que viven las comunidades pueden generar un riesgo para la supervivencia de las comunidades indígenas.

La intervención del Ministerio de Salud y Protección Social muestra los indicadores de la Situación en Salud de Vaupés, especialmente en la mortalidad materna e infantil, que alertan la gravedad de su situación. En este sentido, el Ministerio expuso que “la razón de mortalidad materna fue 3,34 veces más alta que la nacional en el 2014, presentándose en el Vaupés 233,10 muertes maternas (a 42 días) por 100.000 nacidos vivos, comparado con el valor nacional que llegó a 53,65 casos. La tasa de mortalidad neonatal fue 1,25 veces más alta que la nacional (7,24), presentándose 16,32 muertes en niños menores de 28 días por cada 1.000 nacimientos, y con una tendencia clara al aumento, dado que para el 2005 ocurrieron 3,58 muertes neonatales y en el 2014, como se mencionó 16,32. Igualmente, la tasa de mortalidad infantil fue 1,47 veces mayor que la nacional (11,30), pasando de 14,31 en el 2005 a 27,97 en el 2014. Como resultado, la tasa de mortalidad en la niñez fue 1,72 veces más alta que el indicador nacional (13,67), y con una tendencia igualmente al aumento, pasando de 17,89 en el 2005 a 37,30 en el 2014”<sup>129</sup>.

Otro indicador muestra que en el Vaupés “la mortalidad por Infección Respiratoria Aguda (IRA) fue 1,68 veces más alta que la nacional (12,46), pasando de cero defunciones en el 2005 a 33,43 muertes”<sup>130</sup>.

La Clínica Jurídica de Medio Ambiente y Salud Pública – MASP de la Facultad de Derecho de la Universidad de los Andes también se refirió a los bajos resultados de Vaupés en salud. Señalaron que “es posible concluir que el Vaupés es uno de los departamentos con peores resultados en materia de salud (por ejemplo, mayor mortalidad materna o menor número de IPS)”. Adicionalmente, en la comparación de municipios de Vaupés con el total de municipios

colombianos por su índice de pobreza multidimensional (IPM)<sup>131</sup>, la Clínica MASP muestra que el 77,8% de la población de Vaupés vive en pobreza multidimensional mientras que ese porcentaje en los municipios colombianos es del 49,0%. Por último, aportan datos que muestran que el Vaupés, al compararlo con los otros departamentos de Colombia en variables asociadas al desempeño en salud, “se encuentra en los últimos lugares en 12 de las 16 variables seleccionadas” como la tasa de mortalidad infantil (28.0), la tasa de mortalidad en menores de cinco años (37.3), la tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años (82.2), los nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal (34.61)<sup>132</sup>.

Sinergias señaló que la “cobertura de servicios de salud del departamento está entre las más bajas en el país, siendo el número de consultas externas, hospitalizaciones y atenciones en urgencias por cada 1,000 habitantes inferior a la mitad del promedio nacional”<sup>133</sup>. Añadió varios indicadores en salud de Vaupés comparados con las cifras nacionales<sup>134</sup>:

Indicador

Vaupés

Nacional

Esperanza de vida al nacer (departamentos de la amazonia que incluye Vaupés)

70,1

75,2

Porcentaje de población con necesidades básicas insatisfechas

57,8

27,8

Tasa de mortalidad por afecciones del periodo perinatal por 1000 nacidos vivos

17,7

7,5

35,1

14,8

Tasa de mortalidad en población de 5 a 14 años por 100.000

64,9

27,9

Mortalidad materna

58,6

75,6

Cobertura vacuna DPT

75,2

92,2

Incidencia de tosferina por 100.000 habitantes

65,7

0,95

Cobertura vacuna triple viral

68,9

95,2

Incidencia de sarampión por 100.000 habitantes

9,7

1,1

Tuberculosis, todas las formas por 100.000 habitantes

68,1

24,3

Tasa de suicidio por 100.000 habitantes

48,2

5

En resumen, la Sala encuentra que las características específicas del caso en las que se solicita la protección de los derechos fundamentales a la salud y a la identidad cultural de las 255 comunidades indígenas que habitan el Vaupés son determinables de forma concreta, sujetos de especial protección constitucional y respecto a las cuales confluyen circunstancias de aislamiento geográfico, situación económica precaria, diversidad cultural y riesgo de supervivencia por su situación particular y baja densidad poblacional que las sitúan en circunstancias de vulnerabilidad e indefensión que hacen procedente la agencia del Defensor del Pueblo en la defensa de sus derechos.

En conclusión, la Sala encuentra que el Defensor del Pueblo, efectivamente actúa como agente oficioso de las cinco personas que confirmaron dicha agencia, de las doce personas que hacen parte de la comunidad indígena de San Miguel, cuyas declaraciones obran dentro del material probatorio de este expediente y de las 255 comunidades indígenas que habitan en el departamento de Vaupés y que se encuentran en grave situación de vulnerabilidad.

23. Con respecto a la legitimación por pasiva, la Sala encuentra que las entidades accionadas son de carácter público o particulares que prestan servicios públicos relacionados con la prestación del servicio de salud en el departamento de Vaupés. Las entidades demandadas y vinculadas, a saber: el Ministerio de Salud, la Gobernación de Vaupés, la Secretaría de Salud de Vaupés, la Alcaldía de Mitú, la Alcaldía de Carurú, la Alcaldía de Taraira, las Secretarías de Salud de los municipios de Mitú, Carurú y Taraira, la E.S.E. Hospital San Antonio de Mitú, Mallamas E.P.S., así como las entidades vinculadas tales como la Superintendencia Nacional

de Salud, a la Defensoría Delegada para la Salud y la Seguridad Social, la Procuraduría Delegada para temas de salud, la Nueva E.P.S. y Cafesalud, cumplen su función constitucional y legal alrededor de la prestación de los servicios de salud en el departamento, así que su responsabilidad puede estar involucrada en el caso que se estudia, así como en las órdenes que se profieran en sede de revisión.

24. Únicamente, llama la atención que la fiduciaria La Previsora advirtió que después del proceso de liquidación de Caprecom, ella actúa como vocera y administradora del patrimonio autónomo de Caprecom EICE en Liquidación, por lo tanto, no tiene responsabilidades en materia de la prestación actual del servicio y no se tendrá en cuenta como parte legitimada por pasiva en el presente proceso.

25. En relación con la inmediatez, se observa que el accionante interpuso la solicitud de amparo el 13 de octubre de 2015 y referenció situaciones de afectación a salud desde el año 2013 a la fecha de la presentación de la acción. Sin embargo, las situaciones respecto de las cuales la Corte ha determinado la procedibilidad en relación con la legitimación por activa y pasiva, son afectaciones actuales relatadas el 13 y 14 de febrero de 2016: (i) Edgar Uribe Sierra reclama la atención actual en salud mental por la muerte de su hijo; (ii) Miguel Ángel García, reclama que se haga efectiva una orden de remisión al Bogotá para el cambio de una prótesis por la amputación de una extremidad por accidente ofídico; (iii) Nelson Hernando Gómez Beltrán en representación de su esposa Mery Jenny Peña Cruz, reclama atención de planificación familiar y salud mental; (iv) Ana Xilena Viáfara reclama la atención prenatal y claridad sobre la institución donde debe reclamar esa atención; y (v) Luis Octavio Chagres, en representación de su padre Emilio Chagres, reclama la remisión a Bogotá para la atención de seguimiento a una cirugía de rodillas.

26. De otra parte, el 14 de febrero de 2016 se conocieron los siguientes reclamos de atención por parte de integrantes de la comunidad de San Miguel: (vi) Edgar Araujo, salud mental; (vii) María Esperanza Socha, en representación de su hijo menor de edad, dolores abdominales como consecuencia de leishmaniosis; (viii) Aracely Bolívar, fuertes dolores de cabeza; (ix) Cristina Saavedra, fuertes dolores en las piernas; (x) Ximena Giraldo, en representación de su hija de tres meses, Luz Rojas, gripa y vacunación; (xi) Patricia Martínez, gripa; (xii) María Judith León, planificación familiar; (xiii) Rosa Giraldo, hongos; (xiv) Hortensia Araujo, en representación de su hijo menor de un año Hamilton Hernández, brote,

diarrea y vómito; (xv) Rosmira Ramírez, infección de suturas en un brazo; (xvi) una mujer embarazada, atención prenatal; y (xvii) el señor Marín, seguimiento a una cirugía en el cerebro y convulsiones.

En cuanto a las comunidades indígenas, se reitera que su situación particular en el acceso a la prestación del servicio de salud en el territorio y sus índices en salud diferenciales en comparación con el resto del país, especialmente la tasa de mortalidad infantil ponen en riesgo su supervivencia como etnias y sujetos de especial protección constitucional, por lo cual su reclamo es inminente.

27. En conclusión, los anteriores reclamos específicos son actuales, aun cuando se den en el contexto presentado por el Defensor del Pueblo, que responde a una situación persistente de tiempo atrás. Por lo tanto, estos superan el examen de inmediatez.

28. Sobre la subsidiariedad, la Sala observa que la principal controversia jurídica en torno a la procedibilidad de la acción en el caso concreto se ha centrado en este requisito. Varios intervinientes, así como los jueces de instancia afirmaron que la solicitud de amparo no satisfacía esta exigencia, pues el actor no acudió a la acción popular, que era el principal mecanismo de defensa judicial para resolver sus pretensiones.

29. El 29 de abril de 2016, la Sala Civil Familia Laboral del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Villavicencio negó la acción de tutela por considerarla improcedente, pues, en su criterio, sus pretensiones podían ser abordadas en una acción popular para proteger los derechos colectivos de la comunidad del departamento de Vaupés. Tal decisión fue confirmada el 29 de junio de 2016 por la Sala de Casación Laboral de la Corte Suprema de Justicia que, además, enfatizó en que la acción no reclamaba la protección de derechos concretos, pues el solicitante solo indicó una serie de quejas, reclamos e informes sobre la prestación del servicio por parte de la red pública de salud, lo cual la tornaba improcedente.

30. Sobre este punto, la Sala considera que en el escrito de tutela, el actor hace una ilustración sobre las dificultades de la prestación del servicio de salud en varias zonas del departamento, para lo cual se apoya en informes y documentos institucionales. En específico, el peticionario hace referencia a la inexistencia de atención en salud en poblaciones dispersas, constituidas por comunidades indígenas, que no tienen comunicación con el

principal centro poblado, presentan un alto índice de mortalidad por enfermedades respiratorias y tienen la tasa más alta de suicidios en el país. Es de subrayar que algunos de los hechos que narra el actor tienen fundamento en comunicaciones enviadas por líderes de las comunidades indígenas del departamento en las que reclaman la presencia de personal médico en sus territorios.

31. No obstante, de los hechos relatados, en especial de los conocidos durante la práctica de pruebas en sede de revisión, la Sala encuentra que existe una referencia a casos concretos y a grupos sociales en clara situación de vulnerabilidad en relación con los cuales el juez constitucional está habilitado para intervenir no solo para detener ciertas acciones u omisiones que generan un daño, sino también para tomar medidas frente a las amenazas al derecho fundamental a la salud que se evidencian en la zona.

Así mismo, la Sala observa que algunos asuntos requerían indagar sobre la garantía del derecho a la salud de las personas del departamento, especialmente de quienes merecen una mayor protección constitucional. Por esta razón, desplegó una actividad probatoria amplia para conocer si la gravedad de algunos hechos denunciados en la acción correspondía a situaciones de protección dentro de la órbita del juez de tutela. En efecto, después de las pruebas recaudadas y, en especial, concluida la inspección judicial que realizaron los tres magistrados que en ese momento componían la Sala Quinta, se cuentan con suficientes elementos de juicio para afirmar que la acción tiene como objeto proteger, al menos, el derecho fundamental a la salud de individuos y comunidades indígenas en Vaupés, cuya competencia se encuentra asignada al juez de tutela.

33. Como se expuso previamente, la acción popular es el mecanismo judicial idóneo para tramitar pretensiones relacionadas con los derechos e intereses colectivos, dentro de los cuales se encuentra la salubridad pública. Su conocimiento corresponde al juez ordinario o contencioso administrativo (de acuerdo con la calidad de entidad pública o privada del demandado), quien tiene facultades para tomar medidas ultra y extra petita en caso de considerar que algunos de los hechos puestos en su conocimiento ameritan órdenes que no se le han solicitado.

34. Ahora bien, cuando un asunto relacionado con la salubridad pública –como ocurre en el caso concreto que tiene implicaciones en dicho derecho colectivo porque se reclaman

acciones generales para asegurar la prestación del servicio de salud en el departamento— es sometido a una acción de tutela, se debe verificar que se cumplan las estrictas condiciones que habilitan al juez constitucional para actuar, de acuerdo con la jurisprudencia, y que fueron sistematizadas en la sentencia T-576 de 2012. A continuación, se estudiará si se reúnen tales requisitos:

a. En cuanto a la exigencia de demostrar la falta de idoneidad de la acción popular o que el amparo procede como mecanismo transitorio, la Sala considera que la acción popular puede ser utilizada para abordar la protección al derecho colectivo a la salubridad pública, e incluso, en virtud de las facultades extra y ultra petita, podría acceder a algunas de las peticiones concretas que formularon tanto el agente oficioso como los agenciados. Sin embargo, la acción de tutela procede no para abordar el contenido del derecho colectivo, sino los derechos fundamentales individuales. Por lo mismo, la acción de tutela no será concedida como mecanismo transitorio sino como definitivo, pues en lugar de desplazar la competencia del juez administrativo en el caso concreto, el debate se centra en analizar derechos fundamentales afectados. De este modo, en esta ocasión se deja de lado la discusión sobre el derecho colectivo para atender los asuntos puntuales de los derechos fundamentales, así como las medidas preventivas que estime necesarias en el marco de las facultades concedidas al juez de tutela.

b. En relación con la conexidad entre el derecho colectivo y el derecho fundamental, la Sala advierte que en efecto existe dicho lazo, pues el problema de salubridad se representa en situaciones concretas de ausencia de atención en salud y carencia de medicamentos, entre otras.

c. Se tiene también que el accionante actúa como agente oficioso de varias personas que reclaman la protección en salud. Por ello, se entiende que los peticionarios sufren alguna afectación o amenaza que los impulsa a presentar la acción.

d. Sobre la exigencia que indica que los reproches deben ser precisos, la Sala observa que afectación a los derechos relatada es abstracta y concreta. En efecto, en algunos eventos se hace referencia a asuntos generales de la práctica de la prestación del servicio de salud en el departamento, pero también existen casos específicos en los cuales se denuncia una violación y amenaza a derechos fundamentales.

e. Finalmente, en relación con el requisito que exige que la orden no esté dirigida a proteger el derecho colectivo involucrado, sino los derechos fundamentales vulnerados, se tiene que, como se indicó, el objeto de estudio de la presente providencia no consiste en la protección del derecho colectivo a la salubridad pública sino a los derechos individuales a la salud de habitantes del departamento, de los cuales varios hacen parte de una comunidad indígena. Por consiguiente, aun cuando los titulares de los derechos sean numerosos, los afectados por las deficiencias en el servicio de salud son individualizables.

35. Así las cosas, cumplidos los requisitos exigidos por la jurisprudencia, la Sala considera que la acción de tutela reúne la condición de subsidiariedad y, con ello, se verifica la procedibilidad de la acción de amparo. En consecuencia, para resolver el problema jurídico de fondo consistente en establecer si se vulneran los derechos fundamentales a la salud y a la identidad cultural de toda la población indígena y no indígena del departamento de Vaupés en el acceso y disponibilidad a la atención en salud oportuna y de calidad, así como de las personas individualizadas en el acceso a un diagnóstico oportuno y a la atención en salud, de acuerdo con las particularidades de cada caso, la Sala abordará: (i) el derecho a la salud (reiteración de jurisprudencia); en cuyo acápite se desarrollará, en extenso, (ii) el elemento de aceptabilidad de los derechos a la salud y a la identidad cultural para, con fundamento en lo anterior, (iii) resolver los casos concretos.

El derecho a la salud. Reiteración de jurisprudencia<sup>135</sup>

36. El artículo 49 de la Constitución Política establece, entre otras cosas, que la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos que se encuentran en cabeza del Estado, de manera que debe ser éste quien organice, dirija y reglamente la prestación de dicho servicio bajo los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.

En desarrollo de estos preceptos constitucionales, la jurisprudencia constitucional ha dicho que la salud tiene una doble connotación: derecho y servicio público<sup>136</sup>. Respecto a la primera faceta, ha sostenido que debe ser prestada de manera oportuna, eficiente y con calidad, de conformidad con los principios de continuidad, integralidad e igualdad; mientras que, respecto de la segunda, la salud debe atender a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos previstos en los artículos 48 y 49 del Texto

Superior.

37. En relación a la salud como derecho, es necesario mencionar que, en un primer momento, fue catalogado como un derecho prestacional, que dependía de su conexidad con otro derecho considerado como fundamental, para ser protegido a través de la acción de tutela. Sin embargo, a partir de la sentencia T-760 de 2008<sup>137</sup> la Corte afirmó que la salud es un derecho fundamental autónomo que protege múltiples ámbitos de la vida humana. Dicha posición fue recogida en el artículo 2° la Ley 1751 de 2015<sup>138</sup>, cuyo control previo de constitucionalidad se ejerció a través de la sentencia C-313 de 2014<sup>139</sup>. Así pues, tanto la normativa como la jurisprudencia actual, disponen que la salud es un derecho fundamental autónomo e irrenunciable que comprende –entre otros elementos– el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad, con el fin de alcanzar su preservación, mejoramiento y promoción.

38. Ahora bien, en lo atinente a su cobertura, como mandato general, es claro que el derecho a la salud implica el acceso oportuno, eficaz, de calidad y en igualdad de condiciones a todos los servicios, facilidades, establecimientos y bienes que se requieran para garantizarlo. De igual manera, comprende la satisfacción de otros derechos vinculados con su realización efectiva, como ocurre con el saneamiento básico, el agua potable y la alimentación adecuada. Por ello, según el Legislador, el sistema de salud: “es el conjunto articulado y armónico de principios y normas; políticas públicas; instituciones; competencias y procedimientos; facultades, obligaciones, derechos y deberes; financiamiento; controles; información y evaluación, que el Estado disponga para la garantía y materialización del derecho fundamental de la salud”<sup>140</sup>.

39. Dentro de este contexto, los instrumentos internacionales, han destacado que este derecho implica que se aseguren a las personas, tanto individual como colectivamente, las condiciones necesarias para lograr y mantener el “más alto nivel posible de salud física y mental”<sup>141</sup>. Para ello es necesario establecer, desde el punto legal y regulatorio, condiciones

de acceso en todas sus facetas. Por esta razón, se ha dicho que el acceso integral a un régimen amplio de coberturas, es lo que finalmente permite que se garantice a los individuos y las comunidades la mejor calidad de vida posible. De esta manera, como lo ha señalado la jurisprudencia, el derecho a la salud no se limita a la prestación de un servicio curativo, sino que abarca muchas otras esferas.

40. En aras de garantizar el mencionado derecho fundamental, el Legislador estableció una serie de obligaciones, reguladas en el artículo 5° de la Ley 1751 de 2015, cuya lectura no puede realizarse de forma restrictiva pues responden a los deberes que tiene el Estado en relación con la adopción de medidas de respeto, protección y garantía de tal derecho. Dichas obligaciones incluyen, grosso modo, dimensiones positivas y negativas.

En las primeras, el Estado debe sancionar a quienes retarden la prestación del servicio, así como generar políticas públicas que propendan por garantizar su efectivo acceso a toda la población mientras que, en las segundas, se impone el deber a los actores del sistema de no agravar la situación de salud de las personas afectadas.

41. En cuanto a los elementos que rigen el derecho fundamental a la salud, la Corte ha destacado que “(...) la afectación de uno de los 4 elementos [disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad e idoneidad profesional], pone en riesgo a los otros y, principalmente, al mismísimo derecho. Si bien es cierto, se trata de elementos distinguibles desde una perspectiva teórica, todos deben ser satisfechos para lograr el goce pleno del derecho”<sup>142</sup>.

(i) la disponibilidad implica que el Estado tiene el deber de garantizar la existencia de medicamentos esenciales, agua potable, establecimientos, bienes, servicios, tecnologías, instituciones de salud y personal profesional competente para cubrir las necesidades en salud de la población.

(ii) la aceptabilidad hace referencia a que el sistema de salud debe ser respetuoso de la diversidad de los ciudadanos, de modo que se preste el servicio adecuado a las personas en virtud de su etnia, comunidad, situación sociocultural, así como su género y ciclo de vida.

(iii) la accesibilidad corresponde a un concepto mucho más amplio que el anterior e incluye el acceso al servicio sin discriminación por ningún motivo y la facilidad de acceder físicamente a la infraestructura y prestaciones de salud, lo que a su vez implica que los bienes y servicios estén al alcance geográfico de toda la población, en especial de grupos vulnerables. De igual manera, se plantea la necesidad de garantizar la accesibilidad económica y el acceso a la información.

(iv) la calidad se vincula con la necesidad de que la atención integral en salud sea apropiada desde el punto de vista médico y técnico, y con el personal idóneo y calificado que, entre otras, se adecúe a las necesidades de los pacientes o usuarios<sup>143</sup>.

42. La Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas, que fue retomada por la sentencia T-780 de 2008 se refiere ampliamente a cada uno de estos elementos. Respecto a la disponibilidad, destaca que el Estado debe contar con servicios públicos de salud suficientes que además incluyan, entre otros, personal médico y profesional capacitado y bien remunerado habida cuenta de las condiciones que existen en el país, así como los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la OMS.

A su vez, la Observación precisa que el elemento de accesibilidad presenta cuatro dimensiones: no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica y acceso a la información. Al respecto, señala una serie de características que deben cumplir los establecimientos, bienes y servicios de salud, a saber: (i) deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos; (ii) deben estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas, las mujeres, los niños, los adolescentes, las personas mayores, las personas con discapacidades y las personas con VIH/SIDA; y (iii) los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos<sup>144</sup>.

Sobre la aceptabilidad, el Comité indica que “todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate”<sup>145</sup>.

43. En lo que atañe a los principios que se vinculan con la realización del derecho a la salud, desde el punto de vista normativo<sup>146</sup>, se destacan, entre otros: continuidad, pro homine, universalidad, equidad, oportunidad, prevalencia de derechos, progresividad, libre elección, solidaridad, eficiencia, e interculturalidad<sup>147</sup>.

44. El principio de integralidad, cuya garantía también se orienta a asegurar la efectiva prestación del servicio de salud, implica que se brinden servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y todo aquello necesario para que el individuo goce del nivel más alto de salud posible, o al menos, padezca el menor sufrimiento. En virtud de este principio, se entiende que toda persona tiene el derecho a que se garantice su salud en todas sus facetas, esto es, antes, durante y después de presentar la enfermedad o patología que lo afecta, de manera integral y sin fragmentaciones.

45. Ahora bien, dentro del Sistema de Seguridad Social en Salud, las personas tienen la potestad de exigir ciertos derechos, cuya lista es abierta en atención a la naturaleza dinámica del citado derecho. En este sentido, la Ley 1751 de 2015 enlistó algunos de ellos en su artículo 10, que fueron agrupados en la sentencia C-313 de 2014, de la siguiente manera:

(i) Un primer grupo compuesto por aquellos derechos relacionados con el acceso al derecho.

(ii) Un segundo conjunto relativo al acceso a la información.

(iii) Un tercer grupo asociado a la calidad del servicio.

(iv) Un cuarto grupo relativo a la aceptabilidad del servicio.

(v) Un quinto conjunto relacionado con otros derechos como la intimidad, la prohibición de sometimiento a tratos crueles e inhumanos y el derecho a no soportar las cargas administrativas del sistema que corren a cargo de las entidades que lo conforman.

A continuación sólo se hará referencia a los primeros cuatro grupos. Sin embargo, antes de abordar el desarrollo de cada grupo de acuerdo con la precitada nomenclatura, es preciso mencionar que los derechos de acceso a facilidades, establecimientos, bienes, servicios, tecnologías y demás condiciones necesarias para alcanzar el más alto nivel de salud dependen de la garantía de disponibilidad de los mismos, al igual que los elementos de aceptabilidad y calidad. Luego, no es posible separar el elemento de disponibilidad del de la accesibilidad. En la Ley 1751 de 2015 (ley estatutaria de salud), la disponibilidad se estableció como la garantía de “la existencia de servicios y tecnologías e instituciones de salud, así como de programas de salud y personal médico y profesional competente”.

La accesibilidad en el derecho a la salud

46. En cuanto a los derechos de acceso al servicio, la Corte Constitucional ha destacado que:

i. Los usuarios tienen derecho a acceder a los servicios y tecnologías de salud, que le garanticen una atención integral, oportuna y de alta calidad, lo cual también incluye la atención de urgencias<sup>148</sup>. Este derecho involucra la garantía de obtener una prestación del servicio acorde con los principios antes expuestos, que permita una efectiva protección de sus derechos fundamentales.

(ii) Los pacientes tienen derecho a recibir prestaciones de salud en las condiciones y términos consagrados en la ley, siempre que prevalezcan los preceptos constitucionales.

(iii) El individuo tiene derecho a la provisión y acceso oportuno a las tecnologías y a los medicamentos requeridos. Este derecho, a su vez, implica el acceso a todos los servicios de salud ya sea para prevención, tratamiento o paliación, en el momento oportuno, de manera integral y con los requerimientos de calidad necesarios para garantizar su efectividad.

(iv) Asimismo, el paciente tiene derecho a agotar las posibilidades de tratamiento para la superación de su enfermedad. Sobre este derecho, la Corte explicó que deberá entenderse como la potestad del usuario de exigir no solo aquellos servicios de salud necesarios para la superación de su enfermedad, sino también aquellos vinculados con la paliación, rehabilitación, recuperación y prevención de la dolencia.

46. El segundo grupo, que en términos estrictos también hace parte del elemento de accesibilidad al derecho a la salud, se refiere al derecho a la información que incluye los derechos a: (i) mantener una comunicación plena, permanente, expresa y clara con el profesional de la salud; (ii) obtener información clara, apropiada y suficiente por parte del profesional de la salud para que la toma de decisiones sobre los procedimientos a practicar (y sus riesgos) sea libre, consciente e informada; (iii) “[e]l trato confidencial y reservado de la historia clínica, cuyo conocimiento por terceros se puede dar por virtud de la ley o previa autorización del paciente. Además, implica el derecho a la consulta gratuita de la totalidad del documento y a obtener copia de la misma”<sup>149</sup>; (iv) la posibilidad de formular quejas y reclamaciones ante la administración, entre otras opciones y, el derecho a pedir y recibir explicaciones sobre los costos del tratamiento; y (v) a que se respete la voluntad de aceptación o negación de la donación de órganos de conformidad con la ley.

47. El tercer grupo, que se refiere al principio de la calidad del servicio de salud, presenta la siguiente composición:

(i) Durante todo el proceso de la enfermedad, las personas tienen derecho a que se les preste asistencia de calidad, por trabajadores de la salud debidamente capacitados y autorizados para ejercer la actividad médica o clínica. Esta prerrogativa está estrechamente relacionada con el elemento de calidad e idoneidad del personal que rige la prestación del servicio de salud. Igualmente, se refiere a la posibilidad con la que cuenta el paciente de tener total certeza y seguridad de que su salud está en manos del personal calificado y adecuado para el tratamiento de sus padecimientos.

(ii) Los pacientes deberán recibir los servicios de salud en condiciones de higiene, seguridad y respeto a su intimidad. Lo anterior, no debe entenderse como un privilegio, por el contrario, debe comprenderse como una constante en la prestación de los servicios públicos esenciales como una garantía a la dignidad humana.

48. El cuarto grupo de derechos se refiere al elemento de aceptabilidad del servicio de salud. Este grupo merece una atención especial en razón a las características del asunto que se revisa. Como se ha advertido ampliamente, la aceptabilidad del servicio de salud comprende el derecho a recibir un trato digno que respete las creencias y costumbres, así como las opiniones sobre los procedimientos. Así, es relevante detenerse en el contenido del derecho a la identidad cultural para establecer el alcance de la protección a las creencias y costumbres en la provisión del servicio de salud.

El derecho a la identidad cultural en salud

49. El respeto a las creencias y costumbres en el acceso y la prestación del servicio de salud se deriva del derecho a la identidad cultural que a su vez se desprende del principio de respeto a la diversidad étnica y cultural reconocido en los artículos 7 y 8 de la Constitución<sup>150</sup>. El derecho a la identidad cultural supone un conjunto de garantías y ámbitos concretos de protección que tienen como objetivo, principalmente: (i) reconocer y proteger las identidades culturales diversas; (ii) garantizar a las comunidades el ejercicio de sus derechos fundamentales de acuerdo con su propia manera de ver el mundo; y (iii) garantizar a los individuos miembros de las comunidades el poder expresarse y autodeterminarse de acuerdo con su cosmovisión cultural dentro y fuera de sus territorios<sup>151</sup>.

Este derecho también se ha reconocido en diferentes instrumentos internacionales. Al respecto, son relevantes el artículo 27 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos<sup>152</sup>; el artículo 4 de la Convención Americana de Derechos Humanos<sup>153</sup>, los artículos 4.1, 5 y 8.2 del Convenio 169 de la OIT<sup>154</sup>; y la Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas<sup>155</sup>.

50. La jurisprudencia de esta Corporación ha establecido la titularidad del derecho fundamental a la identidad cultural en el colectivo social, es decir la comunidad o pueblo indígena, y en cada una de las personas que pertenecen a él<sup>156</sup>. En otras palabras, el

derecho a la identidad tiene tanto una dimensión colectiva “que busca orientar la protección constitucional hacia las comunidades tradicionales que no siguen la forma de vida de la sociedad mayoritaria, permitiendo que éstas puedan desarrollarse de acuerdo con su propia cultura”, como una dimensión individual “en el sentido de considerar que la aludida protección es también en favor de cada uno de los miembros de las comunidades nativas, garantizando que éstos puedan autodeterminarse dentro y fuera de su territorio según su propia cosmovisión”<sup>157</sup>.

51. Acerca del derecho fundamental a la identidad cultural en la esfera individual, la Corte ha agregado que “no sólo se encuentra directamente relacionado con el ejercicio de derechos y garantías tales como la libertad de pensamiento, de expresión y de religión, que a los miembros de las comunidades étnicas les asiste en su calidad de individuos. De hecho, el mismo resulta necesario para garantizar el principio de pluralismo en el Estado Social de Derecho y la preservación de ritos, tradiciones y costumbres que hacen parte de nuestra riqueza como sociedad”<sup>158</sup>

52. Así pues, la Corte ha analizado las obligaciones estatales derivadas del derecho a la identidad cultural desde dos perspectivas: una negativa, cuando se ha considerado que se evita la desaparición de dicha cultura<sup>159</sup>; y una positiva que se manifiesta en proteger la identidad cultural<sup>160</sup>. En este sentido, las comunidades, como titulares del derecho fundamental a la identidad cultural, ostentan un derecho a “(i) ser reconocidas por el Estado y la sociedad como tales, en virtud de una conciencia de identidad cultural diversa, y; (ii) a que no se pueda negar arbitrariamente la identidad real de la comunidad y de sus miembros”<sup>161</sup>.

Se trata, además, de la garantía de que las comunidades puedan ejercer sus derechos fundamentales de acuerdo con su propia manera de ver el mundo<sup>162</sup> y que los individuos “que pertenecen a una comunidad indígena puedan expresarse y autodeterminarse de acuerdo con su cosmovisión cultural dentro y fuera de sus territorios”<sup>163</sup>.

53. Así pues, el mandato de protección y reconocimiento de la diversidad étnica y cultural reconocido en la Constitución se traduce en la adscripción de derechos fundamentales específicos a favor de las comunidades indígenas, afrodescendientes y Rom, en tanto integrantes de la sociedad pluriétnica y multicultural que reconoce la Carta Política. De este

modo, en la sentencia C-882 de 2011<sup>164</sup> se identificó un catálogo de derechos que se deriva del mandato de reconocimiento previsto en el artículo 7 de la Constitución que materializa el principio de autodeterminación de los pueblos<sup>165</sup>. Dentro de éstos vale la pena destacar el derecho de las comunidades a “(x) emplear y producir sus medicinas tradicionales y conservar sus plantas, animales y minerales medicinales;” (...). La sentencia T-485 de 2015 agrega que “estos derechos están unívocamente enfocados a proteger la identidad diferenciada de dichos pueblos étnicos, así como a hacer eficaces sus derechos fundamentales en condiciones equitativas a las personas que pertenecen a la sociedad mayoritaria”<sup>166</sup>.

Es relevante enfatizar que una expresión del derecho constitucional de las comunidades étnicas a mantener su diversidad étnica y cultural es el ejercicio libre de las prácticas tradicionales. Como consecuencia de esa expresión, la Corte ha considerado que “en aquellos casos en que desde el Estado o desde organizaciones privadas se adoptan decisiones que inciden en la forma en cómo se ejercen dichas prácticas, es imprescindible la participación de las comunidades afectadas, con el fin de evitar que medidas jurídicas o proyectos de explotación económica terminen por afectar dichas prácticas o incluso poner en riesgo la identidad cultural diversa de estas comunidades”<sup>167</sup>.

En desarrollo de lo anterior, esta Corporación ha señalado que, como manifestación del principio de diversidad étnica y cultural, las comunidades y grupos tienen la facultad de autodeterminarse, es decir, el derecho a establecer “[...] sus propias instituciones y autoridades de gobierno; a darse o conservar sus normas, costumbres, visión del mundo y opción de desarrollo o proyecto de vida; y de adoptar las decisiones internas o locales que estime más adecuadas para la conservación o protección de esos fines”<sup>168</sup>.

54. En conclusión, el derecho a la identidad cultural como desarrollo del principio de la diversidad étnica y cultural y la autodeterminación de los pueblos es el fundamento del derecho a que se respeten las creencias y costumbres de los pueblos indígenas en el acceso y la prestación del servicio de salud. Este derecho cobra plena relevancia en el desarrollo del elemento de la aceptabilidad en el acceso y la provisión del derecho a la salud como se desarrollará a continuación.

La aceptabilidad, la interculturalidad y la protección a los pueblos indígenas en el derecho a

la salud

55. En consonancia con las anteriores prerrogativas la Ley 1751 de 2015 además de consagrar el elemento de aceptabilidad, estableció tres principios que deben regir el derecho a la salud: (i) la interculturalidad, como “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”; (ii) la protección a los pueblos indígenas, que consiste en el reconocimiento y garantía para los pueblos indígenas del “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)”; y (iii) la protección de los pueblos y comunidades indígenas, ROM y negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras que se definió como la garantía del “derecho a la salud como fundamental y se aplicará de manera concertada con ellos, respetando sus costumbres”.

56. En este sentido, tanto el derecho a la identidad cultural, que aquí se concreta en el elemento de aceptabilidad del derecho a la salud, como el desarrollo de los mencionados principios, está conformado por dos aspectos: de una parte, supone el derecho de los pueblos indígenas a la protección de su cosmovisión y autodeterminación para el desarrollo de un Sistema de Salud Propio e Intercultural (SISPI), y de otra, independientemente de ese sistema, el acceso y la prestación del servicio de salud en atención a las creencias y costumbres, que para el caso de los pueblos indígenas implica la adopción de un enfoque diferencial. En los dos aspectos, que no son excluyentes, el principio de interculturalidad es transversal. Tanto en documentos internacionales como la jurisprudencia de esta Corporación han dado alcance a estos dos aspectos. Veámos.

57. En primer lugar, el artículo 25 del Convenio no. 169 de la Organización Internacional del Trabajo<sup>169</sup> establece que:

“1. Los gobiernos deberán velar por que se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que

puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental.

2. Los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.

3. El sistema de asistencia sanitaria deberá dar la preferencia a la formación y al empleo de personal sanitario de la comunidad local y centrarse en los cuidados primarios de salud, manteniendo al mismo tiempo estrechos vínculos con los demás niveles de asistencia sanitaria.

4. La prestación de tales servicios de salud deberá coordinarse con las demás medidas sociales, económicas y culturales que se tomen en el país”<sup>170</sup>.

Estas disposiciones han sido consideradas por la Corte fundamento directo para garantizar el acceso al servicio de salud de las comunidades indígenas, de una manera que sea respetuosa y acorde con sus tradiciones o costumbres<sup>171</sup>.

58. De otra parte, la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos y Culturales ampliamente citada brinda atención particular a los pueblos indígenas al explicar que “los pueblos indígenas tienen derecho a medidas específicas que les permitan mejorar su acceso a los servicios de salud y a las atenciones de la salud. Los servicios de salud deben ser apropiados desde el punto de vista cultural, es decir, tener en cuenta los cuidados preventivos, las prácticas curativas y las medicinas tradicionales. Los Estados deben proporcionar recursos para que los pueblos indígenas establezcan, organicen y controlen esos servicios de suerte que puedan disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental. También deberán protegerse las plantas medicinales, los animales y los minerales que resultan necesarios para el pleno disfrute de la salud de los pueblos indígenas”<sup>172</sup>.

59. En el mismo sentido, la Declaración sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas<sup>173</sup> incluye provisiones directamente relacionadas con el derecho a la salud de los pueblos indígenas. En particular, señala que los pueblos indígenas tienen derecho a “participar activamente en la elaboración y determinación de los programas de salud, (...) y, en lo

posible, a administrar esos programas mediante sus propias instituciones”<sup>174</sup>; “a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, incluida la conservación de sus plantas medicinales, animales y minerales de interés vital. Las personas indígenas también tienen derecho de acceso, sin discriminación alguna, a todos los servicios sociales y de salud”<sup>175</sup> y; “las personas indígenas tienen igual derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental. Los Estados tomarán las medidas que sean necesarias para lograr progresivamente que este derecho se haga plenamente efectivo”<sup>176</sup>

60. Así mismo, los informes tanto del Relator especial sobre los derechos de los pueblos indígenas del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos como del Mecanismo de Expertos sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas de Naciones Unidas han incluido recomendaciones a los Estados respecto del derecho a la salud de este grupo poblacional. En primer lugar, han recomendado que en los planes gubernamentales dirigidos a brindar cobertura en salud a toda la población indígena se acoja y proteja la medicina tradicional y sus practicantes dentro de las comunidades indígenas<sup>177</sup>. Al respecto, la Relatora Especial sobre los derechos de los pueblos indígenas ha dicho que “los mecanismos de integración no son siempre claros para el personal de salud, las comunidades, los curanderos tradicionales, los formuladores de políticas y los funcionarios públicos”<sup>178</sup>.

61. En segundo lugar, han recomendado que las entidades estatales que trabajan con población indígena deberían producir y hacer uso de estadísticas desagregadas por grupo étnico, y de este modo se puede enfocar el trabajo en forma más efectiva<sup>179</sup>. De igual manera, han sugerido que en la construcción de esos datos, deben tenerse en cuenta las concepciones de los pueblos indígenas sobre su propio bienestar y visión de futuro<sup>180</sup>. La misma Relatora Especial sobre los derechos de los pueblos indígenas ha detallado los problemas generados por la deficiente información y ausencia de datos de la población indígena respecto de la garantía de su derecho a la salud:

“Pese a las preocupaciones cada vez mayores que genera la salud física y mental, los sistemas de salud no indígenas a menudo no tienen en cuenta el concepto indígena de salud y, en consecuencia, crean barreras para el acceso de los pueblos indígenas. Los datos epidemiológicos no suelen captar información sobre las comunidades indígenas y los determinantes socioeconómicos de la salud, de modo tal que pasan a ser “invisibles”. Cuando se incluyen datos, estos no suelen estar desglosados, por lo que las necesidades

específicas de las mujeres indígenas no se comprenden en el contexto de la política y planificación nacional de salud”<sup>181</sup>.

62. En tercera medida, han manifestado que los pueblos indígenas tienen derecho a actuar colectivamente para que se respete su derecho a mantener, controlar, proteger y desarrollar su patrimonio cultural, sus conocimientos tradicionales, sus expresiones culturales tradicionales y las manifestaciones de sus ciencias, tecnologías y culturas entre las que se encuentran sus medicinas<sup>182</sup>.

63. Adicionalmente, en el año 2010 el Consejo de Derechos Humanos llamó la atención de los altos niveles de mortalidad y morbilidad de los grupos indígenas en Colombia, por lo cual recomendó “impulsar una intervención adecuada y consultada con las autoridades y organizaciones de los pueblos indígenas”<sup>183</sup> y abogó por el establecimiento de “puestos de atención en salud con personal médico, en los territorios indígenas, para que haya una atención oportuna acorde con las condiciones geográficas de muchas comunidades”<sup>184</sup>.

64. De este mismo modo, el Mecanismo de Expertos sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas de Naciones Unidas en 2016 dijo que, para proteger a los pueblos indígenas, los Estados deben contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios de salud pública y de atención sanitaria, en función de su nivel de desarrollo; y para que los establecimientos, bienes y servicios estén disponibles, también es preciso que estén en funcionamiento<sup>185</sup>. Adicionalmente, se pronunció sobre la accesibilidad y los pueblos indígenas, así:

“Las cuatro dimensiones principales de la accesibilidad son la no discriminación, la accesibilidad física, la accesibilidad económica y el acceso a la información. En el caso de los pueblos indígenas, esas cuatro dimensiones se entrecruzan a menudo. La probabilidad de que sufran discriminación en el acceso a los establecimientos, bienes y servicios de atención de la salud es muy elevada. Pueden darse casos de médicos, enfermeros y otros profesionales de la salud que se nieguen a tratar a indígenas, o de indígenas en tratamiento que se enfrenten a creencias, prácticas y experiencias discriminatorias, lo que exacerba el miedo y la desconfianza, que, a su vez, desalientan el uso de establecimientos de atención de la salud. La situación es aún peor en el caso de las personas indígenas con discapacidad. El racismo puede incluso dar lugar a diagnósticos y tratamientos erróneos respecto de

enfermedades graves. La accesibilidad física es un motivo de preocupación para los pueblos indígenas, muchos de los cuales viven en zonas geográficamente aisladas, a menudo debido a los desplazamientos o a la invasión de sus tierras por personas no indígenas”<sup>186</sup>.

65. La jurisprudencia de la Corte ha abordado el derecho a la salud y el respeto a la identidad étnica y cultural de las comunidades indígenas en diferentes oportunidades. En primer lugar, con ocasión del análisis de constitucionalidad de un aparte del artículo 14 de la Ley 1122 de 2007<sup>187</sup>, en sentencia C-063 de 2010<sup>188</sup> la Corte se pronunció sobre el régimen de protección social en salud previsto para las comunidades indígenas, así:

“i. El mismo responde a una concepción plural respecto del servicio de salud, que impone a los operadores jurídicos que lo desarrollen la necesidad de hacer consideraciones respecto del entorno natural, el cuadro de enfermedades, la base alimentaria, los procedimientos de curación tradicionales, los medicamentos para tal efecto utilizados y demás elementos que diferencien a las comunidades indígenas de la sociedad mayoritaria.

ii. En esta medida se ha avanzado en la implementación de un sistema de aseguramiento en salud que responda a las condiciones de vida de las comunidades en materias como subsidio a la prestación del servicio, afiliación conjunta de toda la comunidad, prelación respecto de otros sectores poblacionales, participación de sus autoridades legítimas y tradicionales en la toma de decisiones, etc.

iii. El sistema de seguridad social en salud de las poblaciones deberá prever un plan obligatorio de salud adaptado a las necesidades que cada comunidad tenga, atendiendo aspectos propios de la comunidad como son su cuadro epidemiológico, sus procedimientos de curación y los medicamentos que la comunidad emplea”<sup>189</sup>.

Posteriormente, en la sentencia T-920 de 2011<sup>190</sup> se reiteró la necesidad de establecer medidas con enfoque diferencial para el goce efectivo del derecho a la salud de las comunidades indígenas, para lo cual se debe tener en cuenta la protección de la diversidad étnica y cultural, la exigencia de adaptabilidad cultural del derecho a la salud y el principio de igualdad. Como consecuencia de ese enfoque diferencial, la mencionada sentencia identificó las siguientes “prerrogativas de las comunidades indígenas”:

“i) producir y emplear sus propias medicinas tradicionales y curativas, ii) organizar y prestar

los servicios de salud bajo su propia responsabilidad y control, iii) organizar y prestar los servicios de salud por los miembros de las comunidades indígenas conforme a sus convicciones y creencias y iv) intervenir en la planeación, administración y ejecución de los servicios de salud”<sup>191</sup>.

Concluyó entonces que “la Corte Constitucional ha sostenido que es un deber del Estado la construcción de un sistema de salud acorde a las diferencias y necesidades propias de los pueblos indígenas, con el ánimo de fortalecer y reivindicar los derechos de los miembros de las comunidades indígenas, en especial los derechos a la salud, a la autodeterminación y a la identidad étnica y cultural, en cumplimiento de las obligaciones surgidas de la Carta Política, los tratados internacionales ratificados por Colombia y demás normas que tratan el tema”<sup>192</sup>.

De otra parte, en la sentencia T-462A de 2014<sup>193</sup> este Tribunal abordó los efectos que tienen los proyectos de gran escala, como la construcción de represas, para los pueblos indígenas<sup>194</sup> y dijo que entre estos efectos se encuentran “los negativos impactos sanitarios y nutricionales de larga duración”. Luego de tomar en cuenta observaciones del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, la Corte encontró que un hecho que constituye una vulneración del derecho a la salud en casos particulares de comunidades indígenas es “la ausencia de disponibilidad y la accesibilidad física a puestos o centros de salud adecuados y equipados para la integral atención en salud. Como se mencionó, en las veredas no hay puestos de salud que funcionen de manera continua para cualquier emergencia que se presente, e incluso, los moradores declararon tener que acudir al hospital de la cabecera municipal, lo que los obliga a caminar entre dos o más horas para llegar”<sup>195</sup>.

De otra parte, en el marco del seguimiento a la superación del estado de cosas inconstitucional en materia de desplazamiento forzado, la Corte ha constatado el bajo acceso y garantía del derecho a la salud para los pueblos indígenas. De este modo, la Sala de Seguimiento a la Sentencia T-025 de 2004, manifestó en el Auto 219 de 2011, respecto del derecho a la salud de las comunidades indígenas, que los “niveles bajísimos de acceso, falta de servicios de atención en salud adecuados y accesibles, indebida atención en salud, condiciones de salubridad deplorables, desnutrición crónica, alta mortalidad de menores de 5 años víctimas de diarrea, neumonía, septicemia, sarampión y otras enfermedades

prevenibles por vacunación, o por causas que podrían ser evitadas con una atención de salud adecuada”196.

66. En suma, la salud tiene dos facetas distintas, que se encuentran estrechamente ligadas: por una parte, se trata de un servicio público bajo la dirección y vigilancia del Estado; mientras que, por la otra, es un derecho fundamental que debe ser respetado y protegido en todas sus facetas y sin discriminación para todas las personas.

Como derecho, está delimitado por ciertos elementos: la disponibilidad, que supone, entre otros aspectos, que se preste efectivamente el tratamiento que se requiera; la accesibilidad, que implica que las cargas económicas o físicas no puedan tornarse en un impedimento para acceder al servicio; y la calidad, que significa la atención adecuada de lo que requiera la persona.

Específicamente la dimensión de aceptabilidad del derecho a la salud supone dos aspectos, primero, que los pueblos indígenas tienen derecho a desarrollar un sistema de salud propio, que atienda a su facultad de autogobierno, de manera que operan el control sobre su prestación y la posibilidad de usar sus tradiciones y medicinas tradicionales. Sin perjuicio de lo anterior también tienen derecho a que el sistema de salud mayoritario los atienda con pleno respeto a sus costumbres y creencias y que tenga en cuenta su diversidad, su locación geográfica y los desafíos que esos elementos particulares suponen, de ahí que no puedan desconocer los otros elementos del derecho a la salud, tales como la disponibilidad, la accesibilidad y la calidad. Un acercamiento diferente supondría su discriminación y el desconocimiento de su calidad de sujetos de especial protección constitucional.

Al haber establecido el marco constitucional aplicable al caso concreto, se pasa a resolver el problema jurídico planteado.

## CASO CONCRETO

67. La Sala considera relevante primero presentar algunas características del departamento de Vaupés en relación con el funcionamiento del sistema de salud en dicho territorio, antes de abordar los casos concretos y hacer referencia a la situación de contexto.

Características demográficas del departamento de Vaupés y funcionamiento del sistema de salud

68. La población total de Vaupés se ubica en su mayoría en las áreas rurales. Así, del total de 43.665 habitantes estimados para el año 2015, 26.801 están en el área rural (61,4 %) y 16.864 habitantes se distribuyen en las cabeceras municipales<sup>197</sup>. Incluso los tres corregimientos departamentales de Vaupés: Yavaraté, Pacoa y Papunahua son 100 % rurales y los municipios de Taraira y Carurú son 85 % y 80 % rurales, respectivamente<sup>198</sup>.

Según el Ministerio de Salud y Protección Social, el 66,6 % del total de habitantes, equivalente a 28.516 personas, es de pertenencia étnica<sup>199</sup>, distribuida en aproximadamente 255 comunidades indígenas de 25 y 30 etnias diferentes que se organizan en comunidades dispersas geográficamente en tres resguardos<sup>200</sup>. Las diversas etnias pertenecen a las familias lingüísticas Arawak, Tukano<sup>201</sup>, Carib y Makú.

En cuanto a la afiliación al sistema de seguridad social en salud en el departamento, a octubre de 2015 se reportaban 27.093 habitantes de Vaupés que se encontraban afiliados al régimen subsidiado y 2,577 afiliados al régimen contributivo<sup>202</sup>. Adicionalmente a 2013, se registraban 1,028 personas en el régimen de excepción<sup>203</sup>, es decir población vinculada.

Así, el departamento de Vaupés tiene dos particularidades en su composición demográfica que merecen la atención de la Sala: (i) la preponderancia de la población indígena en el departamento; y (ii) la dispersión geográfica de la población en comunidades con difícil acceso y cuya composición puede ser de pocas personas en comparación con la densidad de los municipios.

De otra parte, la gobernación también tiene la responsabilidad de garantizar el acceso a los servicios de salud de la población vinculada<sup>206</sup>. Para lo anterior, la Gobernación utiliza la red de servicios de salud públicos administrada por la E.S.E. Hospital San Antonio de Mitú. Tal obligación se soporta financieramente con los recursos que canaliza la Gobernación de Vaupés<sup>207</sup> mediante el Plan Bienal de Inversiones de atención a la “población pobre no asegurada”.

Así mismo, la gobernación debe “formular y ejecutar el Plan de Intervenciones Colectivas departamentales”<sup>208</sup>, al igual que “asistir técnicamente y supervisar a los municipios, en la

prestación del Plan de Intervenciones Colectivas, y las acciones de salud pública individuales que se realicen en su jurisdicción. [...]”<sup>209</sup> (subrayado fuera de texto). Tales acciones colectivas de salud pública necesariamente son conformadas con la única red existente en el departamento, liderada por la E.S.E Hospital San Antonio de Mitú<sup>210</sup>.

Adicionalmente, la gobernación asumió el compromiso de habilitar la red de servicios de salud del departamento viabilizada por el Ministerio de Salud en el Convenio de Desempeño 288 de 2013 y “a cada punto de atención se estaría dotando de los elementos básicos e indispensables para la atención primaria en salud como son: radio de comunicaciones para las interconsultas con la sede del Hospital, motor fuera de borda y deslizadora para el traslado de pacientes, equipo de consultorio e instrumental básico”<sup>211</sup>.

Por último, la Ley 715 de 2001 señala que las secretarías de salud departamentales “prepararán cada dos años un plan bienal de inversiones públicas, en el cual se incluirán las destinadas a infraestructura, dotación o equipos biomédicos que el Ministerio de Salud determine que sean de control especial” (subrayado fuera de texto).

70. Los municipios también tienen funciones asociadas a garantizar el acceso al servicio de salud, puesto que la Ley 715 de 2001 señala que éstos deben “gestionar y supervisar el acceso a la prestación de los servicios de salud para la población de su jurisdicción”<sup>212</sup> e “identificar a la población pobre y vulnerable en su jurisdicción y seleccionar a los beneficiarios del Régimen Subsidiado, atendiendo las disposiciones que regulan la materia”<sup>213</sup>.

La misma normativa también dispone que los municipios deben “adoptar, implementar y adaptar las políticas y planes en salud pública de conformidad con las disposiciones del orden nacional y departamental, así como formular, ejecutar y evaluar, los planes de intervenciones colectivas”<sup>214</sup> (Planes de Intervención Colectiva) así como “formular y ejecutar las acciones de promoción, prevención, vigilancia y control de vectores y zoonosis”<sup>215</sup> y, con este fin, los municipios deben elaborar e incorporar al Plan de Intervenciones Colectivas las acciones de salud pública en la promoción y prevención<sup>216</sup>.

71. Adicionalmente, la Ley 715 de 2001 encarga a todas las entidades territoriales (departamentos, municipios y distritos) de “la ejecución de las acciones de salud pública en la promoción y prevención dirigidas a la población de su jurisdicción”<sup>217</sup>.

72. Como se dijo, la red prestadora de servicios de salud de Vaupés está a cargo de una Institución Prestadora de Salud (I.P.S.): la E.S.E. Hospital San Antonio de Mitú. Dicha red está compuesta por su sede en Mitú para servicios de baja y mediana complejidad<sup>218</sup>, y dos centros de salud<sup>219</sup>, ubicados en Carurú y Taraira respectivamente, que prestan servicios de baja complejidad, y cuatro Unidades Básicas de Prestación (UBP) ubicadas en “diferentes áreas rurales del departamento”<sup>220</sup>.

73. Como en el resto del país, en el Vaupés, las E.P.S. tienen a su cargo la afiliación de los usuarios, la administración de la prestación de los servicios de las instituciones prestadoras y la prestación de servicios y tecnologías en salud, con independencia de que el usuario haya pagado la cotización en salud o tenga el subsidio correspondiente<sup>221</sup>. La función de las E.P.S. es atender con celeridad y frecuencia las patologías de los usuarios, así como garantizar que las citas médicas se fijen con la rapidez propia de un tratamiento oportuno<sup>222</sup>. En este sentido, las E.P.S. que operan en el departamento con mayor cubrimiento son Nueva E.P.S., Mallamas E.P.S.-I<sup>223</sup> y Cafesalud E.P.S.<sup>224</sup>.

74. Dada la existencia de la E.S.E. Hospital San Antonio de Mitú como única institución pública prestadora de salud en el departamento, todas las E.P.S. contratan con ella la prestación de los servicios. Mallamás también “garantiza la prestación del servicio en salud con nuestra red” mediante la contratación de la prestación del servicio con una I.P.S. privada (Vaupés Sano IPS LTDA) con la cual “la atención de los afiliados del régimen subsidiado para los servicios de ginecología, obstetricia, ultrasonido, optometría y entrega de medicamentos”<sup>225</sup>. Además, la Gobernación de Vaupés y las Alcaldías de Mitú, Carurú y Taraira contratan los servicios de la E.S.E. para ejercer sus competencias de garantizar el acceso a los servicios de salud, la atención de la población pobre no asegurada y la prestación de los servicios establecidos en el Plan de Intervenciones Colectivas-PIC que es contratado con las “Administraciones Municipales de Mitú, Carurú, Taraira y con la Secretaría Departamental de Vaupés”<sup>226</sup>.

#### Normas sobre pueblos indígenas

75. Para la Sala, es preciso referirse a las normas específicas que rigen la prestación del servicio de salud de los pueblos o comunidades indígenas y el estado actual del SISPI. Como se advirtió, la Ley Estatutaria 1751 de 2015 incluye como uno de los elementos esenciales

del derecho a la salud la protección a los pueblos indígenas y establece que “[p]ara 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)”<sup>227</sup>.

76. La Subcomisión de Salud de la Mesa Permanente de Concertación con Pueblos y Organizaciones Indígenas estableció tres fases para la implementación del SISPI. La primera fase (de socialización y retroalimentación de la propuesta SISPI) “se adelantó durante los meses de octubre a diciembre de 2013 con la realización de ocho reuniones regionales para la socialización y retroalimentación de las acciones que en el marco de la Subcomisión de Salud se han adelantado en el nivel nacional para la reestructuración del SISPI. De esto se cuenta con un informe final técnico [...] que incluye las conclusiones y recomendaciones de los pueblos indígenas frente a la estructura, componentes y contenidos del SISPI”<sup>228</sup>.

De otra parte, durante el debate probatorio el Ministerio de Salud y Protección Social agregó que la segunda fase “se encuentra en proceso de desarrollo”, pero hasta el momento ha incluido actividades como: (i) la definición en el segundo semestre de 2014 de la “estructura del documento base que contendrá las competencias y los mínimos de obligatorio cumplimiento para el desarrollo e implementación del SISPI”<sup>229</sup>; (ii) la firma del Decreto 1953 de 2014 que define los componentes del SISPI; (iii) la discusión sobre los contenidos de los componentes de Cuidado de Salud propia e intercultural (2014); (iv) el trabajo conjunto en el año 2016 de la Oficina de Promoción Social del Ministerio de Salud con los Subcomisionados de Salud de la Mesa Permanente de Concertación con los Pueblos Indígenas para la “formulación de la Guía Metodológica para el Diseño de Modelos de Salud Propia e Intercultural”. En este sentido, indicó que dicha guía ha sido sometida a revisiones técnicas que una vez sean ajustadas y avaladas “será el marco de referencia en la elaboración de las respectivas propuestas de cofinanciación para el diseño de los modelos de salud propia e intercultural”<sup>230</sup>. Así pues, el Ministerio concluyó que una vez se cuente “con el documento base del SISPI, se validará en el Congreso Nacional de Salud con los pueblos indígenas”<sup>231</sup>.

El Decreto 1953 de 2014 estableció las competencias en salud que deben ejecutar los territorios indígenas en el marco del SISPI<sup>232</sup> y en 2016 la segunda fase para la implementación se encontraba en la discusión sobre el componente de cuidado de la salud

propia e intercultural<sup>233</sup>.

77. Por otro lado, la Ley 691 de 2001 sobre la participación de los grupos étnicos en el sistema general de seguridad social en salud plantea al régimen subsidiado como mecanismo general de afiliación de la población indígena y la función de las autoridades de cada pueblo indígena de elaborar y actualizar el censo de su población para efectos del otorgamiento de los subsidios<sup>234</sup>.

La ley exige que “el diseño y la implantación de los planes de beneficios, programas y en general toda acción de salud para los Pueblos Indígenas” se concerte con sus respectivas autoridades. Adicionalmente, la normativa establece que el Ministerio de Salud y Protección Social debe adecuar los sistemas de información del SGSSS para que estos respondan a la diversidad étnica y cultural de la Nación colombiana, “incluyendo en particular indicadores concernientes a patologías y conceptos médicos tradicionales de los Pueblos Indígenas, en orden a disponer de una información confiable, oportuna y coherente con sus condiciones, usos y costumbres, que permita medir impacto, eficiencia, eficacia, cobertura y resultados de los Servicios de Salud correspondientes”<sup>235</sup>.

#### Normas sobre la población dispersa geográficamente

78. Por último, es preciso referirse a las características excepcionales que puede tener el sistema de salud en los casos de la población dispersa. Así, el artículo 30 de la Ley 1438 de 2011 estableció que el Gobierno Nacional debía definir los territorios de población dispersa y los mecanismos que permitieran mejorar el acceso a los servicios de salud de dichas comunidades para fortalecer su aseguramiento<sup>236</sup>.

79. Con base en lo anterior se adoptó el Decreto 2561 de 2014 que fijó los mecanismos para mejorar el acceso a los servicios de salud a la población afiliada al SGSSS y fortalecer el aseguramiento en el Departamento de Guainía como territorio piloto de este modelo de aseguramiento. Para el caso es relevante mencionar las características de este decreto y su alcance.

La parte considerativa del mencionado decreto da cuenta de las particularidades de regiones

geográficamente dispersas como es el Guainía y que ofrece similitudes relevantes con el departamento de Vaupés. En las zonas con alta dispersión geográfica “la distribución desigual de la población en el territorio [...] determina limitaciones en el acceso a las personas afiliadas de tipo geográfico, económico y sociocultural”. Igualmente, en las zonas con alta dispersión geográfica “la población pertenece a grupos étnicos, añadiendo así retos culturales al ya difícil acceso y adicionalmente varias de estas zonas fueron epicentro del conflicto armado, por lo que se hace más difícil y costoso garantizar el acceso a los servicios de salud y mantener a la población sana pues en estas condiciones la oferta de personal de salud y prestadores de servicios es muy reducida, hace aún más difícil y costoso establecer entidades prestadoras de servicios”. Por último, “la salud que debe prestarse a la población residente en las zonas apartadas presenta retos epidemiológicos y de salud particulares que requieren una integración muy estrecha entre las intervenciones de salud colectivas y de salud pública y prestación de servicios de salud pues las intervenciones colectivas y las de salud pública están a cargo de los entes territoriales y las actividades de promoción y prevención, tanto las individuales como las colectivas, están a cargo del asegurador”.

80. El modelo adoptado en el departamento del Guainía mediante el Decreto 2561 de 2014 establece cuatro elementos que fueron ajustados respecto del modelo de mercado en el que opera el sistema de salud en el resto del país, a saber: (i) la habilitación de una sola E.P.S. con la capacidad presupuestal y administrativa necesaria para atender a toda la población del departamento del Guainía; (ii) la implementación del énfasis en atención primaria en salud con la obligación de las E.P.S. de desarrollar actividades de visita a las viviendas y la conformación de equipos extramurales para apoyar intervenciones individuales y colectivas; (iii) la conformación de equipos intramurales con la suficiente capacidad resolutive para reducir al mínimo los traslados innecesarios; (iv) la posibilidad de adaptar las normas de habilitación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social sin disminuir la calidad de los servicios de salud en aras de garantizar la capacidad resolutive en el departamento.

Respecto del sistema de salud en las zonas con población dispersa geográficamente, el Gobierno Nacional, en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social, debe definir los territorios de población dispersa y diseñar para aquellas zonas mecanismos que mejoren el acceso de sus comunidades a los servicios de salud. Con la adopción del Decreto 2561 de 2014, el Gobierno creó mecanismos para mejorar el acceso a los servicios de salud en Guainía y modificó el modelo de aseguramiento en salud para este departamento en los

cuatro aspectos arriba mencionados.

A pesar de lo anterior, la Sala nota que la Ley 100 de 1993 no establece las herramientas necesarias para adoptar un modelo de manejo del sistema de salud en territorios con población dispersa y prevalentemente indígena para una administración diferenciada que sea financiera y étnicamente sostenible. Así, con fundamento en la Ley 1438 de 2011, el Gobierno diseñó la opción presentada, no obstante, es evidente que el marco legislativo no despliega opciones concretas que puedan abordar los problemas del aseguramiento en las zonas con esas características que sean efectivamente razonables en términos financieros y étnicos. Luego, se advierte un vacío legislativo en cuanto a normas que establezcan un marco que permita desarrollar condiciones efectivas para prestar el servicio de salud en territorios con rasgos específicos con desafíos como la densidad de la selva, la dificultad en las vías de acceso y una cultura diferente a la mayoritaria. Lo anterior, hace que sea esencial contar con instrumentos que atiendan esas diferencias, no solo de forma eficiente, sino además que incorporen el elemento de aceptabilidad que está directamente relacionado con la garantía del derecho a la identidad cultural.

81. En conclusión, el Gobierno Nacional adoptó un modelo diferente de prestación del servicio de salud en un territorio con población dispersa y en su mayoría indígena. Ese piloto incluyó la habilitación de una sola E.P.S., el énfasis en la atención primaria, la conformación de grupos extramurales para reducir los traslados y la posibilidad de adaptar las normas de habilitación. No obstante, la Sala constata un déficit en el marco legislativo que permita adoptar posibilidades de manejo del sistema de salud que sean financiera y étnicamente sostenibles para garantizar los derechos a la salud y la identidad cultural en zonas de población dispersa y mayoritariamente indígena.

#### Financiación

82. Respecto de la financiación del sistema, un aspecto común en los regímenes contributivo y subsidiado es que las E.P.S. reciben una unidad de pago por capitación (UPC) por cada persona afiliada y beneficiada<sup>237</sup>. La presencia de una población indígena numerosa así como la dispersión geográfica del departamento obligan a adoptar normas particulares para fijar la UPC del departamento.

83. En este sentido, la Resolución 6411 del 26 de diciembre de 2016 fija varias UPC

diferenciales: (i) la UPC del régimen contributivo más una prima adicional del 10 % para zonas con dispersión geográfica es de \$820.652238; (ii) la UPC del régimen subsidiado más una prima adicional del 11,47 % para zonas con dispersión geográfica es de \$743.983239; (iii) la UPC diferencial indígena, que es girada a todas las E.P.S.-I., equivalente a un incremento del 4,81 % sobre el valor de la UPC del régimen subsidiado UPC, es decir \$699.534240; y (iv) la UPC diferencial indígena en zonas con dispersión geográfica, que es girada a las E.P.S.-I., equivalente a un 11,47 % sobre el valor de la UPC diferencial indígena, es decir \$779.780241. Entre las consideraciones del Ministerio para fijar el valor de la UPC se tienen en cuenta “la información reportada por las E.P.S. de los regímenes contributivo y subsidiado, información que es sometida a un análisis actuarial y de calidad de la información”<sup>242</sup>. Para el valor diferencial de la UPC reconocido a las E.P.S. indígenas (E.P.S.-I.), también se toman en cuenta “las características socioculturales, demográficas y epidemiológicas de dicha población afiliada a las E.P.S.-I.”<sup>243</sup>.

84. La financiación de los recursos destinados a cubrir el valor de la UPC<sup>244</sup> varía según el régimen subsidiado y contributivo. En el caso del régimen subsidiado las afiliaciones y prestaciones del servicio se financian con aportes fiscales de la Nación, y los fondos seccionales y locales de salud del departamento de Vaupés y de los respectivos municipios de Mitú, Carurú y Taraira<sup>245</sup>.

85. Los recursos que recibe el departamento de Vaupés y los tres municipios que lo conforman, mediante la participación en salud<sup>246</sup> del Sistema General de Participaciones (SGP), se dedican a la financiación de tres componentes: (i) los subsidios a la demanda, (desde el 65 % hasta el 80 % del total de la participación)<sup>247</sup>; (ii) acciones de salud pública; y (iii) la prestación del servicio de salud a la “población pobre no asegurada” y actividades no cubiertas con subsidios a la demanda de la “población pobre no asegurada”.

86. Para la vigencia 2016, en el componente de subsidios a la demanda (régimen subsidiado) se asignaron al departamento de Vaupés \$1.211.077.803, a Mitú \$4.402.754.807, a Carurú \$618.468.988 y a Taraira \$312.497.226248. A su vez, en el componente de acciones de salud pública se asignaron \$3.185.659.813 al departamento de Vaupés, a Mitú \$970.851.073, a Carurú \$315.017.021 y a Taraira \$276.922.919. Por último, en el componente de la prestación del servicio de salud a la población pobre no asegurada se asignaron al departamento de Vaupés \$2.274.000.515.

87. A los recursos provenientes del SGP se suman los recursos que se obtienen como producto del monopolio de juegos de suerte y azar transferidos por COLJUEGOS a las entidades territoriales<sup>249</sup>, que no estén asignados por ley a pensiones, funcionamiento e investigación<sup>250</sup>. En tercer lugar, por lo menos el 50 % del monto total de las rentas cedidas a los departamentos destinadas a la salud se designan a la financiación del Régimen Subsidiado<sup>251</sup>. A modo indicativo, el departamento de Vaupés recibió por concepto de rentas cedidas en el año 2013 \$586.395.383252

88. En cuarto lugar, los recursos de regalías que, en el caso de Vaupés, le ha sido aprobado a la Gobernación “un proyecto [...] por cinco mil doscientos millones (\$5.200.000.000) para equipamiento y dotación de los centros y puestos de salud del área rural”<sup>253</sup>; y, por último, otros recursos propios que designen a la financiación del régimen subsidiado<sup>254</sup>.

89. Aunque los entes territoriales, es decir, el departamento de Vaupés y los municipios de Mitú, Carurú y Taraira, tienen a su cargo la administración del régimen subsidiado en sus respectivas jurisdicciones, el Ministerio de Salud y Protección Social gira los recursos de la UPC directamente a las E.P.S. o a las IPS a nombre de los entes territoriales<sup>255</sup>. Tal mecanismo de asignación y distribución de recursos no exime al departamento de Vaupés de “supervisar y controlar el recaudo y la aplicación de los recursos propios, los cedidos por la Nación y los del Sistema General de Participaciones”<sup>256</sup>.

91. Así pues, los municipios no certificados como en el caso de Mitú, Carurú y Taraira no pueden disponer directamente de sus recursos y estos son administrados por el departamento de Vaupés. La disposición de esos recursos pasa necesariamente a través de los proyectos que avale el departamento y pasen a ser consolidados en el Plan Bienal de Inversiones.

92. En conclusión, el funcionamiento del sistema de salud en el departamento de Vaupés se enmarca en el cumplimiento de las funciones de un conjunto de cuatro actores. Primero, el Ministerio de Salud y Protección Social, que está encargado de dirigir toda la política del sector, dentro de lo cual ha adoptado un modelo de sistema diferenciado en otro departamento con fundamento en que su población era dispersa y en su mayoría indígena. Igualmente, de dirigir el proceso de adopción, concertación e implementación del SISPI.

Segundo, las entidades territoriales: la gobernación y las alcaldías de los municipios de Mitú,

Carurú y Taraira, que tienen la responsabilidad de garantizar el acceso al servicio de salud. Específicamente, la gobernación tiene las funciones de: (a) vigilar y controlar el aseguramiento en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, lo cual incluye la garantía de acceso a los servicios de salud; (b) garantizar específicamente el acceso a los servicios de salud de la población vinculada; (c) formular y ejecutar el Plan de Intervenciones Colectivas departamentales; (d) asesorar técnicamente a los municipios de Mitú, Carurú y Taraira en la prestación del Plan de Intervenciones Colectivas en sus respectivos municipios; (e) determinar las inversiones en infraestructura y dotación en el plan bienal de inversiones públicas. Por su parte, los municipios deben: (i) gestionar y supervisar el acceso a la prestación del servicio de salud; (ii) identificar y seleccionar a la población beneficiaria del régimen subsidiado; (iii) formular y ejecutar los planes de intervenciones colectivas, que deben incluir acciones de promoción y prevención en salud.

Tercero, las E.P.S. que tienen a su cargo el deber de: (i) administrar la red para la prestación del servicio de salud y la prestación de servicios y tecnología en salud con independencia de que el usuario haya pagado la cotización en salud o tenga el subsidio correspondiente; (ii) así como, registrar y gestionar la afiliación de las personas al SGSSS.

Finalmente, las I.P.S., en este caso la E.S.E, Hospital San Antonio de Mitú, en consonancia con los diferentes acuerdos que tengan con las entidades territoriales y las E.P.S, prestan directamente el servicio de salud, dentro de lo cual también ejecutan las acciones de los planes de intervenciones colectivas.

Cabe aclarar que las responsabilidades del Departamento de Vaupés y sus municipios no eximen a las E.P.S. que operan en el territorio de adelantar en forma eficiente y oportuna las gestiones asociadas a garantizar la prestación de los servicios de salud mediante la red dirigida por la E.S.E Hospital San Antonio de Mitú o la red externa al departamento en los casos que requieren atención de una complejidad mayor a la ofertada por la red departamental.

Por último, uno de los elementos esenciales del derecho a la salud es el reconocimiento y garantía del derecho a la salud integral de los pueblos indígenas, según sus propias cosmovisiones y conceptos; garantía que pretende desarrollarse mediante el SISPI. La implementación de este sistema aún se encuentra en curso, específicamente en la segunda

fase de revisiones técnicas de la Guía Metodológica para el Diseño de Modelos de Salud Propia e Intercultural y la discusión sobre el componente de cuidado de la salud propia e intercultural. En todo caso, la Ley 691 de 2001 prevé la afiliación de la población indígena a través del régimen subsidiado e impone la obligación de diseñar e implementar los planes de beneficios, programas y en general toda acción de salud para los pueblos indígenas en concertación con sus respectivas autoridades.

#### Análisis de los casos

93. Como se advirtió durante el despliegue probatorio, la Sala conoció de 17 casos específicos en los cuales diferentes individuos reclaman la vulneración o amenaza a su derecho a la salud y de la posible amenaza o vulneración del derecho a la salud de las comunidades étnicas afectadas en la zona y se estableció que la agencia del Defensor del Pueblo del departamento era procedente. Por cuestiones metodológicas y en atención al contexto de Vaupés es preciso agrupar estos casos de acuerdo con los elementos que hacen parte del derecho a la salud que se reclaman. Si bien no es posible separar completamente los elementos en el ejercicio del derecho a la salud, pues se encuentran necesariamente interrelacionados y en algunos casos son concurrentes, este ejercicio es útil para la identificación de los problemas subyacentes a cada alegación que además se relacionan con el análisis contextual que posteriormente hará la Sala en relación a las comunidades indígenas.

94. La Sala también advierte que en el análisis de los casos se tendrán en cuenta dos criterios transversales. Primero, que los agenciados en su mayoría son personas de etnia indígena y que el acceso a información que han tenido tanto en relación con los servicios prestados, los derechos que tienen y el camino para acceder a una prestación oportuna si bien es dispar y las personas radicadas en Mitú pueden haber gozado, en general de un mayor acceso, en cada caso es relativamente bajo y hay barreras de lenguaje además de las geográficas.

Segundo, que en algunos casos además de la pertenencia étnica, concurre la calidad de mujer embarazada, adulto mayor o la representación de niños menores de un año de edad. Por lo tanto, el acercamiento a los casos reconoce la calidad de sujetos de especial protección constitucional bajo la óptica de la interseccionalidad. Estas dos condiciones hacen

que el acercamiento a cada caso parta de un análisis flexible en la verificación de la vulneración del derecho a la salud.

95. En este orden de ideas, como se mencionó para los casos de los integrantes de la comunidad de San Miguel, de dos de ellos no se conoce el nombre completo, de las cuales una es una mujer indígena embarazada, sin embargo, son personas individualizables dado que pertenecen a una comunidad con un número reducido de personas, pero además los videos que hacen parte del material probatorio permiten identificarlos físicamente. Adicionalmente, la Sala no tiene conocimiento de la calidad de afiliación o vinculación al sistema de seguridad social. No obstante, dadas las condiciones de sujetos de especial protección constitucional la Sala considera que ninguna de esas circunstancias es un obstáculo para abordar los casos de fondo.

Disponibilidad y accesibilidad: salud mental

96. Edgar Uribe Sierra indígena Tukambira radicado en Mitú y afiliado a la Nueva E.P.S en el régimen subsidiado solicita la atención en salud mental por las secuelas de la toma de la guerrilla en 1998 y por el suicidio de su hijo. Indicó que su médico general se la había ordenado el año pasado pero no había recibido la atención pues no existen profesionales que atiendan ese tipo de consultas. Así mismo, tampoco le hicieron una remisión para que lo atendieran en otro lugar. Además, relató que su hijo se suicidó el año pasado y nunca tuvo atención en salud mental.

En este caso, el reclamante aduce que sufre de graves problemas de salud mental como consecuencia de dos hechos, uno la toma de la guerrilla de 1998 de la que fue víctima y por el reciente suicidio de su hijo. Para lo anterior, afirma que acudió a su médico tratante dentro del sistema de salud del cual hace parte en el régimen subsidiado y afiliado a la E.P.S. la Nueva. Del despliegue probatorio no es posible conocer la fecha de la orden de tratamiento ni el tipo de tratamiento que requiere. A su vez, la E.P.S. no se pronunció al respecto ni en el transcurso de este proceso ni durante la diligencia judicial en Mitú, ni acudió de forma posterior, cuando se puso a disposición todos los elementos probatorios recaudados en esa diligencia.

De acuerdo con lo anterior, las afirmaciones del agenciado no han sido desvirtuadas y se debe reputar su veracidad. En este orden de ideas, la Sala tutelaré el derecho a la salud del

señor Uribe Sierra. Sin embargo, para la Sala no es posible ordenar un tratamiento, ni una remisión, pues no se conocen los términos de la orden, su vigencia ni el tratamiento indicado. No obstante, sí es posible ordenar a la E.P.S. La Nueva que valore al agenciado para que se determine el tratamiento de salud mental que éste requiere y de no existir un profesional que pueda atenderlo en Mitú que haga los trámites pertinentes para que lo remitan a un profesional que pueda atenderlo.

97. Edgar Araujo de la comunidad de San Miguel durante la diligencia en la comunidad relató que tuvo un accidente ofídico en octubre de 2016, y como consecuencia fue remitido al Hospital San Antonio de Mitú en donde le suministraron suero. No obstante, su condición empeoró, por lo cual fue remitido a San José de Guaviare, donde le advirtieron que el veneno iba a afectar su corazón, por lo que era necesario amputarle su pierna derecha, lo cual efectivamente sucedió. Su padre lo acompañó durante las remisiones, el tratamiento y la cirugía, pero éste no recibió alimentación. Indicó que está profundamente afectado por todo lo que le pasó y que requiere atención en salud mental. No obstante, no ha recibido ningún diagnóstico o tratamiento de ese tipo. Cabe advertir que el señor Sánchez no habla el español, por lo cual su interacción en la prestación del servicio de salud requiere apoyo de un traductor.

La Sala encuentra que de las declaraciones del agenciado se desprende que éste sufrió de un evento traumático, como lo es la amputación de su pierna derecha. Que para ser atendido fue trasladado a Mitú y después a San José del Guaviare, lo que relató que estuvo lleno de demoras injustificadas que tuvieron un impacto en el desenlace de su emergencia. Además, también supuso desafíos familiares, pues aun cuando tuvo la compañía de su padre quién además servía de traductor éste no recibió alimentación. Si bien la Sala no se pronunciará en concreto acerca de esos sucesos por no estar vigentes, lo hará cuando aborde el contexto de la situación de salud en Vaupés.

Al margen de lo anterior, la Sala encuentra que como consecuencia de esa emergencia el agenciado tiene serias afectaciones en su salud. No obstante, su lejanía con Mitú, las barreras económicas para trasladarse a la ciudad toda vez que para hacerlo debe contratarse una avioneta privada, las barreras del lenguaje y físicas, así como la falta de profesionales de la salud que efectivamente visiten la comunidad en una brigada y cuenten con la presencia de un profesional de salud mental y otros especialistas no han permitido que éste requiera

oficialmente la valoración del servicio.

En el mismo sentido, se debe recalcar que su situación también requiere de atención para su rehabilitación que le permita realizar su derecho a la vida digna e integrarse en la sociedad, para lo cual, por ejemplo, puede requerir una prótesis, entre otras cosas. Así, se recuerda que el goce efectivo del derecho a la salud también incluye el tratamiento para la rehabilitación de la enfermedad<sup>260</sup>. En este sentido, cobra relevancia el derecho a una atención integral en salud, por lo cual la valoración que el agenciado debe recibir debe contemplar la atención para la rehabilitación física y mental del evento traumático que sufrió<sup>261</sup>.

Así pues, la Sala tutelaré el derecho a la salud de Edgar Araujo para que sea valorado para atención en rehabilitación y salud mental y que de encontrar que requiere uno o varios tratamientos, éstos deben ser provisto de manera oportuna, con un enfoque diferencial y con los ajustes razonables que sean necesarios para enfrentar su situación de discapacidad física. Igualmente, si para estas valoraciones debe trasladarse a Mitú o a cualquier otra ciudad debe contar con un acompañante a quien se le deberán cubrir los costos de traslado, alojamiento y alimentación. Durante toda la atención se deberá garantizar un enfoque diferencial que atienda a que él no habla español, pero además debe ser culturalmente apropiada en atención a su condición étnica.

Como se advirtió, no es posible saber para el caso de los integrantes de la comunidad de San Miguel si se trata de población vinculada, en el régimen subsidiado o contributivo y de estar vinculada a qué E.P.S. están adscritos. Por lo tanto, como la Gobernación de Vaupés es la entidad territorial que tiene a cargo la responsabilidad de la prestación del servicio de salud, la Corte ordenará que ésta mediante las entidades pertinentes preste este servicio. Para lo anterior, deberá gestionar la visita de una brigada extramural que cuente con profesionales médicos que incluyan un profesional en salud mental para que valoren y de ser procedente presten atención al agenciado. En el mismo sentido, si no es posible trasladar a un profesional de la salud especialista para valorar la atención para la rehabilitación deberá realizar las gestiones pertinentes para que sea atendido en el lugar pertinente.

Disponibilidad, accesibilidad y calidad en el servicio

Diagnósticos y atención

98. El señor Marín de la comunidad de San Miguel indicó que le realizaron una cirugía en la cabeza desde hace más de un año, no obstante desde febrero de 2016 no ha recibido atención. Además sufre de convulsiones pero por la falta de atención, sólo ha podido acudir a la medicina tradicional.

María Esperanza Socha de la comunidad de San Miguel en representación de su hijo indicó que éste tuvo leishmaniosis y como consecuencia tiene dolor abdominal, pero no hay medicamentos para el dolor en la comunidad ni tampoco lo han atendido.

Aracely Bolívar de la comunidad de San Miguel afirmó que sufre graves dolores de cabeza cuando trabaja y no ha recibido ni atención ni medicamentos.

Cristina Saavedra de la comunidad de San Miguel alegó que tenía fuertes dolores en las piernas y que no ha recibido asistencia médica ni medicamentos.

Ximena Giraldo de la comunidad de San Miguel, quien actúa en representación de su hija de tres meses de edad, Luz Rojas, afirmó que la niña tenía gripa y que no ha recibido asistencia médica ni medicamentos y que tampoco había sido vacunada.

Patricia Méndez de la comunidad de San Miguel, aseveró que sufría de fuertes dolores de cabeza y de tos y que no había recibido atención médica ni medicamentos.

María Judith León de la comunidad de San Miguel, indicó que tiene un dispositivo de planificación familiar y que no ha tenido controles en el último año.

Rosa Giraldo de la comunidad de San Miguel, señaló que tiene hongos y que no ha recibido atención médica ni medicamentos.

Hortensia Araujo, en representación de su hijo de un año Hamilton Hernández, sostuvo que el niño tiene un brote, diarrea y vómito y que no ha recibido atención médica ni medicamentos.

Rosmira Ramírez de la comunidad de San Miguel, educó que tenía unas suturas en un brazo que le producen picazón que cree que están infectadas y que no ha recibido atención médica ni medicamentos.

99. La Sala advierte que para los diez casos precedentes, entre los cuales María Esperanza Socha, Ximena Giraldo y Hortensia Araujo actúan en representación de sus hijos menores de un año de edad, existe un déficit claro de acceso a la atención más básica de salud. Las diez personas que reclaman la amenaza y vulneración a su derecho a la salud o el de sus hijos son indígenas, que viven en una comunidad a 40 minutos en avioneta desde Mitú, que es el Centro de Salud más cercano. Adicionalmente, durante la inspección judicial se constató que el centro de salud no se encuentra en funcionamiento, está completamente vacío y no cuenta ni con medicamentos ni con personal capacitado para atender ningún tipo de afección a la salud.

Específicamente, para los casos de los niños, se constató que al menos uno de ellos no ha sido vacunado y que las afecciones que padecen pueden comprometer su vida. Así, en la comunidad en la que se encuentran no tienen la posibilidad de acceder a una valoración o diagnóstico y las barreras económicas no les permiten desplazarse hasta Mitú para acceder al mismo. De la misma forma, no se tiene conocimiento de cuándo fue el último desplazamiento de una brigada de atención. Sin perjuicio de lo anterior, si se constaron dolencias específicas que requieren de una atención inmediata, particularmente para los casos de los niños. La protección de la salud de menores de edad, su acceso a la vacunación, la atención de mujeres embarazadas son mínimos de accesibilidad que requieren de la mayor atención. En esos dos supuestos esas acciones previenen muertes. De otra parte, también es evidente que la población de la comunidad y estas personas específicamente requieren atención preventiva y de atención de las enfermedades sin importar su complejidad, pues las condiciones geográficas, los determinantes de la salud hacen que cosas que parecen sencillas, puedan tener efectos devastadores.

100. De esta manera, la Sala tutelaré el derecho a la salud de los diez integrantes de la comunidad de San Miguel y ordenará a la Gobernación de Vaupés que a través de la entidad pertinente gestione la visita de una brigada extramural que cuente con profesionales médicos que incluyan al menos un ginecólogo, un psicólogo y un pediatra para que valoren y de ser procedente presten atención a estas personas. Así mismo, para que lleven a cabo una jornada de vacunación y planeen las necesarias para que todos los niños de la comunidad completen su esquema básico de vacunación.

Remisiones y autorizaciones

101. Miguel Ángel García, indígena Cubeo afiliado al régimen subsidiado de la Nueva E.P.S. tuvo un accidente ofídico hace seis años que llevó a la amputación de una extremidad y le ordenaron una prótesis. Al momento de su declaración, en febrero de 2016, afirmó que tenía una cita en Bogotá en diciembre de 2016 que le cancelaron y cambiaron para el 2 de febrero de 2017. Afirmó que ninguna de esas citas pudo cumplirse “por problemas de pasajes”. Dijo que al momento tenía una orden de remisión a Bogotá emitida por su ortopedista para el cambio de la prótesis por deterioro, pero no había logrado que la misma fuera efectiva.

La Sala advierte que el señor García, a pesar de contar con el diagnóstico y la remisión pertinentes para un cambio de prótesis no se le han autorizado los pasajes que requiere para trasladarse a la ciudad de Bogotá y acceder al servicio que requiere. La Nueva E.P.S. durante el trámite de la acción guardó silencio al respecto. Así pues, la Sala no encuentra justificación para la demora en la mencionada autorización. Por lo tanto tutelaré el derecho a la salud del agenciado y ordenaré a la Nueva E.P.S. que realice los trámites pertinentes para que el señor García pueda acudir a la cita en Bogotá para el cambio de la prótesis que requiere.

102. Luis Octavio Chagres líder de la comunidad de Acaricuara, en representación de su padre, Emilio Chagres de 82 años de edad, afiliado al régimen subsidiado en la Nueva E.P.S. dice que interpuso una acción de tutela en el año 2015 contra Caprecom para la atención en salud, pero aún no ha recibido la atención que necesita. Dice que su padre no aguanta el dolor y que requiere que le revisen sus rodillas, pues después de las cirugías que le practicaron en el 2014 y en 2015 en Bogotá tiene secuelas importantes. Adujo que parecía que se “le fuera a salir un tornillo”. Así, se encuentra a la espera de la remisión que requiere, pues a pesar de que pasa constantemente desde el mes de enero de 2017 a preguntar si ya se autorizó, no tiene respuesta alguna.

La Sala encuentra que el señor Emilio Chagres es un hombre mayor de la tercera edad que se encuentra en un dolor intenso en sus rodillas y que requiere la remisión para que valoren y diagnostiquen su condición actual. La Nueva E.P.S. guardó silencio durante el trámite de la acción de tutela. Así pues, la Sala tutelaré el derecho a la salud del señor Emilio Chagres y ordenaré a la Nueva E.P.S. que valore su condición y de requerirse lo remita al especialista para que sea atendida su dolencia.

Emergencias obstétricas y cuidado prenatal

103. Nelson Hernando Gómez Beltrán, actuando en representación de su esposa Mery Jenny Peña Cruz, indígena de la etnia Tukana afiliada a la Nueva E.P.S en el régimen contributivo y radicada en Mitú, a sus ocho meses de embarazo tuvo preeclampsia, por lo cual tuvo que ser trasladada a la ciudad de Bogotá el 24 de diciembre de 2016, en donde su bebé falleció. Durante el tiempo en que sucedió la emergencia hasta el traslado sufrió pánico, ya que su esposa estaba en el Hospital donde solo la monitoreaban, pero nadie hizo nada diferente para atenderla. Simultáneamente el declarante dijo que debía ver cómo la tensión de su esposa subía y el bebé perdía signos vitales hasta las cinco de la tarde, cuando llegó la avioneta para el traslado. Añadió que el bebé llegó sin signos vitales a un hospital en Bogotá. Indicó que ella estuvo en cuidados intermedios por once días en donde le dijeron que todo hubiera podido ser evitado con la presencia de un ginecólogo. Adicionalmente, afirmó que se encontraba muy afectada emocionalmente y que había solicitado ese servicio en Bogotá al igual que planificación familiar pero que le había sido negado, pues se le indicó que debe ser prestado en Vaupés. No obstante, la falta de confianza en el Hospital ha hecho que no solicite esos servicios.

La Sala encuentra que el caso de Mery Jenny Peña Cruz evidencia que el Hospital de Mitú no cuenta con un especialista de ginecología de tiempo completo y que es posible que esa situación haya comprometido severamente la salud de la agenciada. Así, la sala también reconoce que ésta tuvo una urgencia que no pudo ser atendida a la brevedad que requería, porque el Hospital no tenía la capacidad para hacerlo. No obstante, como en los casos anteriores no se pronunciará sobre esta situación específica por tratarse de una situación consolidada, sino en la parte del contexto.

La Sala también encuentra que a la señora Peña Cruz le fue ordenada en Bogotá la valoración y atención en planificación familiar y salud mental, pero que la desconfianza en la atención no le ha permitido acercarse al Hospital para solicitar esa atención. La Nueva E.P.S. guardó silencio durante el trámite de tutela. Así pues, en este caso, a pesar de encontrar que la agenciada requiere unos servicios y que es comprensible que la misma no quiera acudir al Hospital donde tuvo un evento traumático, no es posible ordenarlos si la persona no quiere recibirlos en el lugar donde debe prestársele la atención de acuerdo con su afiliación.

104. Ana Xilena Viáfara, una mujer afrodescendiente afiliada al régimen contributivo de Cafesalud al momento de su declaración tenía cinco meses de embarazo. Indicó que desde el

mes de diciembre solicitó ante Cafesalud una cita para su primera ecografía y un control prenatal. Dicha cita le fue autorizada en la ciudad de Bogotá, Lo anterior, pues la E.P.S. no tenía un convenio activo para la atención en Mitú. No obstante, cuando solicitó los pasajes le dijeron que por tratarse de la temporada de diciembre no estaban “dando pasajes”. Por lo anterior, tomó la decisión de ir a Villavicencio y pagar la consulta por su cuenta. Ahí le diagnosticaron un embarazo de alto riesgo por bajo crecimiento del feto y por esa razón le concedieron 20 días de incapacidad. En enero de 2017 tuvo una segunda cita de control después de lo cual solicitó a Cafesalud el reembolso pero rechazaron su pedido, pues no se le había negado el servicio. Al momento de la declaración le habían autorizado una remisión a Villavicencio, específicamente en la Clínica Marta. No obstante, cuando llamo a hacer la cita le dijeron que no existía un convenio vigente. Así, no tiene claridad de dónde la van a atender, lo cual es evidentemente preocupante dado su embarazo de alto riesgo y en la eventualidad de una emergencia. Al momento de la declaración dijo que había interpuesto un “PQR” ante la entidad y que se la responderían en los 15 días correspondientes.

La Sala verifica que la señora Viáfara por encontrarse en estado de embarazo requiere de atención prenatal y acceso a atención constante, ya que se trata de un embarazo caracterizado como de alto riesgo. Cafesalud guardó silencio acerca del caso durante el trámite.

Para la Sala, no es admisible que Cafesalud no le haya proporcionado la información correcta del lugar donde puede acceder al servicio de salud a una mujer en estado de embarazo, y tampoco que anuncie la prestación del servicio de salud en un lugar donde no tiene convenios para hacerlo. De la misma forma, la agenciada por su estado de embarazo requiere de atención prioritaria y de todas las garantías para que al momento del parto pueda acceder a la atención que requiere de forma oportuna e inclusive en eventos de urgencias.

En este sentido, se tutelaré el derecho a la salud de la agenciada y se ordenará a Cafesalud que: (i) le informe cual es el lugar donde le van a prestar servicios de salud para su embarazo, si no lo ha hecho aún y (ii) garantice la atención inmediata o asuma los costos de la atención que ella requiera en el lugar donde vive si no tiene un convenio vigente de forma tal que además se garantice su atención ante una urgencia. Así mismo, le ordenará que realice un convenio con la entidad de su preferencia para atender a la agenciada, si no lo ha

hecho aún.

105. Por último, en la comunidad de San Miguel, una mujer indígena con seis meses de embarazo indicó que no ha recibido ningún control prenatal.

En este último caso, como se advirtió, no fue posible conocer el nombre preciso de la declarante. No obstante, por tratarse de un caso de una mujer en estado de embarazo que no ha recibido atención prenatal, se trata de un sujeto de especial protección constitucional. Adicionalmente, la pequeña población de la comunidad así como el video en el que se evidencia la declaración permite que la misma sea identificable. Por lo tanto, en línea con el razonamiento respecto de la atención de las otras once personas de la comunidad de San Miguel se tutelaré su derecho a la salud, para que la brigada que visitará la comunidad, que deberá contar con un ginecólogo, la atienda y así le preste la atención prenatal que requiere.

106. Para la Sala es evidente que los anteriores casos son representativos de problemas estructurales que enfrenta el departamento de Vaupés y, además, que la solución puntual de éstos no enfrenta las causas que generan deficiencias en las cuatro dimensiones del derecho a la salud: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad en el ejercicio en ese territorio. En este sentido, el derecho a la salud de las 255 comunidades indígenas asentadas en el Vaupés se encuentra seriamente comprometido. Así pues, la Sala pasará a abordar cada una de esas dimensiones, identificadas a partir de los casos individuales revisados y del contexto y despliegue probatorio en el trámite de la acción de tutela.

Los derechos a la salud y a la identidad cultural de las 255 comunidades indígenas en el departamento de Vaupés

107. La Sala observa que algunas de las afectaciones que sufren los agenciados tienen origen en problemas estructurales que impiden la garantía del derecho a la salud en debida forma y que involucran el derecho a la salud de sujetos de especial protección constitucional como población indígena, mujeres embarazadas o en periodo de lactancia y niños. Esta situación pone en riesgo el goce efectivo del derecho a la salud de las 255 comunidades indígenas que habitan en el territorio y, por lo tanto, su supervivencia. Algunas de las características del departamento como alta diversidad cultural, la dispersión poblacional y el difícil acceso a las mismas generan obstáculos y la prestación del servicio desde su diseño es

inefectiva para abordarlos. Así pues, los casos concretos que hacen parte del expediente son el reflejo de una o varias dificultades en el diseño de la política para prestar el servicio, así como en la ejecución de la misma. Veamos.

Como se advirtió en la parte considerativa de esta providencia las cuatro dimensiones que delimitan el alcance del derecho a la salud son la disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad. En este caso, la diversidad de los pueblos indígenas en el departamento y su estado de conservación cultural en el que se encuentran implica que estas dimensiones deban ser valoradas con especial atención a su derecho a la identidad cultural.

108. La dimensión de disponibilidad implica que el Estado debe tener “un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas”<sup>262</sup>. Esta faceta está ligada a la existencia de personal de salud y de condiciones adecuadas para garantizar la prestación.

Del material probatorio recaudado durante el trámite de la acción y a partir de los casos individuales conocidos, para la Sala es evidente que existen serios problemas y desafíos en relación con esta faceta que tienen un impacto cierto en el ejercicio del derecho a la salud de la población de Vaupés, por las siguientes razones:

a. La ausencia de puestos de atención en salud en funcionamiento en las comunidades indígenas y el deficiente funcionamiento de los existentes

109. La red formal de puntos de atención en salud del departamento la integra la sede principal del Hospital San Antonio de Mitú; cuatro centros de salud, en Acaricuara, Yavaraté, Carurú y Taraira; 15 puestos de salud en distintas zonas del departamento<sup>263</sup>; y 54 Unidades Básicas de Promoción<sup>264</sup>. Esa red que existe formalmente contrasta con la red que efectivamente funciona y presta servicios de salud en el departamento<sup>265</sup>. Esto se extrae tanto de la inspección judicial como de las diferentes declaraciones que obran en el expediente. A su vez, el Ministerio de Salud y Protección Social en una de sus respuestas describe la red actual como la conformada por el Hospital San Antonio de Mitú, dos centros de salud de Carurú y Taraira<sup>266</sup> y cuatro Unidades Básicas de Prestación pero no menciona los 15 puestos de salud viabilizados<sup>267</sup>.

A la anterior descripción se suma lo expuesto en algunas comunicaciones de los capitanes de comunidades indígenas como en el caso de Puerto Solano e Ipanore, cuyos puntos de atención “se encuentran en muy mal estado de infraestructura. En Ipanore el puesto de salud en madera está abandonado”<sup>268</sup>, al igual que el punto de atención en salud de Caño Cuduyari<sup>269</sup>. Los capitanes de Bocas del Yi<sup>270</sup> y Puerto Valencia<sup>271</sup> señalaron que los puntos de atención de sus comunidades no están funcionando. El mismo accionante indicó que la “red de prestación de servicios de salud del Departamento de Vaupés, es totalmente insuficiente [...] que oferta o tiene capacidad real para operar como primer nivel ubicado en la Capital del Departamento; y Tres (3) Centros de Salud en las demás zonas del Departamento”<sup>272</sup>.

110. La Gobernación de Vaupés señaló sobre la red de servicios de salud que “se está proyectando la entrega de 5 puntos de atención con infraestructura en salud nueva (sic), ubicados en YURUPARÍ, ACARICUARA, PIEDRA ÑI, BUENOS AIRES Y PIRACUARA con dotación de los diferentes programas de salud pública”<sup>273</sup>.

Los intervinientes en la diligencia en Mitú, en especial, quienes hacían parte de las comunidades indígenas expusieron en varias ocasiones que cerca de su vivienda no existen puestos de salud. Por ejemplo, la Corte conoció un caso de una mujer en estado de embarazo en una comunidad indígena que tuvo complicaciones durante su parto y se practicó una cesárea ella misma para que su hijo no muriera<sup>274</sup>. También se enteró de varios casos de menores de edad fallecidos quienes no pudieron ser atendidos rápidamente porque no existía un centro de salud que les prestara la atención primaria en sus comunidades<sup>275</sup>. Durante la diligencia, en las visitas a San Miguel, Santa Marta y Macaquiño se verificó que aun cuando existieran físicamente instalaciones de lo que pretendían ser unidades básicas de atención, estas están inhabilitados y la comunidad explicó que lo anterior se debía a que la infraestructura no cumplía con las normas de habilitación por el material en que estaban construidas: madera, y la norma requería concreto.

111. Así, la Sala no encuentra evidencia que indique que además del Hospital, los dos centros de salud en Carurú y Tararira y las cuatro Unidades Básicas de Atención, existan otros lugares que presten servicios de salud, independientemente de la complejidad de la atención.

b. La ausencia de personal capacitado en los puestos de salud de las comunidades indígenas.

112. En el mismo sentido de lo antedicho, la Sala conoció que no existe personal con una preparación básica que esté disponible para atender o remitir a quienes requieran una atención en salud en las comunidades indígenas más apartadas. En algunos lugares existen médicos tradicionales que son los encargados de tratar y curar algunas enfermedades, sobre estos procesos no existe información sistematizada que contribuya en la articulación de sistemas de conocimiento y atención, limitando las posibilidades de contar con un modelo basado en el respeto de la diversidad cultural y la complementariedad requerida para garantizar la atención adecuada. Adicionalmente, cuando una persona acude a la medicina occidental, actualmente no encuentra un auxiliar de enfermería cerca de su vivienda para que lo oriente sobre su padecimiento. Aunque años atrás hubo algunos miembros de las comunidades capacitados en estas labores básicas, como se constató en Macaquiño a orillas del río Vaupés, actualmente no existe una capacitación a este grupo de personas, ni hacen parte de la red prestadora de salud. Así pues, la atención en salud depende completamente de las brigadas extramurales que visitan las comunidades.

c. Ausencia de medicamentos e infraestructura adecuada para su almacenamiento.

113. La Sala constató que existe un problema estructural de disponibilidad de medicamentos en las comunidades. Así, hay puntos de atención de salud que no cuentan con los medicamentos necesarios para brindar la atención adecuada. Específicamente, esto fue expuesto por Álvaro Macuni, capitán de la comunidad de Aguablanca<sup>276</sup>; Irazi, capitana de la comunidad de Caño Laurel<sup>277</sup>; y María Sonema, capitana de la Comunidad de Campoalegre<sup>278</sup>. La misma conclusión se extrae de varias comunicaciones de Tapurucura - Querari<sup>279</sup>, Bocas del Yi<sup>280</sup>, San Juan de Cucura<sup>281</sup>, Buenos Aires<sup>282</sup>, Murutinga<sup>283</sup>, Arara<sup>284</sup>, Puerto Valencia<sup>285</sup>, El Palmar<sup>286</sup>, Vistahermosa<sup>287</sup>, aportadas en el expediente donde destacan la falta de medicamentos para la atención básica de los miembros de las comunidades.

114. Así pues, de los hechos relatados por los agenciados, así como de lo que evidenció directamente la Sala en la inspección judicial, se constata que no hay medicamentos disponibles para prestar atención en salud básica en los puestos ubicados en las

comunidades. Tanto en Santa Marta, como en Macaquiño y San Miguel, los insumos médicos no eran suficientes y, además, algunos estaban vencidos o eran inexistentes. Además de lo expresado, la Sala observó que mientras realizaba una visita en el centro de salud de la comunidad de Santa Marta, apareció una enorme cantidad de hormigas de gran tamaño que obligó a todos los asistentes a salir del lugar.

#### Falta de acceso oportuno al suministro de suero antiofídico

115. La Sala considera pertinente detenerse en la falta de suero antiofídico y de personal capacitado para suministrarlo en las zonas donde se asientan las comunidades indígenas, así como el acceso oportuno a ese tratamiento mediante el traslado. Así pues, uno de los reparos más recurrentes que escuchó la Sala durante la extensa etapa probatoria fue la ausencia de suero antiofídico en los centros de salud de las comunidades indígenas. Lo anterior es especialmente grave si se tiene en cuenta que los accidentes ofídicos son recurrentes en la zona debido a las características del territorio de selva y que, por otra parte, este tipo de incidentes deben ser tratados con urgencia porque, de lo contrario, pueden implicar la mutilación de partes del cuerpo. En efecto, esta Corporación conoció de varios casos de mutilaciones que fueron producto de una mordedura de serpiente que no fue tratada de forma oportuna y con el medicamento adecuado, expuestas en la diligencia judicial del 13 de febrero en Mitú y en el desplazamiento a las comunidades.

En este mismo sentido, el capitán de la comunidad Ugá, Juan Carlos Yuhup, relató el caso de un niño de su comunidad que sufrió un accidente ofídico y, dada la falta de disposición de transporte fluvial para remitirlo a Mitú, falleció<sup>289</sup>. Una situación similar la expuso Moisés Beltrán, de la comunidad de Teresita Papan, el cual en abril de 2015 solicitaba atención para un niño que sufrió un accidente ofídico y se encontraba a la espera de transporte a Mitú. Las barreras en el acceso a transporte para trasladarse al centro de salud en Mitú para atender adecuadamente los accidentes ofídicos también fue expuesta por miembros de la comunidad de Buenos Aires y Mutanakua que reportaron que en el año 2013 dos accidentes ofídicos resultaron en muertes aunado a la imposibilidad de transportar a los pacientes a Mitú<sup>290</sup>.

116. Sobre este aspecto, el Ministerio de Salud y Protección Social explicó que “teniendo en cuenta la normatividad vigente en el país, no es posible la administración de sueros antiofídicos directamente por miembros de las comunidades aún con el apoyo de personal

médico”. Puntualizó que el Capítulo 3° del Protocolo de Vigilancia en Salud Pública indica que “la clasificación del accidente ofídico debe ser realizada por el médico o por el personal de salud capacitado por la diversidad de las serpientes venenosas y la diferencia en sus venenos” y agrega que “el tratamiento en todos los casos de accidente ofídico debe ser realizado por un médico, e idealmente en condiciones hospitalarias”. Sin embargo, también resulta pertinente lo expuesto por la Alcaldía y la Secretaría de Salud y Desarrollo Social del municipio de Taraira que indicaron que “deberían considerarse retomar elementos de la atención primaria en salud que permitan convalidar la experiencia de los promotores comunitarios indígenas del territorio que posee la capacidad de administrar interconsultadamente (sic) por radiofonía medicamentos básicos y hasta el suero antiofídico; evitando muertes, amputaciones entre otros”291.

117. La Sala concluye que los accidentes ofídicos son una realidad recurrente en el territorio y que los desafíos en el sistema de traslado a la capital o a un centro de salud hacen que constantemente las personas estén expuestas a amputaciones que podían prevenirse mediante el acceso a tratamiento oportuno. En este orden de ideas es necesario, de una parte, adoptar alternativas acordes con la realidad de la zona y, de otra, diseñar una ruta eficiente en la cual se garantice el acceso oportuno a estos medicamentos esenciales. Para esto, es preciso considerar modelos que garanticen la prevención, personal capacitado en el terreno y el traslado efectivo a los centros de salud en los que existe el personal que pueda proveer el suero o el tratamiento que se requiera.

#### d. Falta de equipos en funcionamiento de radiocomunicaciones

118. Dadas las restricciones geográficas, económicas y las deficiencias administrativas en las remisiones de los eventos en salud que suceden lejos de los centros urbanos del departamento de Vaupés, los instrumentos de radiocomunicación en los puestos de salud en las comunidades son un medio eficaz para recibir atención primaria. Al respecto, la Gobernación asumió el compromiso de habilitar la red de servicios de salud del departamento viabilizada por el Ministerio de Salud en el Convenio de Desempeño 288 de 2013 y “a cada punto de atención se estaría dotando de los elementos básicos e indispensables para la atención primaria en salud como son: radio de comunicaciones para las interconsultas con la sede del Hospital, motor fuera de borda y deslizadora para el traslado de pacientes, equipo de consultorio e instrumental básico” (subrayado fuera de

texto)292.

Pese a lo anterior, varias comunidades han puesto de presente la falta de estos equipos en sus respectivos puestos de salud. Por ejemplo, la capitana de Caño Laurel señaló como el puesto de salud tiene un sistema de radiofonía que no funciona por falta de baterías293. Por su parte, el capitán de la comunidad Ugá señaló que el puesto de salud no tiene ningún equipo de radiocomunicaciones294. La solicitud de suplir de aparatos de comunicaciones que funciones en las comunidades está presente en las comunicaciones anexadas por el accionante a la solicitud de tutela, provenientes de las comunidades de Tapurucuara-Querari295, Trinidad-Tiquié296 y Bocas del Yi297. Igualmente, en las declaraciones en la audiencia se conoció que en algunos casos, aun cuando existía el equipo éste no contaba con pilas y en otros casos, cuando si existía el equipo no contestaban a las llamadas en el Hospital. Al respecto, es necesario anotar que la Secretaria de Salud Departamental está en la obligación de establecer una red adecuada de radiocomunicación298.

119. De todo lo anterior, se concluye que el sistema de salud tiene serios problemas de disponibilidad en la prestación del servicio en todos los niveles, ya que no existen suficientes unidades básicas de atención habilitadas ni puestos de salud que puedan atender a la población. La infraestructura existente no es utilizada en algunos casos por incumplir con las normas habilitantes, no existe suficiente personal capacitado para atender casos en las comunidades, no hay medicamentos disponibles ni para solucionar los eventos médicos más sencillos ni para el suministro capacitado de suero ofídico, pues en la mayoría de las ocasiones es tardío y ha generado un problema estructural de población amputada sin acceso a atención oportuna.

120. Como se dijo, la dimensión de accesibilidad implica que los establecimientos y servicios médicos deben prestarse (i) sin discriminación, (ii) en una proximidad geográfica de los sectores de la población, en especial, de los grupos vulnerables; (iii) al alcance de todos para que el costo no afecte desproporcionadamente a las personas de escasos recursos económicos; y, además, (iv) debe existir acceso a la información sobre asuntos de salud.

En la línea de los problemas estructurales detectados en relación con la faceta de disponibilidad, la Sala encuentra problemas estructurales de accesibilidad. Lo anterior, especialmente porque el único centro de atención de salud de primer nivel se encuentra en

Mitú, y las características del departamento, la dificultad en el transporte y los recursos para acceder al mismo, así como los desafíos para las brigadas extramurales suponen complicaciones adicionales. A continuación se analiza cada una de las dificultades que se advierten. Adicionalmente, en la valoración e incorporación de los conocimientos y prácticas en salud de los pueblos indígenas en la prestación del servicio de salud.

a. El Hospital San Antonio de Mitú no tiene una cercanía geográfica con las comunidades indígenas cuyo derecho a la salud debe proteger y las brigadas extramurales no son suficientes para asegurar la proximidad geográfica de forma continua.

121. A la luz de las características geográficas de Vaupés, resulta evidente que el municipio de Mitú, a pesar de ser el centro urbano que funge como capital del departamento, no es un lugar de fácil acceso para todas las personas del mismo. La ausencia de carreteras y la primacía del transporte fluvial o aéreo imponen una lógica de desplazamiento que dista de las formas en la que funcionan otros lugares del país.

El principal medio de transporte es el río, por lo que es común que las comunidades cuenten con un bote y, en el mejor de los casos, con un motor y gasolina. Las rutas que toman dependen de las características del río, si es navegable o no, de dónde proviene y dónde desemboca, y cuál es la corriente que lleva. En ocasiones, es necesario tomar varios ríos e, incluso, tomar un largo camino al oriente para acceder a un río que se dirija después al occidente. Esto puede llevar días, semanas y meses, si se tiene en cuenta la extensa cobertura de bosques y la compleja red hidrológica del departamento.

El segundo medio de transporte es aéreo. Existen comunidades que cuentan con pista rudimentaria para el aterrizaje de avionetas. Sin embargo, no todas cuentan con dicha infraestructura, por lo tanto, para acceder a algunos lugares es necesario usar el medio aéreo y, posteriormente, el fluvial.

Esta distancia entre el Hospital y las comunidades indígenas dispersas en la selva afecta intensamente la faceta de accesibilidad para la prestación del servicio de salud. Aun cuando están en el mismo departamento, sus características implican recorrer un largo camino, que imposibilita que las personas obtengan atención al momento que lo necesitan. Así por ejemplo, en el relato de los hechos de los agenciados se hacía referencia a niños de menos de un año que fallecían porque no alcanzaban a llegar a Mitú para recibir atención médica.

En algunos casos, cuando existe pista de aterrizaje, el acceso al servicio puede ser rápido ante una urgencia. Sin embargo, si la comunidad no cuenta con pista, es responsabilidad de la persona afectada y de su familia emprender el camino por el río. No existe un sistema a través del cual las E.P.S. lleguen a los lugares a través del transporte fluvial para hacer la remisión al Hospital.

122. Ahora bien, dentro del diseño de la política pública en salud en el departamento se han creado brigadas extramurales para que las comunidades no acudan al médico, sino que los profesionales lleguen hasta donde ellas habitan. No obstante, en las pruebas recaudadas, las comunidades informaron que las brigadas acuden a sus comunidades de forma esporádica, una vez al año aproximadamente en el mejor de los casos. Además, en ocasiones solo hacen presencia para llevar a cabo jornadas de prevención, pero no concurren médicos ni odontólogos con regularidad.

En ese sentido, la Sala resalta que las brigadas extramurales son compatibles con la accesibilidad en el servicio de salud, pues ofrecen una cercanía física entre las personas y el personal capacitado para prestarle atención y servicio como una alternativa en sectores de población dispersa. También es cierto que la presencia médica se requiere en los momentos precisos que se presenta una enfermedad y no es posible calcular que la misma ocurra cuando los profesionales se acercan al territorio. Sin embargo, estas brigadas son útiles para hacer un trabajo de prevención, control, así como para aplicar vacunas, y, eventualmente, para atender las urgencias que se presenten cuando están en el territorio. Para los asuntos que sucedan cuando no hay brigadas, debe existir un conducto efectivo para lograr la atención médica, bien sea con personal que vaya al territorio o una remisión efectiva.

El problema con las brigadas médicas surge porque cuando el personal no asiste con regularidad a las zonas de difícil acceso, desaparece la accesibilidad en el servicio.

123. Durante el trámite de la acción, la E.S.E. Hospital San Antonio de Mitú sostuvo que “para la vigencia 2017, se programó (sic) cuatro (4) grupos extramurales conformados por Médico en SSO de planta, Odontólogo, Enfermero y tres (3) grupos de un Enfermero y un Auxiliar de Higiene oral por contrato”<sup>299</sup>. Así mismo, la Secretaría Departamental de Vaupés indicó que durante la vigencia 2015 las comisiones extramurales fueron conformadas “por el equipo multidisciplinario de Médico, Odontólogo y Enfermero”<sup>300</sup>. En cambio, durante la vigencia

2016, “las comisiones extramurales en algunas zonas, sólo hubo prestación de servicio por Higienista Oral”<sup>301</sup>.

En la inspección judicial realizada el 13 de febrero de 2017, el Gerente del Hospital llamó la atención sobre la ausencia de recursos para garantizar la presencia de las brigadas extramurales, de lo cual se sigue que aquellas no tienen la presencia regular que requieren las comunidades. En el mismo sentido, los declarantes de esa diligencia reportaron que las brigadas extramurales no los visitaban con frecuencia y que en ocasiones no contaban con los medicamentos requeridos. Así, tanto los testimonios de capitanes allegados por la Defensoría del Pueblo como las comunicaciones hechas por miembros de las comunidades señalan la falta de cobertura de las brigadas en salud, mecanismo que en varias zonas del departamento de Vaupés constituye el medio exclusivo de acceso a servicios de salud.

En concordancia, Julio Hernández, capitán de la comunidad de Bocas del Taraira señaló que su comunidad no ha recibido la visita de una brigada de salud “en mucho tiempo”<sup>302</sup>. La comunidad de Bocas del Yi reportó que desde 2010 no llega a su territorio una brigada de salud<sup>303</sup>. Las comunidades de Puerto Valencia y El Palmar<sup>304</sup> también indicaron la misma falencia. Pese a las aseveraciones de la comunidad, la E.S.E. Hospital San Antonio de Mitú aportó soportes de los recorridos adelantados por las comisiones extramurales realizadas en 2015 y 2016<sup>305</sup>.

A la ausencia de brigadas de salud en zonas específicas del departamento se suma que en ocasiones éstas no cuentan con acompañamiento médico. Es el caso de los grupos extramurales realizados en el segundo semestre del 2016, en los que la E.S.E. Hospital San Antonio de Mitú manifestó que la falta de acompañamiento médico se debió al “déficit de profesionales médicos para prestar sus servicios en este departamento”<sup>306</sup>.

124. En síntesis, la Sala encuentra que ante la ausencia de puestos de salud que efectivamente funcionen en las comunidades indígenas, el Hospital San Antonio de Mitú y las brigadas extramurales que éste realiza son las únicas prestadoras del servicio en el departamento y tienen defectos de accesibilidad porque el transporte hacia la capital del departamento implica un recorrido de días e incluso semanas para algunas comunidades y la presencia de médicos y profesionales de la salud en los territorios selváticos dispersos no ocurre con regularidad.

## b. Remisiones, costos y trámites administrativos

125. Los casos revisados y los relatos y declaraciones allegadas a este trámite evidencian un problema estructural en las remisiones y autorizaciones de traslado tanto en casos de acceso a diagnósticos y tratamientos en citas de rutina como en casos de urgencia. Así, la Sala encuentra que es recurrente que la solicitud de citas para seguimiento a operaciones, para acceder a tratamientos con especialistas o para cuidado prenatal siga un largo camino administrativo que representa una barrera de acceso. Lo mismo sucede en casos de urgencias, en donde los enfermos deben esperar la autorización de traslados en avionetas (en las comunidades con pista de aterrizaje) que pueden llegar a ser tardías cuando efectivamente suceden, o en caso de que no suceda las propias comunidades deben intentar por sus medios personales sortear alguna forma de llegar a un Centro de Salud. En estos eventos, se conocieron varios casos de niños menores de un año que murieron antes de poder acceder a tratamiento.

Los relatos que allegó la Defensoría del Pueblo de los capitanes de comunidades también dan cuenta del desempeño de la red de servicios de salud en varias comunidades de Vaupés. Al respecto, manifiestan que se presentan retrasos en las autorizaciones de servicios y procedimientos a cargo de las E.P.S.307. En las demoras de estas autorizaciones destacan la lentitud para realizar las remisiones cuando se requieren servicios de una complejidad más alta y el reintegro de las sumas en las que incurren los miembros de las comunidades para acceder a los servicios308. Los capitanes también señalaron que, en el trámite para la autorización de las remisiones, los pacientes mueren309 .

Las dificultades en la calidad del servicio se relacionan también con el cierre de puestos de salud o la falta de personal médico en los centros. Así lo muestran comunicaciones anexadas a la acción de tutela de las comunidades de Bocas del Yi310, Virabazú311 y Buenos Aires312; y oficios de la Secretaría de Desarrollo Social de Carurú dirigidos a la Nueva E.P.S. en el que solicitan información por la ausencia de médicos en el centro de salud del municipio para atender urgencias313.

## c. Los costos de transporte que deben sufragar las personas que viven en regiones apartadas constituye un obstáculo para la efectiva garantía del derecho a la salud

126. De los relatos escuchados en la inspección judicial que hizo la Sala, así como de los

documentos aportados por la Defensoría del Pueblo sobre las principales quejas y reclamos que recibe con respecto a la prestación del servicio de salud en el departamento, se vislumbra que las personas de comunidades indígenas que logran llegar a Mitú para recibir atención médica encuentran un obstáculo para regresar a su comunidad porque no cuentan con la gasolina que requiere el motor para devolverse, ni el dinero para comprarla.

Sobre este punto son relevantes las anotaciones que han hecho los miembros de la Clínica de Salud y Medio Ambiente de la Universidad de los Andes, quienes recalcaron los determinantes ambientales de la salud y resaltaron el alto costo de la gasolina y las implicaciones negativas que ello tenía para la efectiva prestación de la salud en las condiciones de pobreza extrema que vive la mayoría de los habitantes indígenas del departamento.

127. Lo mismo sucede con los costos de alimentación y estadía en los casos en que se necesita un acompañante para la atención en salud, ya sea por tratarse de una persona dependiente, porque el tratamiento que se le realizará lo requiere o porque es imprescindible que un traductor esté presente. Del material probatorio se conoció que en diferentes casos no se ha cubierto la alimentación de acompañantes o que el trato en los albergues no tiene en cuenta un enfoque diferencial respecto de las personas que pertenecen a comunidades indígenas. También fue evidente que existen barreras de lenguaje en el acceso a la atención en salud que implican la necesidad de acompañantes traductores.

De acuerdo con la jurisprudencia constitucional, la autorización del pago del transporte del acompañante resulta procedente cuando:

- (i) El paciente sea totalmente dependiente de un tercero para su desplazamiento;
- (ii) Requiera atención permanente para garantizar su integridad física y el ejercicio adecuado de sus labores cotidianas; y,
- (iii) Ni él ni su núcleo familiar cuenten con los recursos suficientes para financiar el traslado<sup>315</sup>.

Aunque en algunos casos la jurisprudencia ha requerido “que exista un concepto médico en el cual se indique que el paciente requiere de un tercero para hacer posible su

desplazamiento, con el fin de garantizar su integridad física o la atención de sus necesidades más apremiantes”<sup>316</sup>, en otras ocasiones ha considerado que es evidente la necesidad del tercero acompañante y ha ordenado el tratamiento en casos de menores de edad, de personas en situación de discapacidad y de la tercera edad<sup>317</sup>.

Cabe anotar que, en relación con la dependencia total de un tercero para el desplazamiento del paciente, la Corte ha dispuesto que las E.P.S. “suministren el traslado con acompañante a aquellas personas que si bien conservan una capacidad residual de independencia y no requieren supervisión permanente, son pacientes con dificultades en su desplazamiento por la edad o por hallarse en circunstancias de debilidad manifiesta como consecuencia de las secuelas generadas por los tratamientos recibidos o de la situación de discapacidad que afrontan”<sup>318</sup>.

De otra parte, la viabilidad de ordenar los costos de traslado y alojamiento, siempre es procedente en línea con las reglas anteriormente señaladas y previstas para el desplazamiento de los pacientes y sus acompañantes<sup>319</sup>. Así, incluso ha señalado que “las mismas reglas [del transporte] deberán aplicarse al alojamiento debido a que su necesidad se configura en las mismas condiciones que el traslado”<sup>320</sup>.

En todo caso, la jurisprudencia constitucional ha determinado que las E.P.S deben cubrir los gastos de alojamiento del paciente y su acompañante en los casos en que se carezca de capacidad económica suficiente para asumirlos<sup>321</sup>.

Por lo anterior, cabe recordar que el deber de asumir los gastos de transporte corresponde a la E.P.S. de acuerdo con las normas pertinentes<sup>322</sup>. En tal sentido, por regla general salvo dichos supuestos contenidos en la normativa reglamentaria, “los costos que se causan como consecuencia de los desplazamientos deben ser asumidos directamente por el paciente o por su núcleo familiar. Sin embargo, esta Corte ha sostenido que cuando se presentan obstáculos originados en la movilización del usuario al lugar de la prestación del servicio que requiere, dichas barreras deben ser eliminadas siempre que el afectado o su familia no cuenten con los recursos económicos para sufragar el mencionado gasto, con el fin de que la persona pueda acceder de forma efectiva y real al servicio”<sup>323</sup>.

Ahora bien, en relación con el alojamiento específicamente, la sentencia T-743 de 2014<sup>324</sup> analizó por separado el deber de asumir los gastos de alojamiento y transporte en los

siguientes términos:

“Por otro lado, frente a la solicitud de alojamiento y manutención para la menor y su acompañante, esta resulta evidentemente necesaria para cubrir dichas contingencias que inevitablemente sobrevienen como consecuencia de su asentamiento en otra ciudad. Imponerle ese costo a la demandante, quien acude al recurso de amparo ante su notoria imposibilidad financiera para sufragarlo, se torna desproporcionado y, en su caso, se constituye en una fuerte barrera que obstaculiza el efectivo y pronto acceso al servicio de salud de su hija, quien es sujeto de especial protección constitucional de manera acentuada por la doble connotación de vulnerabilidad a la que está expuesta, pues, de un lado, es una niña y, por el otro, afronta una enfermedad catalogada como catastrófica”.

Cabe indicar que otro parámetro para ordenar el pago de las expensas derivadas del hospedaje es la duración de la atención médica. De este modo, la jurisprudencia ha señalado que “si la atención médica en el lugar de remisión exigiere más de un día de duración se cubrirán los gastos de alojamiento”<sup>325</sup>.

Finalmente, el cubrimiento de los gastos de un acompañante en el traslado para la atención también se hace necesario cuando el paciente no habla español y en el centro en donde lo van a atender no pueden garantizarle el apoyo de un traductor. En esos casos independientemente del tiempo de la atención, la dimensión de adaptabilidad del derecho a la salud exige que se garantice que la persona pueda entender y hacerse entender en el contexto del acceso al servicio.

#### d. Atención de niños (vacunación) y atención a mujeres embarazadas (urgencias)

128. Otro aspecto que merece especial atención es la atención básica preventiva para niños y mujeres embarazadas, así como en los casos de urgencias en partos por complicaciones. La vacunación de niños, así como la debida garantía de los determinantes de salud como el acceso a saneamiento básico, agua y adecuada nutrición son esenciales para la protección y garantía del derecho a la salud de los niños. De otra parte, la atención prenatal para mujeres embarazadas también es esencial para disfrutar de una maternidad segura y evitar la mortalidad materna.

El Ministerio de Salud y Protección Social indicó que en el Vaupés “la tasa de mortalidad

neonatal fue 1,25 veces más alta que la nacional (7,24), presentándose 16,32 muertes en niños menores de 28 días por cada 1.000 nacimientos, y con una tendencia clara al aumento”<sup>326</sup>. El Ministerio agregó que “la tasa de mortalidad infantil fue 1,47 veces mayor que la nacional (11,30), pasando de 14,31 en el 2005 a 27,97 en el 2014. Como resultado, la tasa de mortalidad en la niñez fue 1,72 veces más alta que el indicador nacional (13,67), y con una tendencia igualmente al aumento, pasando de 17,89 en el 2005 a 37,30 en el 2014”<sup>327</sup>. Por su parte, la Secretaría de Salud de Mitú manifestó que “la infección respiratoria aguda (IRA) y la enfermedad diarreica son primeras causas de morbilidad-mortalidad de los niños menores de cinco años”<sup>328</sup>.

Los documentos anexos a las intervenciones de la Secretaría de Salud también dan cuenta de casos concretos de deficiencias en los controles prenatales y en la atención para niños. Tales oficios de la Secretaría de Salud de Mitú dirigidos a Mallamas E.P.S. y a Nueva E.P.S. informan sobre dos gestantes de la comunidad de Wacara que no tuvieron acceso a control prenatal<sup>329</sup>, la necesidad de atención urgente de una niña de la comunidad de Pueblo Nuevo<sup>330</sup>, y la atención especializada que requiere un niño habitante de Carurú por parte de la Nueva E.P.S.<sup>331</sup>. En ocasiones las solicitudes de atención obedecen a remisiones ordenadas hace casi un año<sup>332</sup>. De otra parte, durante la inspección a San Miguel se conocieron varios casos de niños sin vacunación o con vacunación incompleta. También se conoció que la diarrea y el vómito también son causas recurrentes de muerte para niños menores de un año de edad. En el mismo sentido, se verificó que toda la ruta de atención a las mujeres embarazadas presenta deficiencias. En algunos casos, no existen controles prenatales para mujeres en las comunidades, el acceso a atención en ginecología en casos de urgencia como la preclamsia o partos por cesárea no es oportuno. No obstante, durante la inspección al Hospital de Mitú, se verificó la presencia de una ginecóloga que expresó estar vinculada a la red de forma permanente.

#### e. Salud mental

129. Otro aspecto de mayor relevancia es el acceso a atención en salud mental. El accionante en su escrito de tutela hizo referencia a un informe de la Defensoría del Pueblo de septiembre de 2014 en el que se hace mención de “los problemas que se han venido presentando en esta población relacionados con Salud Mental por ejemplo en suicidio”<sup>333</sup>. Al respecto, la Secretaría de Salud de Vaupés identificó en el informe “Cómo vamos en Salud?”

de junio de 2015 que en ese mes se habían presentado 7 casos de suicidio y “una incidencia departamental de 16 casos por cada 100.000 habitantes”<sup>334</sup>. En el documento anexo a la tutela se presentó un informe de la Defensoría del Pueblo donde mencionan que “durante los años 2008 a 2014 se suicidaron 42 menores de edad: de 6 a 11 años 2; de 12 a 18 años 40”<sup>335</sup>. Por su parte, la Clínica Jurídica de Medio Ambiente y Salud Pública – MASP de la Facultad de Derecho de la Universidad de los Andes señaló que para 2012, la cifra de suicidios en el departamento de Vaupés era de 17,6 personas por cada 100.000 habitantes, cifra que es la más alta del país<sup>336</sup>.

Durante la inspección judicial, se conocieron diferentes casos de jóvenes que se suicidaron y se llamó la atención a la falta de tratamiento preventivo y de profesionales disponibles para este tipo de atención. Igualmente, el alto índice de amputaciones en la zona por accidentes ofídicos tiene un impacto determinante en la salud mental de esas personas respecto a lo cual no se evidenciaron acciones efectivas.

Otro aspecto por el cual se debe llamar la atención es la depresión como consecuencia de la exposición al mercurio. El Estudio de Evaluación de la Exposición Ambiental y Ocupacional al Mercurio en los Departamentos de Chocó, Nariño y Vaupés de 2016 realizado por el Ministerio de Salud y Protección Social<sup>337</sup> reveló que una de las consecuencias de la exposición a este mineral es la depresión, al igual que 170 casos de intoxicación específicamente en el municipio de Taraira. Así, es imperativo que también se aborde esta problemática desde la prevención que puede tener incidencia en las afectaciones a la salud mental que se evidencian en el territorio.

Es claro que existen necesidades de atención en salud mental evidentes en la región que hacen que este aspecto merezca el mayor cuidado. No se trata de casos aislados, sino de situaciones recurrentes que llevan a que esta población se encuentre ante un riesgo cierto de un problema de salud pública por suicidios en población joven.

En suma, la Sala verifica que existen serios problemas de accesibilidad al servicio de salud que incluyen la insuficiencia de las brigadas extramurales para llegar a toda la población con los profesionales que se requieren para prestar atención oportuna y adecuada y en la periodicidad que se necesita, deficiencias en el sistema de remisión, autorizaciones y trámites administrativos, la asunción de costos que la población no tiene como enfrentar

para acceder al servicio, en la atención básica de niños, mujeres embarazadas, urgencias y salud mental así como en políticas efectivas de prevención y atención en salud.

130. La dimensión de aceptabilidad se refiere a que los establecimientos, bienes y servicios en materia de salud deben respetar la cultura de las personas y de las comunidades y, como señaló la sentencia T-760 de 2008338, deben ser “sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida”.

131. Como se advirtió la faceta de aceptabilidad de salud tiene dos dimensiones. Una que se refiere a la creación de un sistema propio que incluya la medicina tradicional y la administración y gestión de las comunidades indígenas del SISPI y, otra, que implica el respeto de las costumbres y creencias en la prestación del servicio existente.

132. La segunda dimensión se debe abordar de manera transversal en la atención de la población en el Vaupés. Sobre este aspecto, la Sala no pierde de vista que el contexto del departamento está marcado esencialmente por la dinámica de los pueblos indígenas que allí habitan. Como atinadamente resaltó el representante de la OPIAC, el enfoque diferencial ordena un trato especial a quienes no hacen parte de la cultura mayoritaria. No obstante, no se puede suponer que toda la población indígena es homogénea, ya que en la región están radicadas diferentes etnias.

Lo anterior no se trata de retórica, pues la cultura indígena tiene implicaciones específicas en los tratamientos de salud. Muchos pueblos acuden primero a sus médicos tradicionales y después acuden a la medicina occidental. Incluso cuando concurren al Hospital San Antonio de Mitú requieren un trato acorde con sus características culturales. En esa medida en la inspección judicial fueron frecuentes los cuestionamientos sobre por qué no permitir que en el Hospital San Antonio de Mitú las mujeres tengan los partos de rodillas o de cuclillas, como lo acostumbran en sus comunidades.

133. Al respecto, la Sala estima que en el contexto del departamento de Vaupés es especialmente relevante que las autoridades médicas establezcan un diálogo con las autoridades indígenas, que como bien los señaló el representante de SINERGIAS, son autoridades en su territorio. Ello con el objetivo de crear un plan de atención en salud intercultural que tenga en cuenta las perspectivas y especificidad de los pueblos indígenas que habitan en el departamento e incluso enriquezca las dos perspectivas de medicina, en la

medida que sea posible y las autoridades quieran relatar la forma de tratar a sus pacientes.

Lo cierto es que la aproximación de los profesionales de la salud debe agotar un proceso de capacitación sobre la cultura indígena para prestar un servicio que sea realmente adecuado a los pacientes que son mayoría en el departamento y que son personas de especial protección constitucional. Por lo tanto, es determinante que exista un protocolo de salud intercultural, que se construya en constante diálogo entre el Ministerio de Salud, el departamento, el Hospital y las comunidades indígenas, en el cual vislumbren las principales necesidades de las personas y el conducto para su tratamiento efectivo y eficaz.

Los determinantes sociales de la salud y la prevención de enfermedades

134. Para la Sala no es posible dejar de lado que los determinantes sociales de la salud como el acceso a saneamiento básico, agua y adecuada nutrición son esenciales para la protección y garantía de este derecho y tienen incidencia en los problemas estructurales que impiden su garantía y protección efectiva en el departamento de Vaupés. Si bien se hizo énfasis acerca de la importancia de este aspecto en el marco del elemento de accesibilidad en el caso de los niños y niñas, lo cierto es que esas consideraciones son aplicables para todas las personas, aunque cobran mayor gravedad en esos casos. Como lo ha explicado la Organización Panamericana de la Salud (OPS) “los determinantes de salud son propiedades basadas en el estilo de vida afectadas por amplias fuerzas sociales, económicas y políticas que influyen la calidad de la salud personal”<sup>339</sup>. De la misma forma, la Ley 1751 de 2015 los define en su artículo 9° como “aquellos factores que determinan la aparición de la enfermedad, tales como los sociales, económicos, culturales, nutricionales, ambientales, ocupacionales, habitacionales, de educación y de acceso a los servicios públicos, los cuales serán financiados con recursos diferentes a los destinados al cubrimiento de los servicios y tecnologías de salud”. En este sentido, es claro que estos factores influyen de forma directa los riesgos para ciertas enfermedades.

La Sala advierte que muchas de las noticias que tuvo sobre las muertes de varios niños durante el trámite de esta acción se desencadenaron a raíz de enfermedades diarreicas. En este contexto, es evidente la conexión entre este tipo de enfermedades y dos de los determinantes sociales de la salud: el saneamiento básico y el manejo de alimentos. Específicamente, el saneamiento básico se refiere al manejo sanitario de agua potable, las

aguas residuales los residuos sólidos y el comportamiento higiénico que reduce los riesgos para la salud y previene la contaminación. Al respecto, se constata que en la inspección judicial en las comunidades no se conocieron sistemas adecuados para el manejo de desechos humanos y agua potable y que es indispensable que en el marco de las acciones de prevención de enfermedades se aborden sistemas sostenibles para tal efecto que sean efectivos y acordes con las características del territorio, pero a su vez que cumplan con mínimos de salubridad, para evitar enfermedades de esa naturaleza.

135. En conclusión, el ejercicio del derecho fundamental a la salud de las 255 comunidades indígenas en el Departamento de Vaupés se da en un contexto de vulnerabilidad por motivos geográficos, culturales y socioeconómicos que cobran una dimensión agravada para las mujeres embarazadas y los niños. Estos problemas se manifiestan como causa de una prestación insuficiente o inexistente de servicios básicos oportunos y periódicos tanto en casos de urgencias como en los regulares, principalmente en relación con las dimensiones de disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad del derecho a la salud en el acceso a la prestación del servicio de salud en el territorio.

Esta realidad acentúa la vulnerabilidad de las comunidades rurales indígenas y amenaza su supervivencia. Además, se alerta en relación con la respuesta que el sistema pueda dar en situaciones excepcionales como, por ejemplo, en los casos de epidemias virales.

En este sentido, la Sala considera que para proteger efectivamente el derecho a la salud de las 255 comunidades indígenas que habitan el Departamento de Vaupés es necesario adoptar dos tipos de medidas, unas que atiendan de forma inmediata algunos de los problemas estructurales que amenazan el derecho a la salud de las comunidades indígenas y, otras, que implican intervenciones a más largo plazo. En este contexto, la Sala llama la atención sobre la importancia de fortalecer las capacidades institucionales en el departamento en la garantía del derecho a la salud con un especial énfasis en el enfoque intercultural, diferencial y geográfico. Así, considera que las órdenes que serán proferidas en esta sentencia constituyen unos mínimos como una base para que se ponga en marcha un proceso de fortalecimiento de la capacidad institucional en la prevención y atención de la salud que garantice efectivamente su acceso para las 255 comunidades indígenas en el territorio.

La posibilidad de proferir órdenes estructurales en una sentencia de tutela de la Corte Constitucional

136. El artículo 86 de la Constitución Política dispuso la acción de tutela como un mecanismo judicial para reclamar ante las autoridades judiciales la garantía de sus derechos fundamentales. Estableció que la protección consiste en “una orden para que aquél respecto de quien se solicita la tutela, actúe o se abstenga de hacerlo”. Ahora bien, en desarrollo de dicho mandato, constantemente la jurisprudencia constitucional ha sostenido que el juez de tutela puede proferir las órdenes necesarias para asegurar la efectividad de los derechos, pues “dada la naturaleza de la presente acción, la labor del juez no debe circunscribirse únicamente a las pretensiones que cualquier persona exponga en la respectiva demanda, sino que su labor debe estar encaminada a garantizar la vigencia y la efectividad de los preceptos constitucionales relativos al amparo inmediato y necesario de los derechos fundamentales”<sup>340</sup>. En el mismo sentido, esta Corporación ha señalado que el límite principal del juez de tutela al modificar órdenes (por lo tanto, aplica para la decisiones que se profieren en sede de revisión), consiste en la finalidad buscada<sup>341</sup> y ha adoptado decisiones estructurales cuando conoce de graves violaciones de derechos humanos, sistemáticas o generalizadas y que comprometen conjuntos de acciones y omisiones de diversas autoridades públicas.

137. Por lo anterior, esta Corporación ha enfatizado las facultades ultra y extra petita del juez de tutela cuando se advierte una evidente afectación a derechos fundamentales. El auto 360 de 2006, reiterado en la actualidad<sup>342</sup>, señaló claramente que la razón de tales facultades radicaba en el deber de la Corte de asegurar la primacía de no solo una parte, sino de todo el texto constitucional.<sup>343</sup>

138. Así las cosas, este Tribunal ha utilizado sus facultades constitucionales para proferir órdenes de diferentes grados y magnitudes. Por ejemplo, ha proferido órdenes complejas cuando verifica que para asegurar la protección del derecho fundamental es necesaria la confluencia de varias autoridades. Por ello, exige de una entidad accionada determinada actuación y, a la vez, activa las obligaciones de otra. En estos casos el objetivo del juez no se enfoca en un solo sujeto, sino que, generalmente, se extiende al funcionamiento de una política pública, a la cual se le trazan determinados parámetros para asegurar que sea respetuosa de los derechos y que el Estado cumpla con su deber constitucional de

protegerlos<sup>344</sup>.

Esta Corte ha proferido órdenes estructurales cuando observa problemas igualmente estructurales. En ocasiones, ha declarado la existencia de un estado de cosas inconstitucional ante violaciones sistemáticas de derechos que exigen una acción más detenida y a largo plazo del juez constitucional<sup>345</sup>. En otras situaciones, únicamente ha proferido órdenes relacionadas con el diseño de la política pública cuando estima que, aunque no exista un estado de cosas inconstitucional, son necesarias para asegurar la protección de los derechos tutelados.

139. Finalmente, vale señalar que en virtud de la dimensión objetiva de los derechos fundamentales, la Corte Constitucional se ha pronunciado sobre las situaciones que conoce a través de las acciones de tutela, aunque a partir de ellas se configure un hecho consumado, con el objetivo de tomar medidas que prevengan situaciones vulneradoras de los derechos para otras personas<sup>346</sup>. Como explicó la sentencia T-199 de 2013<sup>347</sup>, en tales circunstancias “no se pretende (...) reparar el daño que como tal sufre el sujeto con ocasión del desconocimiento de sus derechos constitucionales – para efectos de lo cual existen las acciones pertinentes por la vía ordinaria -. Se pretende, más bien, evitar que estas situaciones de violación protuberante de derechos se repitan”.

La necesidad de emitir órdenes estructurales en el caso de la referencia

140. Ante una situación de semejante envergadura que efectivamente amenaza la supervivencia y los derechos a la salud y a la identidad cultural de 255 comunidades indígenas asentadas en la zona, la Sala considera necesario emitir órdenes estructurales para abordar de fondo la problemática en la protección del derecho a la salud. Si bien es cierto que el juez de tutela puede emitir órdenes particulares y adoptar remedios judiciales para los casos concretos, se enfrentaría a, al menos, tres asuntos problemáticos:

Primero, en relación con la efectividad de las órdenes, dado que las afectaciones del derecho a la salud surgen de ciertos obstáculos de la política pública de salud y de su ejecución, es posible que la decisión judicial de un caso particular tenga una dificultad para cumplirse si no existen condiciones para que la misma ocurra realmente. Por ejemplo, la Corte podría ordenar que los accionantes reciban determinados servicios de salud directamente en el Hospital de San Antonio de Mitú, sin embargo, para que ello sea efectivo, sería necesario

asegurar que sea posible que los servicios se presten en el centro médico. En ese sentido, la fuerza de cumplimiento de la orden que emita la Corte para solucionar un caso particular está relacionada con la posibilidad de garantizar ciertas condiciones que exige emitir órdenes de mayor magnitud.

Segundo, en virtud de la función de prevención del juez de tutela, se encuentra que algunas de las afectaciones del derecho a la salud que se constataron a través de los casos de tutela pueden reiterarse, pues los relatos de los agenciados expusieron una carencia de la prestación del servicio de salud de forma integral que tiene un origen en las condiciones de protección del derecho en todo el departamento. Por lo tanto, distan de ser casos aislados, son la representación de la realidad y el futuro de la salud, por la ausencia de centros médicos, de personal capacitado para brindar atención básica, de problemas de comunicación entre el territorio y las comunidades dispersas, entre otros.

Tercero, bajo un criterio de igualdad, la Sala observa que las afectaciones al derecho a la salud en el departamento de Vaupés no son menores. En consecuencia, emitir una decisión que cubija únicamente a quienes expusieron su caso a través de la agencia que desempeñó el Defensor del Pueblo, aun cuando la Corte constató la dificultad para entablar comunicación desde muchas zonas selváticas del departamento hasta Mitú, sería desconocer que las problemáticas evidenciadas en casos puntuales son una realidad presente en todo el territorio. Asimismo, asegurar la protección de casos individuales cuando es palmaria la existencia de casos similares, sería invisibilizar a personas de especial protección constitucional, por ser comunidades indígenas, que están apartadas de los centros urbanos y que deben ser tratadas de forma deferente por el juez constitucional porque tienen mayores dificultades para acceder a él y presentarle peticiones por la región apartada y de difícil acceso en la que viven.

141. Por todo lo anterior, es imperativo que el juez de tutela proceda a emitir órdenes estructurales que aborden las dificultades que afronta el departamento de Vaupés en relación con la garantía y protección de las dimensiones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad como obligaciones del Estado en la prestación del servicio para garantizar el derecho a la salud.

Órdenes a impartir

142. En concordancia con lo precedente, la Sala adoptara las siguientes decisiones:

En primer lugar, la Sala ampararán los derechos a la salud y a la identidad cultural de Edgar Araujo, el señor Marín, el hijo de María Esperanza Socha, Aracerly Bolívar, Cristina Saavedra, Luz Rojas (hija de Ximena Giraldo) Patricia Méndez, María Judith León, Rosa Giraldo, Hamilton Hernández (hijo de Hortensia Araujo), Rosmira Ramírez y ordenará a la Gobernación de Vaupés que en el término de quince (15) días hábiles, contados a partir de la notificación de esta providencia y a través de la entidad pertinente gestione la visita de una brigada comisión extramural a la comunidad de San Miguel, Pacoa que cuente con profesionales médicos que incluyan al menos un ginecólogo, un profesional en salud mental y un pediatra para que realicen la valoración médica especializada de estas personas. Así mismo, para que lleven a cabo una jornada de vacunación y planeen y ejecuten las necesarias para que todos los niños de la comunidad completen su esquema básico de vacunación.

Segundo, para el caso específico de Edgar Araujo la Gobernación de Vaupés deberá garantizar que en el término de quince (15) días hábiles, contados a partir de la notificación de esta providencia y a través de la entidad pertinente se realicen las diligencias tendientes a obtener la valoración de la atención en rehabilitación y salud mental y que de encontrar que requiere uno o varios tratamientos, éstos deberán ser provistos de manera oportuna, con un enfoque diferencial y con los ajustes razonables que sean necesarios para enfrentar su situación de discapacidad física. Igualmente, si para estas valoraciones debe trasladarse a Mitú o a cualquier otra ciudad se deberá asegurar que cuente con un acompañante a quien se le deberán cubrir los costos de traslado, alojamiento y alimentación. Durante toda la atención se deberá garantizar un enfoque diferencial que tenga en cuenta que el joven no habla español, pero además debe ser culturalmente apropiada en atención a su condición étnica. En todo caso, su atención no podrá exceder los treinta (30) días hábiles.

Tercero, se tutelaré el derecho a la salud de Edgar Uribe Sierra y ordenará a la la Nueva E.P.S. que dentro de los siete (7) días hábiles siguientes a la notificación de esta providencia realice una valoración médica al señor Sierra para que determine el tratamiento de salud mental que requiere y de no existir un profesional que pueda atenderlo en Mitú, que adelante los trámites pertinentes para que lo remitan a un profesional que pueda atenderlo. La atención no podrá demorar más de quince (15) días hábiles, contados a partir de la notificación de esta sentencia.

Cuarto, se tutelaré el derecho a la salud de Miguel Ángel García y ordenaré a la Nueva E.P.S. que dentro del término de quince (15) días hábiles siguientes a la notificación de esta providencia realice los trámites pertinentes para que el señor García sea remitido a la ciudad donde pueda llevarse a cabo el cambio de la prótesis que requiere.

Quinto, se tutelaré el derecho a la salud de Emilio Chagres y se ordenará a la Nueva E.P.S. que dentro de los siete (7) días hábiles siguientes a la notificación de esta providencia realice una valoración médica de su condición en las rodillas y, de requerirse, lo remita al especialista para que sea atendido. La atención no podrá demorar más de quince (15) días hábiles, contados a partir de la notificación de esta sentencia.

Sexto, se tutelaré el derecho a la salud de Ana Xilena Viáfara y se ordenará a Cafesalud que dentro de los 3 días hábiles siguientes a la notificación de esta providencia: (i) le informe cuál es el lugar donde le van a prestar los servicios de salud para su embarazo, si no lo ha hecho aún; (ii) garantice la atención inmediata o asuma los costos de la atención que ella requiera en el lugar donde vive si no tiene un convenio vigente, de forma tal que además se garantice su atención ante una urgencia; y (iii) realice un convenio con la entidad de su preferencia para atender a la agenciada, si no lo ha hecho aún.

Séptimo, para garantizar la accesibilidad en la prestación del servicio de salud en los casos de urgencias como los accidentes ofídicos o las enfermedades de niños o mujeres en estado de embarazo, es esencial garantizar el traslado oportuno desde las comunidades hasta el Hospital de Mitú, por esa razón se ordenará a la Gobernación de Vaupés, a la Nueva E.P.S., a Cafesalud E.P.S. y a Mallamas E.P.S. que dentro de los siguientes quince (15) días hábiles contados a partir de la notificación de esta providencia, creen e implementen un procedimiento específico en el cual: (i) identifiquen a todas las comunidades en donde tienen asegurados que se transporten mediante vías fluviales; (ii) garanticen la provisión o acceso a gasolina de forma permanente para que ante un evento de urgencias sea posible transportarse a Mitú de forma oportuna; y (iii) establezcan un mecanismo expedito para autorizar y garantizar el traslado de personas en urgencias mediante avioneta cuando eso es posible.

Octavo, para garantizar la disponibilidad y la accesibilidad en la prestación del servicio de salud se ordenará a la Gobernación de Vaupés, a la Nueva E.P.S., a Cafesalud E.P.S. y a

Mallamas E.P.S. que en el término de un (1) mes a partir de la notificación de esta providencia se aseguren de que todos los puestos de salud en el departamento estén aprovisionados de los medicamentos básicos.

Noveno, para garantizar la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad se ordenará al Ministerio de Salud y Protección Social que en conjunto con la Gobernación de Vaupés y los municipios de Mitú, Carurú, y Taraira en el término de dos (2) meses a partir de la notificación de esta providencia elaboren una política específica para abordar los problemas de salud mental tanto en prevención como en la provisión de atención oportuna en el departamento que tenga un enfoque diferencial y sea aceptable culturalmente. Esta política deberá comenzar a ser implementada en el término de seis (6) meses a partir de la notificación de esta providencia.

Décimo, para garantizar la aceptabilidad en la prestación del servicio de salud se ordenará a la Gobernación de Vaupés, a la Nueva E.P.S., a Cafesalud E.P.S. y a Mallamas E.P.S. que en el término de tres (3) meses a partir de la notificación de esta providencia, en conjunto con representantes de las comunidades indígenas del Departamento de Vaupés, elaboren un protocolo para el trato digno e intercultural para que sea implementado en los albergues con los que tengan contratos para acomodar a las personas que se trasladan para recibir atención en salud.

Onceavo, para garantizar la disponibilidad y accesibilidad al servicio de salud se ordenará a la Gobernación de Vaupés que, en el término de seis (6) meses contados a partir de la notificación de esta providencia, adelante las acciones necesarias para establecer la situación actual del funcionamiento de los radios de comunicaciones en cada punto de atención en salud en el departamento de Vaupés, que comprende la red viabilizada por el Ministerio de Salud y Protección Social. Una vez constate el funcionamiento de los radios de comunicación en cada uno de dichos puntos en el departamento, deberá dotar con un equipo de radio comunicaciones a cada uno de los puntos de atención para las interconsultas con la E.S.E Hospital San Antonio de Mitú.

Doceavo, para garantizar la disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad de la prestación del servicio de salud se ordenará al Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con la Gobernación de Vaupés y las alcaldías de Mitú, Carurú y Taraira que, en el término de (1)

un año contado a partir de la notificación de esta providencia, adelanten e implementen un proceso de concertación con las comunidades para el diseño de un modelo de cuidado y prestación de la salud con carácter intercultural y enfoque diferencial en el Departamento de Vaupés, que incluya la prestación de los servicios de promoción de la salud y bienestar, prevención y atención de la enfermedad y que se dirija a fortalecer el modelo de aseguramiento de dicho departamento, debido a su condición de territorio con población dispersa.

Treceavo, para garantizar el acceso a la salud en el marco de la prevención se ordenará a la Gobernación de Vaupés que dentro de las políticas de prevención de la salud realice campañas de salud pública acerca del manejo de alimentos y cuidado de la salud de adultos y niños en las comunidades indígenas de todo el departamento. Esa estrategia deberá realizarse dentro del término de seis (6) meses contados a partir de la notificación de esta providencia. En ese mismo tiempo deberá hacer un diagnóstico del manejo de desechos humanos en las comunidades en el territorio para que en el término de un (1) año contado a partir de la notificación de esta providencia se haya concluido la construcción de pozos sépticos en las comunidades que no tengan un manejo adecuado de los mismos.

Catorceavo, para garantizar la accesibilidad y calidad de la prestación del servicio de salud se ordenará a la Gobernación de Vaupés, a la Nueva E.P.S., a Cafesalud E.P.S. y a Mallamas E.P.S. que en los casos en que se requiere traslado del paciente dependiente por su condición garanticen el transporte, estadía y la alimentación de un acompañante en los términos del fundamento jurídico 127 de esta providencia.

Quinceavo, para garantizar la disponibilidad, accesibilidad y calidad en la prestación del servicio de salud se ordenará a la Superintendencia Nacional de Salud que en el marco de sus competencias investigue si la Nueva E.P.S., Cafesalud E.P.S. y Mallamas E.P.S: (i) han garantizado el cubrimiento de costos de traslado y alimentación de acompañantes de personas que han requerido atención por fuera del departamento de Mitú en los últimos dos años; y (ii) si han cumplido con las obligaciones de garantía de acceso a medicamentos básicos en los puestos de salud de las comunidades indígenas en el Departamento de Vaupés en los últimos dos (2) años. Igualmente, que en el ejercicio de sus competencias se desplace al territorio con el objetivo de realizar las acciones de inspección necesarias para asegurar la prestación del servicio de salud en el departamento de Vaupés y que rinda

informes de sus actuaciones ante el juez de primera instancia en el trámite de la acción de tutela cada tres (3) meses.

Dieciseisavo, para garantizar el cumplimiento de esta decisión se ordenará a la Procuraduría General de la Nación que, en el ejercicio de sus funciones, verifique el cumplimiento de las órdenes impartidas y cada tres (3) meses envíe informes de dicho cumplimiento al juez de primera instancia en el trámite de la acción de tutela.

Diecisieteavo, se instará a la Superintendencia Nacional de Salud y a los órganos de control del sistema - Procuraduría General de la Nación, Contraloría General de la República y Fiscalía General de la Nación para que inicien las actuaciones correspondientes en relación con las posibles faltas administrativas, disciplinarias fiscales y/o penales que han desencadenado las fallas estructurales en la prestación del servicio de salud en el departamento de Vaupés.

Finalmente, se exhortará al Ministerio de Salud para que presente un proyecto de ley ante el Congreso que presente alternativas de modificación a la Ley 100 de 1993 que diseñen y ejecuten distintos modelos de prestación del servicio de salud en territorios con las características de Vaupés, es decir, con población indígena dispersa, que sean sostenibles financiera y étnicamente.

Conforme a lo expuesto, la Sala Quinta de Revisión de la Corte Constitucional, administrando justicia en nombre del pueblo, y por mandato de la Constitución Política,

#### RESUELVE

Primero. REVOCAR la sentencia proferida por la Sala de Casación Laboral de la Corte Suprema de Justicia el 29 de junio de 2016, que confirmó la decisión adoptada por el Tribunal Superior del Distrito Judicial de Villavicencio Sala Civil, Familia, Laboral el 29 de abril de 2016, a través de la cual se declaró improcedente la acción de tutela promovida por el señor Carlos Javier Bojacá.

Segundo. TUTELAR los derechos a la salud y a la identidad cultural de Edgar Araujo, del señor Marín, del hijo de María Esperanza Socha, de Aracely Bolívar, Cristina Saavedra, de Luz Rojas (hija de Ximena Giraldo), Patricia Méndez, María Judith León, Rosa Giraldo, Hamilton

Hernández (hijo de Hortensia Araujo) y Rosmira Ramírez.

Tercero. ORDENAR a la Gobernación de Vaupés que, en el término de quince (15) días hábiles contados a partir de la notificación de esta providencia, en coordinación con el Hospital San Antonio de Mitú E.S.E., gestione la visita de una comisión extramural a la comunidad de San Miguel, Pacoa, que cuente con profesionales médicos que incluyan, al menos, un ginecólogo, un profesional de salud mental y un pediatra para que realicen las valoraciones médicas especializadas de las personas identificadas en el numeral segundo de la parte resolutive de esta providencia así como de toda la población de San Miguel, especialmente de las mujeres embarazadas y los niños. Así mismo, para que lleven a cabo una jornada de vacunación y planeen y ejecuten las necesarias para que todos los niños de la comunidad completen su esquema básico de vacunación.

Cuarto. Para el caso específico de Edgar Araujo ORDENAR a la Gobernación de Vaupés que en el término de quince (15) días hábiles, contados a partir de la notificación de esta providencia y a través de la entidad pertinente se realicen las diligencias tendientes a obtener la valoración de la atención en rehabilitación y salud mental y que de encontrar que requiere uno o varios tratamientos, éstos deberán ser provistos de manera oportuna, con un enfoque diferencial y con los ajustes razonables que sean necesarios para enfrentar su situación de discapacidad física. Igualmente, si para estas valoraciones debe trasladarse a Mitú o a cualquier otra ciudad se deberá asegurar que cuente con un acompañante a quien se le deberán cubrir los costos de traslado, alojamiento y alimentación. Durante toda la atención se deberá garantizar un enfoque diferencial que tenga en cuenta que el joven no habla español, pero además debe ser culturalmente apropiada en atención a su condición étnica. En todo caso, su atención no podrá exceder los treinta (30) días hábiles.

Sexto. TUTELAR el derecho a la salud de Miguel Ángel García y ORDENAR a Nueva E.P.S. que, en el término de quince (15) días hábiles contados a partir de la notificación de esta providencia, realice los trámites pertinentes para que el señor García sea remitido a la ciudad donde puede llevarse a cabo el cambio de la prótesis que requiere. La remisión a la ciudad debe hacerse en un término máximo de treinta (30) días hábiles y la E.P.S. debe asumir los costos de transporte y alimentación para un acompañante.

Séptimo. TUTELAR el derecho a la salud de Emilio Chagres y ORDENAR a la Nueva E.P.S. que,

en el término de siete (7) días contados a partir de la notificación de esta providencia, realice una valoración de su condición en las rodillas y, de requerirse, sea remitido a un especialista para que reciba atención médica.

Octavo. TUTELAR el derecho a la salud de Ana Xilena Viáfara y ORDENAR a Cafesalud E.P.S. que, en el término de tres (3) días contados a partir de la notificación de esta sentencia: (i) le informe a la señora Viáfara cuál es el lugar donde le van a prestar los servicios de salud para su embarazo, si no lo ha hecho aún; (ii) garantice la atención inmediata o asuma los costos de la atención que ella requiera en el lugar donde vive si no tiene un convenio vigente de forma tal que además se garantice su atención ante una urgencia; y (iii) realice un convenio con la entidad de su preferencia para atender a la agenciada, si no lo ha hecho aún.

Noveno. ORDENAR a la Gobernación de Vaupés, a la Nueva E.P.S., a Cafesalud E.P.S. y a Mallamas E.P.S. que dentro de los siguientes quince (15) días hábiles contados a partir de la notificación de esta providencia creen e implementen un procedimiento específico en el cual: (i) identifiquen a todas las comunidades en donde tienen población asegurada y vinculada que se transporte mediante vías fluviales; (ii) garanticen la provisión o acceso a gasolina de forma permanente para que ante un evento de urgencias sea posible transportarse a Mitú de forma oportuna; (iii) establezcan un mecanismo expedito para autorizar y garantizar el traslado de personas en urgencias mediante avioneta cuando eso sea posible.

Décimo.- ORDENAR a la Gobernación de Vaupés, a la Nueva E.P.S., a Cafesalud E.P.S. y a Mallamas E.P.S. que, en el término de un (1) mes contado a partir de la notificación de esta providencia, se aseguren que todos los puestos de salud en el departamento estén aprovisionados de los medicamentos básicos.

Onceavo.- ORDENAR al Ministerio de Salud y Protección Social que en conjunto con la Gobernación de Vaupés y los municipios de Mitú, Carurú, y Taraira en el término de dos (2) meses contados a partir de la notificación de esta providencia elaboren una política específica para abordar los problemas de salud mental tanto en prevención como en la provisión de atención oportuna en el departamento que tenga una enfoque diferencial y sea aceptable culturalmente. Esta política deberá comenzar a ser implementada en el término de seis (6) meses a partir de la notificación de esta providencia.

Duodécimo. ORDENAR a la Gobernación de Vaupés, a la Nueva E.P.S., a Cafesalud E.P.S. y a

Mallamas E.P.S. que en el término de tres (3) meses contados a partir de la notificación de esta providencia, en conjunto con representantes de las comunidades indígenas del departamento de Vaupés, elaboren un protocolo para el trato digno e intercultural para que sea implementado en los albergues con los que tengan contratos para acomodar a las personas que se trasladan para recibir atención.

Treceavo. ORDENAR a la Gobernación de Vaupés que, en el término de seis (6) meses contados a partir de la notificación de esta providencia, adelante las acciones necesarias para establecer la situación actual del funcionamiento de los radios de comunicaciones en cada punto de atención en salud en el departamento de Vaupés, que comprende la red viabilizada por el Ministerio de Salud y Protección Social. Una vez constate el funcionamiento de las radios de comunicación en cada uno de dichos puntos en el departamento, deberá dotar con un equipo de radio comunicaciones a cada uno de los puntos de atención para las interconsultas con la E.S.E Hospital San Antonio o con la entidad pertinente.

Catorceavo. TUTELAR los derechos a la salud y a la identidad cultural de las 255 comunidades asentadas en el Departamento de Vaupés y de conformidad ORDENAR al Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con la Gobernación de Vaupés y las alcaldías municipales de Mitú, Carurú y Taraira que, en el término de (1) un año contado a partir de la notificación de esta providencia, adelanten e implementen un proceso de concertación con las comunidades para el diseño de un modelo de cuidado de la salud con carácter intercultural en el departamento de Vaupés, que incluya la prestación de los servicios de promoción de la salud y bienestar, prevención y atención de la enfermedad y que se dirija a fortalecer el modelo de aseguramiento de dicho departamento, debido a su condición de territorio con población dispersa.

En el diseño del modelo de cuidado de la salud en el departamento de Vaupés, deberá considerarse la adopción de una UPC diferencial por territorios o zonas del departamento.

Quinceavo. ORDENAR a la Gobernación de Vaupés que dentro de las políticas de prevención de la salud realice campañas de salud pública acerca del manejo de alimentos y cuidado de la salud de adultos y niños en las comunidades indígenas de todo el departamento. Esa estrategia deberá realizarse dentro del término de seis (6) meses contados a partir de la notificación de esta providencia. En ese mismo tiempo deberá hacer un diagnóstico del

manejo de desechos humanos en las comunidades en el territorio para que en el término de un (1) año contado a partir de la notificación de esta providencia se haya concluido la construcción de pozos sépticos en las comunidades que no tengan un manejo adecuado de los mismos.

Dieciseisavo. ORDENAR a la Gobernación de Vaupés, a la Nueva E.P.S., a Cafesalud E.P.S. y a Mallamas E.P.S. que en los casos en que se requiere traslado del paciente dependiente por su condición garanticen el transporte, estadía y la alimentación de un acompañante en los términos del fundamento jurídico 127 de esta providencia.

Diecisieteavo. ORDENAR a la Superintendencia Nacional de Salud que en el marco de sus competencias investigue si la Nueva E.P.S., Cafesalud E.P.S. y Mallamas E.P.S.: (i) han garantizado el cubrimiento de costos de traslado, estadía y alimentación de acompañantes de personas que han requerido atención por fuera del departamento de Mitú en los últimos dos (2) años; y (ii) si han cumplido con las obligaciones de garantía de acceso a medicamentos básicos en los puestos de salud de las comunidades indígenas en el Departamento de Vaupés en los últimos dos (2) años. Igualmente, que en el ejercicio de sus competencias se desplace al territorio con el objetivo de realizar las acciones de inspección necesarias para asegurar la prestación del servicio de salud en el departamento de Vaupés y rinda informes de sus actuaciones cada tres meses (3) ante el juez de primera instancia en el trámite de la acción de tutela.

Dieciochoavo. ORDENAR a la Procuraduría General de la Nación que, en el ejercicio de sus funciones, verifique el cumplimiento de las órdenes impartidas y cada tres (3) meses envíe informes de dicho cumplimiento al juez de primera instancia en el trámite de la acción de tutela.

Diecinueveavo. INSTAR a la Superintendencia Nacional de Salud y a los órganos de control del sistema - Procuraduría General de la Nación, Contraloría General de la República y Fiscalía General de la Nación para que inicien las actuaciones correspondientes en relación con las posibles faltas administrativas, disciplinarias fiscales y/o penales que han desencadenado las fallas estructurales en la prestación del servicio de salud en el departamento de Vaupés.

Veintiunavo. Por Secretaría LÍBRESE la comunicación prevista en el artículo 36 del Decreto

2591 de 1991.

Notifíquese, comuníquese, publíquese en la Gaceta de la Corte Constitucional y cúmplase.

GLORIA STELLA ORTIZ DELGADO

Magistrada

IVÁN HUMBERTO ESCRUCERÍA MAYOLO

Magistrado (E)

CRISTINA PARDO SCHLESINGER

Magistrada

ROCIO LOAIZA MILIÁN

Secretaria General (E)

1 Cuaderno 1. Folio 2. Acción de tutela.

2 Cuaderno 1. Folio 136. Informe de la Defensoría del Pueblo, acerca de la situación que en materia de salud y seguridad social soporta el departamento del Vaupés, marzo 2015.

3 Cuaderno 1. Folio 117. Informe de la Defensoría del Pueblo, acerca de la situación que en materia de salud y seguridad social soporta el departamento del Vaupés, septiembre 2014.

4 Cuaderno 1. Folio 23-33. Concepto técnico de la red de prestación de servicios de salud en el departamento del Vaupés, proferido por el Ministerio de Salud el 29 de octubre de 2013.

5 Cuaderno 1. Folio 2. Acción de tutela.

6 Cuaderno 1. Folio 53-54. Oficio SSDV/2346 de 9 de septiembre de 2015, proferido por la Secretaría de Salud Departamental.

7 Cuaderno 1. Folio 122. Informe general de la situación del derecho a la salud de los pueblos indígenas del Departamento del Vaupés, proferido por la Defensoría del Pueblo en septiembre de 2014.

8 Cuaderno 1. Folio 55. Oficio 1000-97 proferido por el Director del ICBF Regional Vaupés, Wilson Vélez Espinosa el 11 de septiembre de 2011.

9 Cuaderno 1. Folio 57. Oficio elaborado por Luis Eduardo Eusse Caro, Gerente del ESE Hospital de San Antonio de Mitú.

10 Cuaderno 1. Folio 59. Derecho de petición presentado por un miembro de la comunidad de Bocas del Yi al Capitán de esta comunidad.

11 Cuaderno 1. Folio 60. Derecho de petición presentado por un miembro de la comunidad de Tapurucuara-Querari al Gobernador departamental.

12 Cuaderno 1. Folio 65. Derecho de petición presentado por un miembro de la comunidad de Virabazú a la Secretaría de Salud Departamental.

13 Asociación de Autoridades Tradicionales Indígenas Yuruties del Vaupés.

14 Cuaderno 1. Folio 71 y 72. Reunión del Comité Ejecutivo de la Asociación de Autoridades Tradicionales Indígenas Yuruties del Vaupés.

15 Cuaderno 1. Folio 76-77. Derecho de petición presentado por los capitanes indígenas de diferentes comunidades indígenas a la Defensoría del Pueblo Regional Vaupés.

16 Cuaderno 1. Folio 89. Oficio enviado por la AATIZOT el 10 de junio de 2010 a las E.P.S. Caprecom y Mallamas.

17 Cuaderno 1. Folio 91-92. Derecho de petición presentado por el capitán de la comunidad indígena de Bocas del Yi a la Defensoría del Pueblo el 11 de julio de 2015.

18 Cuaderno 1. Folios 103 a 115. Informes de comisión realizados por la Defensoría del Pueblo a las diferentes comunidades indígenas del departamento.

19 Cuaderno 1. Folio 52. Informe ¿Cómo vamos en salud? realizado por la Secretaría de Salud

Departamental en el año 2015.

20 Mediante auto del 1° de diciembre de 2015 la Sala Civil, Familia, Laboral del Tribunal Superior de Villavicencio admitió la tutela y corrió traslado al Ministerio de Salud, a la Gobernación del Vaupés, a la Secretaría de Salud Departamental, a los municipios de Mitú, Carurú y Taraira, a las Secretarías de Salud de los mencionados municipios, al ESE Hospital San Antonio de Mitú y a las E.P.S. Caprecom y Mallamas para que se pronunciaran en relación con los hechos y pretensiones. Por medio de sentencia del 16 de diciembre de 2015 el a quo declaró improcedente la acción de tutela. El 19 de enero de 2016, el Defensor del Pueblo impugnó la decisión, y en segunda instancia, la Sala de Casación Laboral de la Corte Suprema de Justicia, por medio del auto del N° 64603 de 2 de marzo de 2016, declaró la nulidad de todo lo actuado a partir del auto admisorio de la demanda, por considerar que se debía vincular a la Superintendencia Nacional de Salud, a la Defensoría Delegada para la Salud, la Seguridad Social y la Discapacidad Social y a la Procuraduría Delegada para los Asuntos del Trabajo y la Seguridad Social de la Procuraduría General de la Nación.

21 Cuaderno 1. Folio 215. Contestación de la acción de tutela por parte de la ESE Hospital San Antonio de Mitú.

22 Cuaderno 1. Folio 237. Contestación de la acción de tutela por parte de la E.P.S. Mallamas.

23 Cuaderno 3. Folio 500. Fallo de primera instancia.

24 Cuaderno 4. Folio 16. Fallo de segunda instancia.

25 “SEGUNDO. Por intermedio de la Secretaría General de la Corte Constitucional OFICIAR al accionante. Carlos Javier Bojacá Galvis, Defensor del Pueblo del departamento del Vaupés para que [...] INFORME (i) si en la actualidad existe vulneración o amenaza concreta de derechos fundamentales relacionada con la prestación de los servicios de salud en el departamento. Para ello deberá indicar, (ii) la persona o comunidad involucrada, de ser necesario, (ii) los diagnósticos médicos sobre la situación de salud de la persona, (iii) los medicamentos que le han sido negados o los servicios que no le han sido prestados y que requiere, es decir en concreto, la situación en la que se presta el servicio de salud y en qué consiste la deficiencia en la atención. También deberá exponer (iv) en qué régimen de salud

está inscrita la persona o comunidad y (v) cuáles son sus características culturales y socioeconómicas, de ser posible.

En caso de que efectivamente exista uno o varios casos de afectación de derechos, deberá ALLEGAR la ratificación de la persona o comunidad cuyos derechos agencia o explicar las razones por las que no adjunta tal ratificación y demostrar que actúa como agente oficioso. [...]”.

27 “CUARTO. Por intermedio de la Secretaría General de la Corte Constitucional OFICIAR a la Nueva E.P.S. y a Mallamas E.P.S. para que, [...] INFORMEN (i) si en la actualidad prestan servicios de salud en el departamento del Vaupés. Si la respuesta es afirmativa, (ii) expliquen cuál es la población destinataria de sus servicios, cuántas personas están afiliadas y bajo qué condiciones, bien sea régimen subsidiado o contributivo. Además, (iii) cuáles son las funciones que desempeñan, qué personal tienen destinado para cumplir con esas funciones y cómo lo hacen, es decir, cómo prestan el servicio de salud en el Vaupés y específicamente si han integrado en esa prestación un enfoque étnico diferencial respetuoso de la diversidad”.

28 “QUINTO. Por intermedio de la Secretaría General de la Corte Constitucional OFICIAR al Ministerio de Salud y la Gobernación del departamento del Vaupés para que, [...] INFORMEN (i) cuáles son las necesidades de atención en salud del departamento; (ii) cómo funciona la red prestadora del servicio; (iii) cómo opera la red, cuántos hospitales, centros de salud, puntos de atención, unidades de promoción, etc., existen en el departamento y cuál es el nivel de especialidad que maneja cada uno y el personal que lo atiende; (iv) cuáles son las funciones que tienen a cargo los municipios, el departamento y las E.P.S. en el engranaje del sistema de salud; (v) cómo se ha planeado y cómo se brinda la atención en salud a las comunidades indígenas y en qué medida adelantan acciones que sean culturalmente diferenciadas. En especial, (vi) si cuenta con protocolos para la atención en salud a los pueblos indígenas del Vaupés.

Finalmente, se le solicitará al Ministerio de Salud que INFORME (viii) cómo se ha creado y cómo ha funcionado el Modelo Integral de Atención en Salud en el departamento del Guainía[...].”.

29 “SEXTO. Por intermedio de la Secretaría General de la Corte Constitucional OFICIAR a los Alcaldes, o a quien haga sus veces, de Taraira, de Carurú y de Mitú, para que [...], INFORMEN

(i) cuáles son las necesidades en salud en sus municipios y si la afiliación es por régimen contributivo o subsidiado; (ii) cuáles son sus roles y responsabilidades en la prestación del servicio de salud en el Vaupés, su interacción con otros actores como el Ministerio de Salud, el departamento y las E.P.S., (iii) cuáles acciones adelantan en la actualidad para cumplir sus obligaciones. En especial, deberán (iv) explicar cómo brindan atención a las comunidades indígenas y si adelantan acciones que sean culturalmente diferenciadas con ellas, de ser así explicar en qué consisten. Para ello, será necesario que indiquen (v) si cuentan con un protocolo de atención específica para los pueblos indígenas del Vaupés [...]”.

30 “SÉPTIMO. Por intermedio de la Secretaría General de la Corte Constitucional OFICIAR a la Superintendencia Nacional de Salud para que, si lo considera pertinente, [...] INFORME si en ejercicio de su función de inspección y vigilancia ha tomado decisiones recientes sobre los prestadores de salud en el Vaupés, bien sean de inspección, sanción, o incluso, si ha recibido quejas al respecto. [...]”.

31 “OCTAVO. Por intermedio de la Secretaría General de la Corte Constitucional OFICIAR a la Organización SINERGIAS, a la Organización Nacional Indígena de Colombia -ONIC-, a la Organización Nacional de los Pueblos Indígenas de la Amazonía, el Consejo Mayor de Gobierno Propio del Gran Resguardo Indígena del Vaupés, a Fedesalud, al programa de Maestría de Estudios Amazónicos de la Universidad Nacional de Colombia sede Leticia, al programa de Doctorado de Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia, al programa de Maestría en Salud Pública de la Universidad del Rosario, al Grupo de Estudios en sistemas tradicionales de salud -GESTS-, al Centro de Proyectos para el Desarrollo de la Universidad Javeriana, a la Clínica de Medio Ambiente y Salud Pública de la Universidad de los Andes, a la Comisión de Seguimiento a la sentencia T-760 de 2008, al Observatorio Así Vamos en Salud y al Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad -Dejusticia-.

A las anteriores organizaciones y autoridades académicas se les solicitará que, [...], si lo estiman pertinente, emitan un concepto sobre las siguientes preguntas, a saber: (i) cuáles son los pueblos indígenas que habitan en el departamento del Vaupés, cómo están organizados y en cuáles zonas están ubicados; (ii) cuáles son las necesidades en salud en el departamento del Vaupés, es decir, la población, las características de sus habitantes, el territorio que ocupan, y sus necesidades especiales, con énfasis en lo que requieren las comunidades indígenas; (iii) cuáles son las necesidades de la población en el ámbito de la

salud mental y cuál es la atención que reciben; (iv) cuál es la cosmovisión de los pueblos indígenas del Vaupés en relación con la salud y cuáles son algunas de sus prácticas tradicionales en este ámbito; (v) cuáles son las principales necesidades de salud de las comunidades del departamento del Vaupés, en especial, de aquellas que se encuentran alejadas de los centros urbanos y cuál es la capacidad en especial, de aquellas que se encuentran alejadas de los centros urbanos y cuál es la capacidad de las comunidades para atender las enfermedades comunes; (vi) cuáles son los elementos de una atención en salud con enfoque étnico diferencial y (vii) cómo se articula la medicina tradicional de los pueblos indígenas -en especial los pueblos amazónicos- con la medicina occidental y cuáles deben ser las acciones del Estado para asegurar la prestación del servicio de forma respetuosa de la diversidad. [...]”.

32 Cuaderno 5. Folio 77. Informe enviado por Alejandro Gaviria, Ministro de Salud, el 3 de noviembre de 2016.

33 Cuaderno 5, folio 141. Los prestadores de servicios de salud a los que hacía referencia fueron 4 Profesionales Independientes, 2 IPS (1 ESE y 1 IPS privada), así como también 1 Empresa con Objeto Social Diferente.

34 Cuaderno 5, folio 141. El cuadro refiere que el motivo de sanción a la Gobernación del Vaupés fue el Incumplimiento de envío de circular única y el incumplimiento de reporte de información. Así mismo, en la tabla se indica que el motivo de sanción a la ESE Hospital San Antonio fue la rendición de cuentas.

35 Cuaderno 4. Folio 141. Informe enviado el 15 de noviembre de 2016 por el Asesor del Despacho del Superintendente Nacional de Salud.

36 Cuaderno 5. Folio 157. Respuesta entregada por Germán Zuluaga Ramírez, Director del Grupo de Estudios en Sistemas Tradicionales de Salud de la Universidad del Rosario, el 15 de noviembre de 2016.

37 *Ibídem.*

38 Cuaderno 5. Folio 158. Respuesta entregada por Germán Zuluaga Ramírez, Director del Grupo de Estudios en Sistemas Tradicionales de Salud de la Universidad del Rosario, el 15 de

noviembre de 2016.

39 Cuaderno 5. Folio 159. Respuesta entregada por Germán Zuluaga Ramírez, Director del Grupo de Estudios en Sistemas Tradicionales de Salud de la Universidad del Rosario, el 15 de noviembre de 2016.

40 *Ibíd.*

41 Cuaderno 5. Folio 165. Respuesta enviada el 4 de noviembre de 2016 por Johnattan García Ruiz, coordinador y asesor jurídico del MASP

42 Cuaderno 5. Folio 167. Respuesta enviada el 4 de noviembre de 2016 por Johnattan García Ruiz, coordinador y asesor jurídico del MASP.

43 Cuaderno 5. Folio 210. Respuesta enviada por la Secretaría Local de Salud de Mitú el 4 de noviembre de 2016.

44 La diligencia se llevó a cabo en las instalaciones de la Gobernación del departamento. La Sala de Revisión decidió realizar la inspección judicial en la capital del departamento del Vaupés por la complejidad del problema constitucional expuesto en la acción de tutela que, por un lado, involucra la garantía al derecho a la salud de una amplia población indígena que tiene altas tasas de mortalidad infantil, materna y de suicidios y, por otro, presenta una discusión sobre la forma de proteger este derecho bajo una perspectiva indígena que asegure los máximos niveles de bienestar para las personas de un territorio en el que la mayoría de sus habitantes son indígenas.

45 De este modo adjuntó oficios dirigidos a la Coordinadora de la Nueva E.P.S. Vaupés en los que solicita “el reintegro de la paciente LUCIA ARANGO LIMA [...] quien fuera atendida en la ciudad de Villavicencio [...], y su acompañante [...] no cuentan con recursos para el sostenimiento en la citada ciudad”; la “atención a los niños relacionados en éste oficio para que se utilice el proceso de telemedicina con el fin de asegurar una interconsulta con el especialista para su diagnóstico [...]”; atención a “la situación de salud de persona con discapacidad de la niña BELKIS RESTREPO VILLA [...], quien necesita con carácter prioritario remisión con el especialista en OFTALMOLOGÍA [...]”; atención a “la situación del niño ADRIAN ALEXANDER DURANGO RODRIGUEZ [...], quién necesita atención prioritaria por

Otorrinolaringología”; atención a “la situación de salud de persona con discapacidad de la señora MARTHA LUCIA LEMIS, [...], quien necesita con carácter prioritario remisión con el especialista, toda vez que su programación tiene vencimiento desde hace más de un año, además su discapacidad fue producida por una mina antipersona y está reconocida en el registro único de víctimas RUV”. En otros oficios requirió “información sobre el médico para el centro de Salud en el Municipio de Carurú, si observamos que desde el 30 de agosto [de 2016] no existe Profesional de la Salud para la atención de la población y en especial la asegurada en la Nueva EPS, se han presentado varios episodios de urgencias en la que se ha detectado la fragilidad en la prestación de servicios en salud por la Nueva EPS, en ambas situaciones, traslados de pacientes indígenas y aseguramiento de la estadía de los acompañantes familiares [...]” y puso en conocimiento la queja presentada por un señor sobre la situación de su hijo “al que presuntamente no le han cumplido con el suministro de leche y otros que demanda la atención de dicho paciente”, entre otras situaciones en salud”. Cuaderno 7, folios 162-199.

46 Cuaderno 7, folio 98.

47 Cuaderno 7. Folios 202-317.

48 Cuaderno 5, folio 216. Respuesta de la Secretaría de Salud de Mitú.

49 Cuaderno 7. Folios 88-161.

50 En 2015, las zonas de las comisiones y su correspondiente recorrido fueron: “(1) Tiquie: Bella Vista de Abiyu, Puerto Espuma, San Francisco, San Jose del Timiña, Santa Catalina, Trinidad de Tiquie, Puerto Colombia, Puerto Loro, San Javier de Umuña, San Juan del Mariña, Santa Teresita; (2) Bajo Pira: Santa Isabel, Puerto Antonio, San Luis, Caño Toaca, Puerto Esperanza, Santa Rosa; (3) Alto Pira: Sonaña, Hená, Mohaví, Puerto Ortega, Villanueva, San Miguel, Puerto Córdoba, Yohaya; (4) Vaupés Medio: Villanueva, Mandí, Guamal, Puerto Limón, Tierragrata, Wasay, Pupuña, Yacayaca; (5) Yavarate: Wainambi, Meyu, San Francisco, Olinda, Monforth, Piracuara, Teresita, Yavarate, Puerto Colombia, Ibacava, San Luis de Virari; (6) Acaricuara: Acaricuara, La Floresta, Belén de Inambu, San Joaquín, Puerto Esperanza, San José del Viña; (7) Carretera: Pueblo Nuevo, Cucura, Ceima Cachivera; (8) Alto Apaporis: Buenos Aires; (9) Bajo Apaporis: Bocas de Taraira, Puerto Ñumi, Vista Hermosa, Puerto Libertad, Bocas de Uga, Caño Laurel, Puerto Curupira, Puerto Solano, Campo Alegre, Santa

Clara, Aguas Blancas, Jota Beya; (10) Bajo Vaupés: Yaburu, Puerto Tolima, Puerto Colón, Macucu, Nana, Nazareth, Villa Fátima; (11) Papunahua: Sardinias, Ipanore, Puerto Solano, Danta, Santa Cruz; (12) Isana Suruby: Camanaos, Wainambi, Wasay, Barranco Colorado, Puerto Arenal”.

Respecto de las comisiones realizadas en el 2016, las zonas y recorrido de cada comisión fueron: “(1) Carretera: Bogotá Cachivera, Timbo, Murutinga, Tucandira, Pueblo Nuevo, Cucura, Makayuka, Ceima San Pablo, Ceima Cachivera, Yararaca; (2) Yapú: Yapú, Puerto Florida, Puerto Nariño, San Antonio, Nueva Reforma, Weyura, Puerto Limón, San Gabriel; (3) Bajo Vaupés: Matapi, Taina, Puerto Colombia, Puerto Playa, Bocas del Querari, Yaburu, Puerto Tolima, Puerto Colón, Macucu, Nana, Puerto de Nazareth, Villa Fátima; (4) Cuduyari: Puerto Wacuraba, Arara, Puerto Tolima, Puerto Llano, Pato, Puerto Casanare, Querari Miri, Puerto Arenal, Barranco Colorodado, Piramiri, Itapinima, San Javier, Tayazu, Pacuativa Quinaquina, Camuti, Santa Elena, Nueva Reforma, Piracemo, San Miguel, Pituna; (5) Acaricuara: Acaricuara, La Floresta, Belén de Inambu, San Joaquín, Puerto Esperanza; (6) Suburbana Río Arriba: Puerto Inaya, Puerto Colombia, Puerto, San Marco, Santa Rosalia, Bocas del Yi, Miriti Cachivera, Puerto Corroncho, Puerto Vaupés; (7) Vaupés Medio: Yurupary, Bellavista del Tuy, Puerto Laguna del Tuy, Nueva Florida, Ñamu, Los Cerros, San Pedro del Ti; Nazareth del TI, Santa Rosa de Lima, Villanueva, Mandi, Guamal, Puerto Limón, Tierragrata, Wasay, Pupuña y Yacayaca; (8) Río Abajo: Wacuraba, Trubon, Macaquiño, Tucunare, Mituseño, Garrafa, Puerto López, Puerto Golondrina, Santa Martha, Puerto Morichal, Tatu; (9) Querari: Bocoa, Puerto Asis, Puerto Lleras, Santa Rita, Pacu, Ñupana, Caruru, Puerto Florencia, Tapurucuara, 8 de Diciembre, Caño Azul, Cerro Betania, Santa Lucía, Santa María, Villa María, Puerto Mava, Puerto Hormiga, Puerto Guara, Laguna de Emaus; (10) Bajo Apaporis: Bocas de Tarair, Puerto Ñumi, Vista Hermosa, Puerto Libertad, Bocas de Uga, Caño Laurel, Puerto Curupira, Puerto Solano, Campo Alegre, Santa Clara, Aguas Blancas, Jota Beya; (11) Bajo Pira: Santa Isabel, Puerto Inaya, Santa Rosa, Puerto Amazonas, Puerto Esperanza, Caño Toaca, Puerto Antonio, Caño Umuña 1, San Luis, Piedra Ñi, Caño Umuña 2, San Miguel, Caño Colorado, Caño Tatu; (12) Tiquie: Bella Vista de Abiyu, Puerto Espuma, San Francisco, San José del Timiña, Santa Catalina, Trinidad del Tiquie, Puerto Colombia, Puerto Loro, San Javier de Umuña, San Juan del Mariña, Santa Teresita; (13) Isana Suruby: Camanaos, Wainambi, Wasay, Barranco Colorado, Puerto Arenal; (14) Yavarate: Monfort, Piracuara, San Luis, Trubon; (15) Carretera: Bogotá Cachivera, Timbo, Murutinga, Tucandira, Pueblo Nuevo, Cucura, Makayuka, Ceima San Pablo, Ceima Cachivera, Yararaca”. Cuaderno 7, folios 97 y 98.

51 Cuaderno 7. Folios 318-559.

52 Cuaderno 7, folio 86.

54 Cuaderno 5. Folios 467-483. Documento del 28 de febrero de 2017.

55 Cuaderno 5, folio 474.

56 Cuaderno 5, folio 479.

57 Luis Eduardo Eusse.

58 Luis Fernando Correa.

59 Hugo Danilo Lozano.

60 Pedro Alonso Melo.

61 Gloria Esperanza Salamanca.

62 Rafael Lozano.

63 Pablo Martínez.

64 Coronel Leonardo Vargas Villegas.

65 Andrés Rengifo.

66 Nicolás Canon, Johnattan García y Camila Montoya.

67 Pablo Montoya, Mariana Barros Cadena, Marlon Ordosgoitia y Johana Guevara.

68 Esto fue informado al Despacho de la Magistrada sustanciadora mediante comunicación del 7 de marzo de 2017 visible en el cuaderno 5, folio 484.

69 En esta providencia se suspendieron los términos por 18 días hábiles adicionales.

70 Versión 2.

71 El Protocolo de Vigilancia en Salud Pública, 2 versión, actualizada en agosto de 2015, señala en el capítulo 3 que “la clasificación del accidente ofídico debe ser realizada por el médico o por el personal de salud capacitado por la diversidad de las serpientes venenosas y la diferencia en sus venenos”. En el mismo documento se plantea que “el tratamiento en todos los casos de accidente ofídico debe ser realizado por un médico, e idealmente en condiciones hospitalarias. Se fundamenta de forma específica en la administración de suero antiofídico para neutralizar el veneno circulante y el que se está liberando en el sitio de la inoculación, además del tratamiento de soporte para las manifestaciones locales y sistémicas”. Cuaderno 8, folio 17.

72 Cuaderno 8, folio 20.

73 Cuaderno 8, folio 20.

74 Cuaderno 8, folio 21.

75 Cuaderno 8, folio 21.

76 Cuaderno 8, folio 22.

77 Cuaderno 8, folio 22.

78 Cuaderno 8, folio 25.

79 Cuaderno 8, folio 26.

80 Cuaderno 8, folio 26.

81 Como documentos anexos la Alcaldía de Mitú allegó copia del Acta 002 del 16 de agosto de 2016 en la que se realizó la revisión de las atenciones realizadas por el área de psicología en casos de intento de suicidio. Entre sus observaciones quedó consignado que “se establece que algunos de los casos presentados luego del 07 de junio de 2016 fecha en la cual fue habilitado el servicio de psicología, el área de medicina no remitió los casos al servicio de psicología, por lo cual se debe hacer énfasis al grupo médico en la importancia de remitir al servicio. Se requiere que las EPS realicen la búsqueda activa de aquellos pacientes que requieren continuar con el proceso de intervención terapéutica con el fin de que les sea

asignada la respectiva cita. Es de anotar, que dichos casos pueden haberse presentado por la ubicación geográfica del paciente o por resistencia al tratamiento”. También anexan el Acta 002 del 2 de diciembre de 2016 de la sesión del Comité Municipal de Salud Mental en la que se expuso un breve resumen de la ruta a seguir en los casos de suicidio. Al respecto se dijo que “los casos identificados deberán ser remitidos al Hospital San Antonio de Mitú, en donde se les asignará una cita por medicina general y posteriormente al área de psicología, posteriormente la EPS autorizará el servicio para continuar con el proceso terapéutico. De igual forma, se reitera que la secretaría de salud municipal deberá realizar seguimiento a las EPS con el fin de que estas realicen el seguimiento de los casos, es de anotar que a la fecha existe un total de 20 personas que a la fecha no han recibido atención y se está a la espera de que las EPS garanticen su atención y ubicación, esto con el fin de garantizar su integridad física y mental”. Cuaderno 8, folio 38 y 68.

82 Cuaderno 8, folio 32.

83 Cuaderno 8, folio 32.

84 Cuaderno 8, folio 34.

85 Cuaderno 8, folio 114.

86 Cuaderno 8, folio 116.

87 Cuaderno 8, folio 118.

88 Consideraciones tomadas de la sentencia T-245 de 2016. M.P. Gloria Stella Ortiz Delgado.

89 De acuerdo con la jurisprudencia constitucional, el perjuicio irremediable debe ser cierto, grave e impostergable. Ver sentencias T-239 de 2008, T-1291 de 2005 y T- 668 de 2007.

90 M.P. Gloria Stella Ortiz Delgado. Al respecto, la providencia citó las siguientes sentencias del Consejo de Estado: Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Primera. Sentencia del 9 de junio de 2011, Consejera Ponente: María Elizabeth García González. Radicación número: (AP) 25000-23-27-000-2005-00654-01; Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Primera. Sentencia del 30 de junio de 2011. Consejero Ponente: Marco Antonio Velilla

Moreno. Radicación número: 50001-23-31-000-2004-00640-01(AP).

91 Sentencia T-659 de 2007. M.P. Marco Gerardo Monroy Cabra.

92 Sentencia T-1205 de 2001. M.P. Clara Inés Vargas Hernández.

94 Sentencia T-042 de 2015. M.P. Jorge Iván Palacio Palacio.

95 M.P. Mauricio González Cuervo.

96 Sentencia T-460 de 2012 M.P. Jorge Iván Palacio Palacio.

97 M.P. Luis Guillermo Guerrero Pérez.

98 DANE, población proyectada para 2017. <http://www.dane.gov.co/reloj/>

99 Ver por ejemplo: Sentencia T-795 de 2013 M.P. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo.

100 Ver por ejemplo: Sentencia T-522 de 2016, M.P. Luis Ernesto Vargas Silva; Sentencia T-091 de 2013, M.P. Luis Guillermo Guerrero Pérez.

101 Ver por ejemplo: Sentencia T-550 de 2015, M.P. Myriam Ávila Roldán; Sentencia T-379 de 2011 M.P. Humberto Antonio Sierra Porto.

102 Ver por ejemplo: Sentencia T-091 de 2013, M.P. Luis Guillermo Guerrero Pérez.

103 Ver por ejemplo: Sentencia T-795 de 2013 M.P. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo; Sentencias T-652 de 1998 M.P. Carlos Gaviria Díaz; sentencia T-380 de 1993 MP

104 M.P. Carlos Gaviria Díaz.

105 Sentencias T-652 de 1998 M.P. Carlos Gaviria Díaz: “La situación precaria en la que se encontraban los Embera-Katío del Alto Sinú respecto del cuidado básico de salud, antes de la construcción de las obras civiles de la hidroeléctrica, vino a empeorarse de diversa manera con la realización de tales obras, y es previsible que sufra aún mayor daño cuando se inunde la presa, como se pasa a considerar”.

106 Ver por ejemplo: sentencia T-091 de 2013 M.P. Luis Guillermo Guerrero en la que se

cita: “En la sentencia T- 606 de 2001 quien promovió la acción de tutela fue el Gobernador del Resguardo Indígena de Cañamomo y Lomaprieta; en sentencia T- 235 de 2011 el accionante fue el Cabildo Mayor Indígena del Cañón del Río pepitas, Municipio de Dagua, Valle del Cauca; en sentencia T- 1026 de 2008 lo fue el Gobernador del Cabildo Inga de Aponte y en sentencia T- 116 de 2001 lo fue la Gobernadora del Resguardo Indígena Paéz de la gaitana en calidad de dirigente de la comunidad”.

107 Sentencias T-652 de 1998 M.P. Carlos Gaviria Díaz citando Sentencia T-380 de 1993 M. P. Eduardo Cifuentes Muñoz: “En lo atinente a la representación de la comunidad indígena a través del agenciamiento oficioso por parte de otras organizaciones creadas para la defensa de los derechos indígenas, esta Corporación confirma el criterio sustantivo sostenido por los jueces de instancia, en el sentido de que las condiciones de aislamiento geográfico, postración económica y diversidad cultural, justifican el ejercicio de la acción de tutela por parte de la Organización Indígena de Antioquia en nombre de la comunidad indígena Embera-Katio del río Chagueradó”.

108 Sentencia T-005 de 2016 M.P. Jorge Iván Palacio Palacio; Sentencia T-795 de 2013 M.P. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo; Sentencia T-379 de 2011; M. P. Humberto Antonio Sierra Porto; Sentencia T-652 de 1998 M.P. Carlos Gaviria Díaz, entre otras.

109 T- 531-02.

110 T-419-01, T-1012-99.

111 Sentencia T-091 de 2013, M.P. Luis Guillermo Guerrero Pérez

112 M.P. Luis Guillermo Guerrero Pérez.

113 Cuaderno 1, folio 59. También anexan otras comunicaciones de Bernardo Gómez capitán de la comunidad de Bocas del Yi, en cuaderno 1, folios 73, 91 a 94 y 96.

114 La carta la suscriben 48 miembros de la comunidad. Cuaderno 1, folios 60 a 64.

116 Además de las firmas de los capitanes de las comunidades también se encuentra la de Belarmino Valle T. representante legal de la Asociación de Autoridades Tradicionales Indígenas Zona Tiquié - AATIZOT, cuaderno 1, folios 69 y 70. También anexan otra

comunicación de los capitanes de las comunidades de San Francisco Tiquié, San Javier Umuña, Trinidad Tiquié y San José Timiña, visible en el cuaderno 1, folio 89.

117 Cuaderno 1, folio 75.

118 A esta comunicación se anexó un listado de 42 integrantes de las comunidades que declaran estar afiliados a Caprecom. Cuaderno 1, folios 76 a 87.

119 Cuaderno 1, folio 88.

120 Cuaderno 1, folio 98

121 A este documento se adjuntaron 12 miembros de la comunidad, cuaderno 1, folio 99.

122 Junto con 19 firmantes, cuaderno 1, folio 100

123 Acompañada de 17 integrantes de la comunidad, cuaderno 1, folio 101

124 Cuaderno 1, folio 102.

125 M.P. Manuel José Cepeda Espinosa.

126 Corte Constitucional, sentencia T-033 de 1995 (MP Vladimiro Naranjo Mesa); en este caso se confirmó la decisión de instancia de negar la acción de tutela interpuesta por una persona, en representación de su comunidad, contra la administración pública para solicitar que se reiniciaran las obras de construcción de una carretera, las cuales habían sido suspendidas en atención a lo dispuesto en otra acción de tutela interpuesta por la misma comunidad. Esta posición ha sido reiterado en varias ocasiones, entre ellas ver las sentencias T-058 de 1997 (MP Carlos Gaviria Díaz), T-767 de 2001 (MP Eduardo Montealegre Lynett) y T-647 de 2004 (MP Jaime Córdoba Triviño). Para que la acción de tutela proceda como un mecanismo judicial idóneo de protección de derechos colectivos, señala la jurisprudencia, "(...) es necesario (i) que exista conexidad entre la vulneración de un derecho colectivo y la violación o amenaza a un derecho fundamental, de tal suerte que el daño o la amenaza del derecho fundamental sea 'consecuencia inmediata y directa de la perturbación del derecho colectivo'. Además, (ii) el peticionario debe ser la persona directa o realmente afectada en su derecho fundamental, pues la acción de tutela es de naturaleza subjetiva; (iii) la

vulneración o la amenaza del derecho fundamental no deben ser hipotéticas sino que deben aparecer expresamente probadas en el expediente. Y (iv) finalmente, la orden judicial debe buscar el restablecimiento del derecho fundamental afectado, y 'no del derecho colectivo en sí mismo considerado, pese a que con su decisión resulte protegido, igualmente, un derecho de esta naturaleza'." Corte Constitucional, sentencia SU-1116 de 2001 (MP Eduardo Montealegre Lynett). Esta posición ha sido reiterada, entre otras, por la sentencia T-437 de 2002 (MP Manuel José Cepeda Espinosa).

127 Sentencia T-087 de 2005 M.P. Manuel José Cepeda Espinosa.

128 Cuaderno 5. Folio 157. Respuesta entregada por Germán Zuluaga Ramírez, Director del Grupo de Estudios en Sistemas Tradicionales de Salud de la Universidad del Rosario, el 15 de noviembre de 2016.

129 Respuesta del Ministerio de Salud y Protección Social, cuaderno 5, folio 78.

130 Respuesta del Ministerio de Salud y Protección Social, cuaderno 5, folio 78.

131 Según la respuesta de la Clínica MASP, basada en los datos de pobreza multidimensional del DNP, el cálculo del IPM incluye variables que se asocian a la salud como la falta de aseguramiento en salud, falta de acceso a fuente de agua mejorada e inadecuada eliminación de excretas. Cuaderno 5, folio 170.

132 Respuesta de la Clínica Jurídica de Medio Ambiente y Salud Pública - MASP de la Facultad de Derecho de la Universidad de los Andes. Los datos aportados son del Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO) para el año 2014.

133 Respuesta de la Organización Sinergias, basado en Ministerio de la Protección Social et al. Encuesta Nacional de Salud 2007. Ministerio de la Protección Social .2009.

134 Los datos son tomados de Ministerio de Protección Social. Situación de Salud en Colombia: Indicadores Básicos 2010. Bogotá D.C. Colombia: Ministerio de Protección Social, Organización Panamericana de la Salud (2012).

135 El fundamento de este acápite se tomó de la sentencia T-400 de 2016 MP: Gloria Stella Ortiz Delgado.

136 Ver entre otras: Sentencias T-134 de 2002 MP. Álvaro Tafur Galvis, T-544 de 2002 MP. Eduardo Montealegre Lynett y T-361 de 2014. M.P. Jorge Ignacio Pretelt Chaljub.

137 M.P. Manuel José Cepeda Espinosa

138 “por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones” Artículo 2. Naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud. El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado.

139 M.P. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo.

140 Artículo 4° de la Ley 1751 de 2015.

141 Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

142 Sentencia C-313 de 2014. M.P. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo.

143 Sentencia. T-121 de 2015. M.P. Luis Guillermo Guerrero Pérez

144 Ver Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud: . 11/08/2000. E/C.12/2000/4, CESCR OBSERVACION GENERAL 14. (General Comments), párr. 12.

145 Ver Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud: . 11/08/2000. E/C.12/2000/4, CESCR OBSERVACION GENERAL 14. (General Comments), párr. 12.

146 Estos principios se encuentran consagrados en la Ley 1751 de 2015.

147 Artículo 17 de la Ley 1751 de 2015.

148 Sentencia C-313 de 2014 M.P. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo: “En cuanto al literal b) se tiene que este consagra el derecho a recibir la atención de urgencias de manera oportuna, sin que sea exigible documento o cancelación de pago alguno. Para la Corporación este derecho resulta indispensable y se encamina a erradicar lo que se ha denominado “paseos de la muerte”, en los cuales, quien es convocado para prestar el servicio, elude su deber de solidaridad y, so pretexto de alguna razón de orden administrativo, niega el acceso al servicio oportuno generando las condiciones que en no pocas ocasiones conducen al fallecimiento del paciente”.

149 Sentencia C-313 de 2014 M.P. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo.

151 En la sentencia T-601 de 2016, M.P. Gloria Stella Ortiz Delgado, fundamento 44 se recogieron algunos de los ámbitos de protección concretos que se derivan del derecho a la identidad cultural: “(i) El derecho a la protección de las lenguas y los dialectos de los grupos étnicos;

(ii) El derecho de consulta previa frente a diversas situaciones (explotación de recursos naturales en territorios colectivos, medidas legislativas o administrativas que los afecten directamente, entre muchas otras);

(iii) El derecho a la autonomía de las formas de gobierno, planeación y organización social, también conocido como libre autodeterminación;

(iv) El derecho al establecimiento de los medios de control para el desarrollo de las instituciones e iniciativas de estos pueblos;

(v) El derecho a la participación política nacional y regional;

(vi) El derecho a la garantía de un proceso educativo autónomo, de acuerdo a las aspiraciones etnoculturales de la comunidad;

(vii) El derecho a la subsistencia, tanto física como cultural y con respeto a sus usos y costumbres;

(viii) El derecho a la protección y respeto de la cultura y valores espirituales de estos pueblos en relación con su territorio. Que abarca la imprescriptibilidad, inembargabilidad e

inalienabilidad de los territorios colectivos de las comunidades étnicas; y el reconocimiento y protección efectiva del derecho de propiedad y de posesión de las tierras que tradicionalmente han ocupado”.

152 “Artículo 27: En los Estados en que existan minorías étnicas, religiosas o lingüísticas, no se negará a las personas que pertenezcan a dichas minorías el derecho que les corresponde, en común con los demás miembros de su grupo, a tener su propia vida cultural, a profesar y practicar su propia religión y a emplear su propio idioma”. Ver también sentencia C-882 de 2011, M.P. Jorge Ignacio Pretelt Chaljub, fundamento 2.5.1.4.

153 Ver sentencia T-973 de 2009, M.P. Mauricio González Cuervo, fundamento 5.1.2. En esta providencia la Corte sostuvo que: “la protección que el artículo 4 de la Convención Americana de Derechos Humanos brinda en materia del derecho a la vida a los miembros de los Estados parte, ha sido interpretada para el caso de las comunidades indígenas como un derecho que incluye la obligación estatal de garantizar la subsistencia física y cultural de los grupos étnico-culturales y de sus miembros, lo que implica adelantar las acciones que sean adecuadas, para evitar que estos grupos sean víctimas de una desaparición física o cultural.

Por consiguiente, en atención a los mandatos constitucionales e internacionales descritos, el Estado tiene la responsabilidad de adoptar un papel activo para lograr que las comunidades indígenas y tribales que habitan en el territorio nacional puedan asumir el control de sus instituciones, formas de vida y desarrollo económico, dotándolas de los instrumentos que permitan el fortalecimiento de su identidad”.

154 “Artículo 4: 1. Deberán adoptarse las medidas especiales que se precisen para salvaguardar las personas, las instituciones, los bienes, el trabajo, las culturas y el medio ambiente de los pueblos interesados.

Artículo 5: Al aplicar las disposiciones del presente Convenio:

a) deberán reconocerse y protegerse los valores y prácticas sociales, culturales, religiosos y espirituales propios de dichos pueblos y deberá tomarse debidamente en consideración la índole de los problemas que se les plantean tanto colectiva como individualmente;

d) deberá respetarse la integridad de los valores, prácticos e instituciones de esos pueblos;

c) deberán adoptarse, con la participación y cooperación de los pueblos interesados, medidas encaminadas a allanar las dificultades que experimenten dichos pueblos al afrontar nuevas condiciones de vida y de trabajo.

Artículo 8: 1. Al aplicar la legislación nacional a los pueblos interesados deberán tomarse debidamente en consideración sus costumbres o su derecho consuetudinario.

2. Dichos pueblos deberán tener el derecho de conservar sus costumbres e instituciones propias, siempre que éstas no sean incompatibles con los derechos fundamentales definidos por el sistema jurídico nacional ni con los derechos humanos internacionalmente reconocidos. Siempre que sea necesario, deberán establecerse procedimientos para solucionar los conflictos que puedan surgir en la aplicación de este principio.

3. La aplicación de los párrafos 1 y 2 de este artículo no deberá impedir a los miembros de dichos pueblos ejercer los derechos reconocidos a todos los ciudadanos del país y asumir las obligaciones correspondientes”.

155 “Artículo 3: Los pueblos indígenas tienen derecho a la libre determinación. En virtud de ese derecho determinan libremente su condición política y persiguen libremente su desarrollo económico, social y cultural.

Artículo 11:1. Los pueblos indígenas tienen derecho a practicar y revitalizar sus tradiciones y costumbres culturales. Ello incluye el derecho a mantener, proteger y desarrollar las manifestaciones pasadas, presentes y futuras de sus culturas, como lugares arqueológicos e históricos, objetos, diseños, ceremonias, tecnologías, artes visuales e interpretativas y literaturas.

2. Los Estados proporcionarán reparación por medio de mecanismos eficaces, que podrán incluir la restitución, establecidos conjuntamente con los pueblos indígenas, respecto de los bienes culturales, intelectuales, religiosos y espirituales de que hayan sido privados sin su consentimiento libre, previo e informado o en violación de sus leyes, tradiciones y costumbres.

Artículo 31: 1. Los pueblos indígenas tienen derecho a mantener, controlar, proteger y

desarrollar su patrimonio cultural, sus conocimientos tradicionales, sus expresiones culturales tradicionales y las manifestaciones de sus ciencias, tecnologías y culturas, comprendidos los recursos humanos y genéticos, las semillas, las medicinas, el conocimiento de las propiedades de la fauna y la flora, las tradiciones orales, las literaturas, los diseños, los deportes y juegos tradicionales, y las artes visuales e interpretativas. También tienen derecho a mantener, controlar, proteger y desarrollar su propiedad intelectual de dicho patrimonio cultural, sus conocimientos tradicionales y sus expresiones culturales tradicionales.

2. Conjuntamente con los pueblos indígenas, los Estados adoptarán medidas eficaces para reconocer y proteger el ejercicio de estos derechos”.

156 Ver sentencia T-477 de 2012, M.P. Adriana María Guillén Arango, fundamento 7 y

157 Son varias las sentencias que establecen las dimensiones colectiva e individual del derecho a la identidad cultural como la sentencia C-208 de 2007, M.P. Rodrigo Escobar Gil; sentencia T-380 de 1993, M.P. Eduardo Cifuentes Muñoz; sentencia C-394 de 1995, M.P. Vladimiro Naranjo Mesa; sentencia SU039 de 1997, M.P. Antonio Barrera Carbonell; sentencia SU510 de 1998, M.P. Eduardo Cifuentes Muñoz; sentencia T-778 de 2005, M.P. Manuel José Cepeda Espinosa; y sentencia C-1051 de 2012, M.P. Luis Guillermo Guerrero Pérez, fundamento 5.1.7.

158 Ver sentencia T-462 de 2015, M.P. Gloria Stella Ortiz Delgado, apartado 5.2.

159 Es el caso, por ejemplo, de la prohibición de manifestaciones públicas de prácticas religiosas ajenas a la tradición de una cultura.

160 Esto se ha realizado mediante procesos como la etnoeducación. Sobre las perspectivas negativa y positiva del derecho a la identidad cultural ver sentencia T-477 de 2012, M.P. Adriana María Guillén Arango, fundamento 8.2.

161 Ver sentencia T-760 de 2012, M.P. Mauricio González Cuervo, fundamento 4.2.2 y sentencia T-703 de 2008, M.P. Manuel José Cepeda Espinosa; sentencia T-477 de 2012, M.P. Adriana María Guillén Arango, fundamento 7.

162 Ver sentencia T-477 de 2012, M.P. Adriana María Guillén Arango, fundamento 8 y

sentencia T-778 de 2005, M.P. Manuel José Cepeda Espinosa.

164 M.P. Jorge Ignacio Pretelt Chaljub.

165 “(i) tener su propia vida cultural, (ii) profesar y practicar su propia religión como manifestación cultural, (iii) preservar, practicar, difundir y reforzar otros valores y tradiciones sociales, culturales, religiosas y espirituales, así como sus instituciones políticas, jurídicas, sociales, culturales, etc. (iv) emplear y preservar su propio idioma, (v) no ser objeto de asimilaciones forzadas; (vi) conservar, acceder privadamente y exigir la protección de los lugares de importancia cultural, religiosa, política, etc. para la comunidad; (vii) conservar y exigir protección a su patrimonio cultural material e inmaterial; (viii) utilizar y controlar sus objetos de culto; (ix) revitalizar, fomentar y transmitir a las generaciones presentes y futuras sus historias, tradiciones orales. Filosofía, literatura, sistema de escritura y otras manifestaciones culturales; “(x) emplear y producir sus medicinas tradicionales y conservar sus plantas, animales y minerales medicinales; (xi) participar en la vida cultural de la Nación; (xii) seguir un modo de vida según su cosmovisión y relación con los recursos naturales; (xiii) preservar y desarrollar su modos de producción y formas económicas tradicionales; y (xiv) exigir protección de su propiedad intelectual relacionada con obras, creaciones culturales y de otra índole”.

166 Uno de los problemas jurídicos que analizó la Corte en esta providencia fue si a una comunidad afrodescendiente se le había vulnerado el derecho al reconocimiento de la diversidad étnica y cultural y a la participación al haber sido considerada que no cumplía las condiciones necesarias para ser reconocida como una comunidad diferenciada.

167 Ver sentencia T-485 de 2015, M.P. Myriam Ávila Roldan, fundamento 11.

168 Ver sentencia T-514 de 2009, M.P. Luis Ernesto Vargas Silva; sentencia T-188 de 2015, M.P. Luis Guillermo Guerrero Pérez, apartado 3; y sentencia T-477 de 2012, M.P. Adriana María Guillén Arango, fundamento 8.2. Sobre este mismo tema, el artículo 4 de la Declaración sobre los derechos de los pueblos indígenas dispone: “Los pueblos indígenas, en ejercicio de su derecho de libre determinación, tienen derecho a la autonomía o al autogobierno en las cuestiones relacionadas con sus asuntos internos y locales, así como a disponer de los medios para financiar sus funciones autónomas.” El artículo 5 agrega que los pueblos indígenas tienen derecho a conservar y reforzar sus propias instituciones políticas,

jurídicas, económicas, sociales y culturales, y a participar plenamente, si lo desean, en la vida política, económica, social y cultural del Estado.

169 El Convenio no. 169 de la Organización Internacional del Trabajo fue ratificado por el Estado colombiano mediante la Ley 21 de 1991.

170 Ver también Organización de Naciones Unidas-Asamblea General. Consejo de Derechos Humanos. El derecho a la salud y los pueblos indígenas, con especial atención a los niños y los jóvenes Estudio elaborado por el Mecanismo de Expertos sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas. A/HRC/33/57. 10 de agosto de 2016, párr. 11.

171 Ver sentencia C-063 de 2010, M.P. Humberto Antonio Sierra Porto. Consideración no. 3.3: “En desarrollo del principio fundamental de diversidad étnica y cultural y de normas que integran el bloque de constitucionalidad, como el artículo 8 y 25 del Convenio 169, en nuestro sistema jurídico se han desarrollado una serie de disposiciones que tienen como objetivo garantizar el acceso al servicio de salud a las comunidades indígenas, de una manera que sea respetuosa y acorde con sus tradiciones o costumbres”.

172 Ver Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud: . 11/08/2000. E/C.12/2000/4, CESCR OBSERVACION GENERAL 14. (General Comments), párr. 27.

173 Aprobada por la Asamblea General el 13 de septiembre de 2007

174 Ver Organización de Naciones Unidas-Asamblea General. Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas. Resolución 61/295. A/61/L.67 y Add.1, artículo 23.

175 Ver Organización de Naciones Unidas-Asamblea General. Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas. Resolución 61/295. A/61/L.67 y Add.1, artículo 24.1.

176 Ver Organización de Naciones Unidas-Asamblea General. Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas. Resolución 61/295. A/61/L.67 y Add.1, artículo 24.2.

177 Ver Organización de Naciones Unidas. Consejo Económico y Social. Human rights and indigenous issues. Report of the Special Rapporteur on the situation of human rights and fundamental freedoms of indigenous people, Mr. Rodolfo Stavenhagen Addendum Mission to Colombia. MISSION TO COLOMBIA, E/CN.4/2005/88/Add.2, 10 de noviembre de 2004, párr. 110.

178 Ver Organización de Naciones Unidas-Asamblea General. Consejo de Derechos Humanos. Informe de la Relatora Especial sobre los derechos de los pueblos indígenas, Victoria Tauli Corpuz. A/HRC/27/52, 11 de agosto de 2014, párr. 31.

179 Ver Organización de Naciones Unidas. Consejo Económico y Social. Human rights and indigenous issues. Report of the Special Rapporteur on the situation of human rights and fundamental freedoms of indigenous people, Mr. Rodolfo Stavenhagen Addendum Mission to Colombia. MISSION TO COLOMBIA, E/CN.4/2005/88/Add.2, 10 de noviembre de 2004, párr. 111. Ver también Organización de Naciones Unidas-Asamblea General. Consejo de Derechos Humanos. Informe del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos sobre los derechos de los pueblos indígenas. A/HRC/15/34, 8 de julio de 2010, párr. 65.

180 Ver Organización de Naciones Unidas-Asamblea General. Consejo de Derechos Humanos. Informe de la Relatora Especial sobre los derechos de los pueblos indígenas, Victoria Tauli Corpuz. A/HRC/20/52, 11 de agosto de 2014, párr. 20.

181 Ver Organización de Naciones Unidas-Asamblea General. Consejo de Derechos Humanos. Informe de la Relatora Especial sobre los derechos de los pueblos indígenas, Victoria Tauli Corpuz. A/HRC/30/41, 6 de agosto de 2015, párr. 31. Ver también Organización de Naciones Unidas-Asamblea General. Consejo de Derechos Humanos. El derecho a la salud y los pueblos indígenas, con especial atención a los niños y los jóvenes Estudio elaborado por el Mecanismo de Expertos sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas. A/HRC/33/57. 10 de agosto de 2016, párr. 5.

182 Ver también Organización de Naciones Unidas-Asamblea General. Consejo de Derechos Humanos. Informe del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos sobre los derechos de los pueblos indígenas. A/HRC/15/34, 8 de julio de 2010, párr. 75. Esta última recomendación es acorde con las realizadas por el Mecanismo de Expertos sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas en desarrollo de los criterios de disponibilidad,

accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

183 Ver Organización de Naciones Unidas-Asamblea General. Consejo de Derechos Humanos. Informe del Relator Especial sobre la situación de los derechos humanos y las libertades fundamentales de los indígenas, James Anaya. Adición La situación de los pueblos indígenas en Colombia: seguimiento a las recomendaciones hechas por el Relator Especial anterior. A/HRC/15/37/Add.3, 25 de mayo de 2010, párr. 81.

184 Ver Organización de Naciones Unidas-Asamblea General. Consejo de Derechos Humanos. Informe del Relator Especial sobre la situación de los derechos humanos y las libertades fundamentales de los indígenas, James Anaya. Adición La situación de los pueblos indígenas en Colombia: seguimiento a las recomendaciones hechas por el Relator Especial anterior. A/HRC/15/37/Add.3, 25 de mayo de 2010, párr. 81. Ver tambi

185 Ver Organización de Naciones Unidas-Asamblea General. Consejo de Derechos Humanos. El derecho a la salud y los pueblos indígenas, con especial atención a los niños y los jóvenes Estudio elaborado por el Mecanismo de Expertos sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas. A/HRC/33/57. 10 de agosto de 2016, párr. 23.

186 Ver Organización de Naciones Unidas-Asamblea General. Consejo de Derechos Humanos. El derecho a la salud y los pueblos indígenas, con especial atención a los niños y los jóvenes Estudio elaborado por el Mecanismo de Expertos sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas. A/HRC/33/57. 10 de agosto de 2016, párr. 24.

188 M.P. Humberto Antonio Sierra Porto.

189 Ver sentencia C-063 de 2010, consideración no. 3.3.

190 M.P. Jorge Ignacio Pretelt Chaljub. En esta sentencia le correspondía a la Corte establecer si la Alcaldía de Rosas violaba los derechos a la consulta previa y concertación de los pueblos indígenas y a la integridad étnica y cultural de un resguardo indígena al impedir el traslado de sus miembros a una E.P.S. indígena.

191 Ver sentencia T-920 de 2011, consideración no. 2.4.3.

192 Ver sentencia T-920 de 2011, consideración no. 2.4.4.

193 M.P. Jorge Ignacio Pretelt Chaljub.

194 Uno de los problemas jurídicos a resolver en la mencionada sentencia consistió en determinar si diversas autoridades estatales violaron el derecho fundamental a la diversidad étnica y cultural de las comunidades indígenas cercanas a la represa la Salvajina al haber omitido la realización de una consulta previa antes de la ejecución del proyecto hidroeléctrico.

195 Ver sentencia T-462A de 2014, consideración no. 3.3.3.2.

196 Ver Auto 219 de 2011, consideración no. 317. Cabe aclarar que la información de las comunidades indígenas se refiere al seguimiento hecho por la Corte a la situación de los pueblos indígenas colombianos mayormente afectados por el conflicto armado interno y el desplazamiento forzado identificados en los Autos 004 de 2009 y 382 de 2010, entre los cuales no está listada alguna de las comunidades que habitan el departamento del Vaupés.

197 Cuaderno 5. Folio 76. Respuesta del Ministerio de Salud y Protección Social. Las estimaciones son para el año 2015.

198 Cuaderno 5. Folio 76. Respuesta del Ministerio de Salud y Protección Social. Las estimaciones son para el año 2015.

199 Cuaderno 5. Folio 76. Respuesta del Ministerio de Salud y Protección Social. Las estimaciones son para el año 2015.

200 Cuaderno 5. Folio 157. Respuesta entregada por Germán Zuluaga Ramírez, Director del Grupo de Estudios en Sistemas Tradicionales de Salud de la Universidad del Rosario, el 15 de noviembre de 2016.

201 “A su vez, la familia lingüística Tukano ha sido dividida en Tukano oriental, Tukano medio y Tukano no clasificados”. Cuaderno 5. Folio 157. Respuesta entregada por Germán Zuluaga Ramírez, Director del Grupo de Estudios en Sistemas Tradicionales de Salud de la Universidad del Rosario, el 15 de noviembre de 2016.

202 Cuaderno 5, folio 170. Respuesta de la Clínica Jurídica de Medio Ambiente y Salud Pública -MASP de la Facultad de Derecho de la Universidad de los Andes con información del

Departamento Nacional de Planeación.

203 Cuaderno 5. Folio 474. Respuesta de la Defensoría Delegada para Asuntos Constitucionales y Legales, con información del Ministerio de Salud y Protección Social.

204 Ley 715 de 2001, artículo 43.4.1.

205 Decreto 971 de 2011, artículo 14.

206 Ley 715 de 2001, artículo 43.2.1. La Ley 715 de 2001 señala la función de “gestionar la prestación de los servicios de salud, de manera oportuna, eficiente y con calidad a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, que resida en su jurisdicción, mediante instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas.

207 La gestión financiera y administrativa de los recursos dirigidos a atender a la población vinculada del departamento del Vaupés le corresponde a la Gobernación debido a que los municipios del departamento no cuentan con la certificación exigida para que ellos gestionen directamente los recursos para atender a la población pobre no vinculada. Cuaderno 5, folios 579 a 581. Respuesta de la Secretaría de Salud de Taraira.

208 Ley 715 de 2001, artículo 43.3.4., modificado por el artículo 5 de la Ley 1438 de 2011.

209 Ley 715 de 2001, artículo 43.3.9., modificado por el artículo 5 de la Ley 1438 de 2011.

210 Ley 1438 de 2011, artículo 11, inciso 2º: “Los gobernadores y alcaldes contratarán las acciones colectivas de salud pública de su competencia con las redes conformadas en el espacio poblacional determinado por el municipio con base en la reglamentación establecida por el Ministerio de la Protección Social, para la prestación de servicios de salud, conforme a la estrategia de Atención Primaria en Salud”.

212 Ley 715 de 2001, artículo 44.1.3.

213 Ley 715 de 2001, artículo 44.2.2.

214 Ley 715 de 2001, artículo 44.3.1. modificado por el artículo 5 de la Ley 1438 de 2011.

215 Ley 715 de 2001, artículo 44.3.4.

216 El inciso 3º del artículo 46 de la Ley 715 de 2001 establecía que “los municipios y distritos deberán elaborar e incorporar al Plan de Atención Básica las acciones señaladas en el presente artículo, el cual deberá ser elaborado con la participación de la comunidad y bajo la dirección del Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud”. Al respecto hay que tener en cuenta que el literal h) del artículo 33 de la Ley 1122 de 2007 reemplazó el Plan de Atención Básica por el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas.

217 Ley 715 de 2001, artículo 46.

218 “El Hospital San Antonio cuenta con una sede principal en el municipio de Mitú la cual básicamente presta servicios de primer y segundo nivel, y dos centros de salud en los municipios de Carurú y Taraira. La capacidad instalada según los compromisos del convenio de desempeño se ha mantenido en las 14 camas hospitalarias [...]; tres consultorios de urgencias [...]; [cinco] consultorios donde se realiza la consulta externa (3 en sede principal, 1 en CS Carurú y 1 en CS Taraira); [tres] Salas de Parto correspondientes a la Sede y los dos Centros de Salud Carurú y Taraira. Un quirófano en la sede principal y [cinco] unidades odontológicas repartidas de igual manera que los de consulta externa médica”. Cuaderno 7, folios 95 y 96.

219 Ambos centros de salud prestan servicios de salud de baja complejidad. Cuaderno 5, folio 81. Respuesta del Ministerio de Salud y Protección Social con información del Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de Redes de Empresas Sociales del Estado -PTRRM de octubre de 2013.

220 Cuaderno 5. Folio 81. Respuesta del Ministerio de Salud y Protección Social. La red existente difiere de la red aprobada y viabilizada por el Ministerio de Salud y de la Protección Social en 2013 y que no ha sido implementada. Tal red viabilizada estaría compuesta por el “Hospital San Antonio de Mitú; cuatro centros de salud en Carurú, Taraira, Yavaraté y Acaricuara; 15 puestos de salud para prestar servicios de baja complejidad en las zonas Suburbana, Acaricuara, Cuduyari, Vaupés Medio, Bajo Vaupés, Tiquie, Querari, Alto Vaupés, Taraira, Yavarate, Alto Pira, Bajo Pira, Alto Apaporis, Papunahua, Isana Surubi; y 54 Unidades Básicas de Promoción (UBP) ubicadas en “diferentes áreas rurales”. Al respecto Cuaderno 7, folio 143, respuesta de la ESE Hospital San Antonio de Mitú.

221 Ley 100 de 1993, artículo 156, literal e) y artículo 177: “Las Entidades Promotoras de

Salud son las entidades responsables de la afiliación, y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía. Su función básica será organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio a los afiliados y girar, dentro de los términos previstos en la presente Ley, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes Unidades de Pago por Capitación al Fondo de Solidaridad y Garantía, de que trata el título III de la presente Ley”.

222 Ley 1122 de 2007, artículo 23: “Las Empresas Promotoras de Salud (EPS) del régimen contributivo y subsidiado deberán atender con la celeridad y la frecuencia que requiera la complejidad de las patologías de los usuarios del mismo. Así mismo las citas médicas deben ser fijadas con la rapidez que requiere un tratamiento oportuno por parte de la EPS, en aplicación de los principios de accesibilidad y calidad correspondiente.

El Gobierno Nacional reglamentará dentro de los seis meses siguientes a la expedición de la presente ley, los límites de afiliación a las entidades promotoras de salud, previo estudio técnico que se realice de acuerdo a las capacidades técnicas, científicas y administrativas de las mismas”.

223 Cuaderno 5. Folio 71. Respuesta de Mallamás E.P.S. Indígena. En su respuesta la entidad añadió que tiene 7.275 afiliados en el régimen subsidiado y 48 personas en el régimen contributivo en Mitú.

224 Además de las tres E.P.S. mencionadas, las otras E.P.S. que operan en el departamento son: ARS Convida, Asociación Mutual Empresa Solidaria de Salud de Nariño-EMSSANAR ESS, Asociación Mutual La Esperanza-Asmet Salud, Caja de Compensación Familiar Cajacopi Atlántico, Caja de Previsión Social y Seguridad del Casanare Capresoca E.P.S., Capital Salud E.P.S., Compensar E.P.S., Coomeva E.P.S. S.A., Cooperativa de Salud Comunitaria-Comparta-, Coosalud ESS, E.P.S. y Medicina Prepagada Suramericana S.A., Famisanar E.P.S. Ltda-Cafam-Colsubsidio, Salud Total S.A., SaludCoop E.P.S., Savia Salud E.P.S., Servicio Occidental de Salud-SOS S.A. Cuaderno 5, folio 56.

225 Cuaderno 5. Folios 71-72. Respuesta de Mallamas E.P.S. Indígena.

226 Ley 100 de 1993, artículo 174, inciso 2º: “De conformidad con las disposiciones legales

vigentes, y en especial la Ley 10 de 1990 y la Ley 60 de 1993, corresponde a los departamentos, distritos y municipios, funciones de dirección y organización de los servicios de salud para garantizar la salud pública y la oferta de servicios de salud por instituciones públicas, por contratación de servicios o por el otorgamiento de subsidios a la demanda.” (énfasis añadido). Ver también

227 Ley 1751 de 2015, artículo 6º.

228 Cuaderno 5. Folios 116-117. Respuesta del Ministerio de Salud y Protección Social.

229 Cuaderno 5. Folio 117. Respuesta del Ministerio de Salud y Protección Social.

230 Cuaderno 5. Folio 117. Respuesta del Ministerio de Salud y Protección Social.

231 Cuaderno 5. Folio 117. Respuesta del Ministerio de Salud y Protección Social. El Ministerio agregó que “la Tercera fase se adelantará de acuerdo con los resultados del Congreso, realizando los ajustes que se soliciten definiendo una nueva ruta para ello o protocolizando en la Mesa Permanente de Concertación, el documento validado”.

232 Decreto 1953 de 2014, artículo 83: “Las siguientes son las competencias en materia de salud que se les atribuyen a los Territorios Indígenas:

1. Definir, adoptar, adaptar y ejecutar acciones en Salud Pública, en coordinación y articulación con el Ministerio de Salud y Protección Social, de acuerdo con las normas que se expidan en el marco del SISPI y del SGSSS, previa certificación en salud.
2. Los Territorios Indígenas asumirán la competencia del manejo del riesgo en salud de acuerdo con el grado de desarrollo del SISPI, siempre y cuando cumplan con las condiciones y los requisitos que establezcan el Ministerio de Salud y Protección Social y la Subcomisión de Salud.

Las disposiciones que establezcan dichas condiciones serán concertadas en la Mesa Permanente de Concertación o quien haga sus veces y se implementará de manera gradual, para garantizar el derecho fundamental a la salud.

3. Crear y/o transformar las estructuras propias para el desarrollo del SISPI de acuerdo a la

ley de origen, derecho mayor o derecho propio de cada pueblo indígena.

4. Las competencias de prestación del servicio podrán ser asumidas directamente por el Territorio Indígena con las estructuras propias de salud de propiedad de los Territorios Indígenas y de acuerdo con las normas vigentes que regulen el SGSSS y las formas propias del cuidado de la salud en el marco del SISPI. Las disposiciones especiales de apertura, manejo financiero, permanencia, cierre y liquidación de las estructuras propias de salud de los territorios se adoptarán con participación de los pueblos indígenas en la Mesa Permanente de Concertación Nacional con los Pueblos y Organizaciones Indígenas.

5. Dirigir, planificar y administrar el SISPI en su territorio, conforme a sus componentes y de acuerdo a la particularidad de cada pueblo indígena.

6. Administrar, suministrar y responder por la información en salud relacionada con la salud pública, gestión del riesgo y del cuidado de la salud en los aspectos administrativos, financieros y epidemiológicos que se generen en los respectivos Territorios Indígenas y sus estructuras propias en salud y otras que allí operen, en condiciones de oportunidad, calidad y pertinencia, de acuerdo con la reglamentación que se expida para la materia en el marco del SISPI y del SGSSS”.

233 Cuaderno 5. Folio 117. Respuesta del Ministerio de Salud y Protección Social.

234 Ley 691 de 2001, artículo 5º.

235 Ley 691 de 2001, artículo 27.

236 Ley 1438 de 2011. “Artículo 30. Aseguramiento en territorios con población dispersa geográficamente. El Gobierno Nacional definirá los territorios de población dispersa y los mecanismos que permitan mejorar el acceso a los servicios de salud de dichas comunidades y fortalecerá el aseguramiento”.

237 Ley 100 de 1993, artículo 156, literal f).

238 Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 6411 del 26 de diciembre de 2016, artículo 2. El anexo de la resolución establece el listado de municipios y corregimientos departamentales a los que se les reconoce la prima adicional por zona especial de dispersión

geográfica. Son 343 municipios y 20 corregimientos departamentales. El listado completo se encuentra disponible en la página web [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%206411%20de%202016.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%206411%20de%202016.pdf).

239 Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 6411 del 26 de diciembre de 2016, artículo 12.

240 Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 6411 del 26 de diciembre de 2016, artículo 15.

241 Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 6411 del 26 de diciembre de 2016, artículo 16.

243 Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 6411 del 26 de diciembre de 2016, consideraciones.

244 El giro de los recursos de la UPC se realiza mensualmente conforme a la liquidación mensual de afiliados (LMA) que presentan las E.P.S. y que debe ser validada por las entidades territoriales. Decreto 971 de 2011, artículo 7.

245 Ley 100 de 1993, artículo 156, literal j): “Con el objeto de asegurar el ingreso de toda la población al Sistema en condiciones equitativas, existirá un régimen subsidiado para los más pobres y vulnerables que se financiará con aportes fiscales de la Nación, de los departamentos, los distritos y los municipios, el Fondo de Solidaridad y Garantía y recursos de los afiliados en la medida de su capacidad”; y literal n): “Las entidades territoriales, con cargo a los fondos seccionales y locales de salud cumplirán, de conformidad con la Ley 60 de 1993 y las disposiciones de la presente ley, la financiación al subsidio a la demanda allí dispuesta y en los términos previstos en la presente Ley”.

246 Ley 715 de 2001, artículo 3º, numeral 2º.

247 Ley 100 de 1993, artículo 214, numeral 1º, modificado por el artículo 11 de la Ley 1122 de 2007, el artículo 34 de la Ley 1393 de 2010 y el artículo 44 de la Ley 1438 de 2011. De acuerdo al artículo 47 de la Ley 715 de 2001, estos recursos se destinan a financiar los componentes de subsidios a la demanda, de manera progresiva hasta lograr y sostener la

cobertura total; la prestación del servicio de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda y las acciones de salud pública, definidos como prioritarios para el país por el Ministerio de Salud.

248 Departamento Nacional de Planeación (DNP) (2016). Distribución parcial de las doce doceavas de la participación para educación y once doceavas de la participación para salud (componentes régimen subsidiado y salud pública), vigencia 2016 y Anexos 6 a 9 del documento del DNP.

249 Para el año 2016, Coljuegos le transfirió al departamento del Vaupés \$180.145.269 por concepto de premios caducos. Por concepto de derechos de explotación de juego de apuestas permanentes o chance se recaudaron \$34.254.620; y recursos transferidos por Coljuegos (distintos a premios no cobrados), \$120.880.229,57. Cuaderno 7, folio 110. Respuesta de la ESE Hospital San Antonio de Mitú.

250 Ley 100 de 1993, artículo 214, numeral 2º. Según el artículo 3º, literal d) “Toda la actividad que se realice en ejercicio del monopolio, debe tener en cuenta que con ella se financian los servicios de salud y esa es la razón del monopolio. Dentro del concepto de Servicios de Salud se incluye la financiación de éstos, su pasivo pensional, prestacional y, los demás gastos vinculados a la investigación en áreas de la salud. Los recursos obtenidos por los departamentos, Distrito Capital de Bogotá y los municipios como producto del monopolio de juegos de suerte y azar, se deberán transferir directamente a los servicios de salud en la forma establecida en la presente ley y emplearse para contratar directamente con las empresas sociales del Estado o entidades públicas o privadas la prestación de los servicios de salud a la población vinculada, o para la afiliación de dicha población al régimen subsidiado”.

251 Ley 100 de 1993, artículo 214, numeral 3º modificado por la Ley 1122 de 2007.

252 Cuaderno 7, folio 111. Respuesta de la ESE Hospital San Antonio de Mitú.

253 Cuaderno 7, folio 39. Documento allegado por la Gobernación del Vaupés.

254 Ley 100 de 1993, artículo 214, numeral 5º.gg

255 Ley 1438 de 2011, artículo 29, inciso 3º: “El Ministerio de la Protección Social girará

directamente, a nombre de las Entidades Territoriales, la Unidad de Pago por Capitación a las Entidades Promotoras de Salud, o podrá hacer pagos directos a las Instituciones Prestadoras de Salud con fundamento en el instrumento jurídico definido por el Gobierno Nacional. En todo caso, el Ministerio de la Protección Social podrá realizar el giro directo con base en la información disponible, sin perjuicio de la responsabilidad de las entidades territoriales en el cumplimiento de sus competencias legales. El Ministerio de la Protección Social definirá un plan para la progresiva implementación del giro directo”. La regulación en detalle del mecanismo de giro directo se establece en el artículo 31 de la misma Ley.

256 Ley 715 de 2001, artículo 43.1.4.

257 Cuaderno 7, folio 107. Concepto de viabilidad financiera del Ministerio de Salud y Protección Social anexo a la respuesta de la ESE Hospital San Antonio de Mitú.

258 El artículo 44 añade que “ningún municipio podrá asumir directamente nuevos servicios de salud ni ampliar los existentes y están obligados a articularse a la red departamental”.

259 Decreto 3003 de 2005, artículo 6º.

260 Sentencia T-586 de 2013 M.P. Nilson Pinilla Pinilla dice sobre el derecho a la rehabilitación de niños en situación de discapacidad: “En fallo T-179 de febrero 24 de 2000[3], la Corte afirmó: “Por consiguiente, a los niños discapacitados hay que darles el servicio eficiente, integral, óptimo en tratamiento y rehabilitación para que mejore las condiciones de vida, valor éste que está en la Constitución y es una facultad inherente a todos los seres humanos, con mayor razón a aquellos que padecen enfermedades y no ofrezcan perspectiva de derrota de la dolencia. De todas maneras son seres humanos que tienen derecho a encontrarle un sentido a la vida. Y una manera para neutralizar la impotencia frente a las circunstancias es facilitar cuestiones elementales como por ejemplo crear en ese ser humano comportamientos efectivos de dignidad y autodefensa (aprender a vestirse, a cuidarse, a caminar, a reconocer a los padres y su entorno).”

261 Sentencias T-179 de 2000, M. P. Alejandro Martínez Caballero y T-988 de 2003, M. P. Marco Gerardo Monroy Cabra.

262 Para el Comité: “(...) esos servicios incluirán los factores determinantes básicos de la

salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional capacitado y bien remunerado habida cuenta de las condiciones que existen en el país, así como los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la OMS (Véase la Lista modelo de medicamentos esenciales de la OMS, revisada en diciembre de 1999, Información sobre medicamentos de la OMS, vol. 13, Nº 4, 1999.)”

263 Las zonas son: Suburbana, Acaricuara, Cuduyari, Vaupés Medio, Bajo Vaupés, Tiquié, Querari, Alto Vaupés, Taraira, Yavaraté, Alto Pira, Bajo Pira, Alto Apaporis, Papunahua, Isana Surubi. Cuaderno 1, folio 27.

264 Cuaderno 1, folios 1 y 24.

265 El accionante adjuntó un documento de la Defensoría Delegada para los Derechos de la Población Desplazada de la Defensoría del Pueblo denominado “Informe General de la Situación del Derecho a la Salud de los Pueblos Indígenas del Departamento del Vaupés” en el que se expuso que “El Departamento del Vaupés solo cuenta con tres puntos de prestación de servicios de salud inscritos ante el Ministerio de Salud [...] el resto de Unidades Básicas de Atención UBA las cuales están distribuidas por todo el Departamento no están habilitadas ni inscritas debidamente ante el Ministerio”. Cuaderno 1, folio 120. En lo anterior coincidió el documento aportado por la ONG SINERGIAS: “En relación con lo anotado por el Defensor del Pueblo en el primer punto, si bien se habla de una red de servicios con 15 puestos de salud y 54 unidades básicas de promoción, la ESE Hospital San Antonio de Mitú únicamente reconoce 3 sedes, las ubicadas en las cabeceras municipales, como parte de su red habilitada, por lo que la atención en el resto de los puntos de atención prácticamente no ocurre”. Cuaderno 6, folio 1.

266 Respecto de los centros de salud de Acaricuara y Yurupari, estos no están en funcionamiento y la Alcaldía de Mitú sostuvo que “esta infraestructura está en proceso de entrega”. Cuaderno 5, folio 210.

267 Cuaderno 5, folio 81.

268 Cuaderno 1, folio 5.

269 Confirmar. Cuaderno, 1, folio 6.

270 Cuaderno 1, folio 91.

271 Cuaderno 1, folio 99.

272 Cuaderno 1, folios 14 y 15.

273 Cuaderno 7, folio 40.

274 Señora María Arroyave, testimonio presentado el 13 de febrero de 2017 en la ciudad de Mitú.

275 Caso de Filemón Almeida y Norma Juliana Gaitán Restrepo.

276 Testimonio allegado por la Defensoría del Pueblo en memoria USB en la diligencia de inspección judicial en la comunidad de San Miguel según consta en el expediente, cuaderno 7, folio 22.

277 Testimonio allegado por la Defensoría del Pueblo en memoria USB en la diligencia de inspección judicial en la comunidad de San Miguel según consta en el expediente, cuaderno 7, folio 22.

278 Testimonio allegado por la Defensoría del Pueblo en memoria USB en la diligencia de inspección judicial en la comunidad de San Miguel según consta en el expediente, cuaderno 7, folio 22.

279 En una carta suscrita por integrantes de la comunidad de Tapurucuara - Querari, radicada ante la Gobernación del Vaupés el 21 de marzo de 2014, señala la comunidad que el centro de salud no cuenta con los medicamentos necesarios para atender a los 860 miembros que conforman la etnia lo que ha ocasionado que varios de sus integrantes hayan muerto por falta de atención. Cuaderno 1, folios 60 al 64.

280 En comunicación del 22 de enero de 2015, Anita Rodríguez Ramírez de la comunidad de Bocas del Yi señaló que no había medicamentos en el puesto de salud de la comunidad para su nieto Daniel Santiago Acuña, que se accidentó mientras jugaba con otros niños, y sufrió una fractura del fémur de la pierna derecha. Cuaderno 1, folio 73.

281 En comunicación del 8 de mayo de 2015 el capitán de la comunidad, José Pastor Briceño, solicitó que se dotara de medicamentos al puesto de salud ubicado en la comunidad de Pueblo Nuevo, ya que cuando acuden al centro de salud no tiene los medicamentos necesarios para atender las necesidades de la población (17 familias, 70 personas en total). Cuaderno 1, folio 75.

282 En una comunicación suscrita por capitanes de varias comunidades entre las cuales se encuentra, Placido Rojas, capitán de la comunidad de Buenos Aires, señala que el puesto de salud no cuenta “con ninguna clase de medicamentos para la asistencia primaria” desde el 2013. Añadió que esta situación “se le ha comunicado más de 5 veces a CAPRECOM” y “esta EPS no ha actuado”. Cuaderno 1, folios 76 a 77.

283 Javier Gómez Ardila, capitán de la comunidad del Timbo, señaló en una carta del 11 de mayo de 2015 que el auxiliar de enfermería del centro de salud del Timbo no cuenta con los medicamentos requeridos para atender a los 159 miembros de la comunidad. Cuaderno 1, folio 88.

284 El 24 de agosto de 2015, la capitana de la comunidad de Arara, Gloria Loatoza solicitó que se le proporcionen medicamentos al puesto de salud de la comunidad. Cuaderno 1, folio 98.

285 En una comunicación suscrita por integrantes de la comunidad de Puerto Valencia, del 31 de agosto de 2015, solicitan que se les proporcione un puesto de salud, un auxiliar de salud así como medicamentos para poder atender a la población. Cuaderno 1, folio 99.

286 En una comunicación suscrita por integrantes de la comunidad de El Palmar, del 1 de septiembre de 2015, solicitan que se les proporcione un puesto de salud, un auxiliar de salud así como medicamentos para poder atender a la población. Cuaderno 1, folio 100.

287 En una comunicación suscrita por integrantes de la comunidad de Vistahermosa, del 31 de agosto de 2015, solicitan que se les proporcione un puesto de salud, un auxiliar de salud así como medicamentos para poder atender a la población. Cuaderno 1, folio 101.

288 Cuaderno 1, folios 60 al 64.

290 Fue el caso de los señores Paulo Emilio Hernández de la comunidad de Buenos Aires y de

Alfonso Agudelo, de la comunidad Mutanakua, quienes fallecieron en agosto de 2013 debido a un accidente ofídico y no fueron remitidos ya que la avioneta nunca llegó. Cuaderno 1, folios 76 y 77.

291 Cuaderno 8, folios 118 y 119.

292 Mediante respuesta de la ESE Hospital San Antonio de Mitú al oficio OPT-A-636/2017 enviada por medio electrónico, la entidad manifestó que “La gobernación del Vaupés a través de la secretaría de salud departamental mediante el proyecto denominado “EQUIPAMIENTO PARA LA RED PÚBLICA HOSPITALARIA DE LAS COMUNIDADES INDÍGENAS DEL DEPARTAMENTO DEL VAUPÉS, ORINOQUÍA” pretende garantizar la prestación de los servicios de salud de la red aprobada para el Hospital San Antonio, a través de los centros y puestos de salud y buscar: - Fortalecer la capacidad técnica y tecnológica para la prestación de los servicios de salud con la adquisición del equipamiento básico de los puntos de atención de la red. - Mejorar el acceso a los servicios básicos de salud de la población rural del Departamento del Vaupés. - Mejorar las coberturas de los diferentes programas de promoción y prevención. - Garantizar la oportunidad y calidad de la atención de los servicios de salud. - Mejorar la capacidad resolutoria de la ESE Hospital San Antonio y su red prestadora de servicios. Disminuir costos de movilización de pacientes en remisiones a niveles de mayor complejidad de atención”.

293 Testimonio allegado por la Defensoría del Pueblo en memoria USB en la diligencia de inspección judicial en la comunidad de San Miguel según consta en el expediente, cuaderno 7, folio 22.

294 Testimonio allegado por la Defensoría del Pueblo en memoria USB en la diligencia de inspección judicial en la comunidad de San Miguel según consta en el expediente, cuaderno 7, folio 22.

295 Cuaderno 1, folios 60 a 64

296 Cuaderno 1, folios 69 a 70.

297 Cuaderno 1, folio 93.

298 Decreto 1811 de 1990. “Artículo 5. En adelante, la selección y el trabajo de los

promotores de salud en las comunidades indígenas estarán sometidos a las siguientes normas generales: (...) b. Las Direcciones Seccionales y Locales de Salud proporcionarán los medios necesarios para el cumplimiento de las funciones del promotor. De igual manera, definirán y adoptarán un modelo de educación del promotor y un sistema de contactos frecuentes y regulares que permitan apoyar y mejorar sus acciones y conocimientos. En el cumplimiento de estas últimas responsabilidades, se tendrá como propósito de interés prioritario el establecimiento de una adecuada red de radiocomunicación. (...)"

299 Cuaderno 8, documento denominado "Propuesta Junta Directiva ESE Hospital Mitú" en CD visible a folio 29. En el documento señaló que el costo de estos 7 grupos extramurales es \$1.850.881.603.

300 Cuaderno 8, folio 101.

301 Cuaderno 8, folio 102.

302 Testimonio allegado por la Defensoría del Pueblo en memoria USB en la diligencia de inspección judicial en la comunidad de San Miguel según consta en el expediente, cuaderno 7, folio 22.

303 En una comunicación del 11 de julio de 2015, Bernardo Gómez Rodríguez, capitán de la comunidad de Bocas del Yi dio a conocer al Defensor regional del Pueblo que "desde 2010 han solicitado que se realicen brigadas en salud". Cuaderno 1, folios 91 y 94.

304 Las solicitudes de brigadas de salud de las comunidades de Puerto Valencia y El Palmar se encuentran en el Cuaderno 1, folios 99 y 100.

305 En 2015, las zonas de las comisiones y su correspondiente recorrido fueron: "(1) Tiquie: Bella Vista de Abiyu, Puerto Espuma, San Francisco, San Jose del Timiña, Santa Catalina, Trinidad de Tiquie, Puerto Colombia, Puerto Loro, San Javier de Umuña, San Juan del Mariña, Santa Teresita; (2) Bajo Pira: Santa Isabel, Puerto Antonio, San Luis, Caño Toaca, Puerto Esperanza, Santa Rosa; (3) Alto Pira: Sonaña, Hená, Mohaví, Puerto Ortega, Villanueva, San Miguel, Puerto Córdoba, Yohaya; (4) Vaupés Medio: Villanueva, Mandí, Guamal, Puerto Limón, Tierragrata, Wasay, Pupuña, Yacayaca; (5) Yavarate: Wainambi, Meyu, San Francisco, Olinda, Monforth, Piracuara, Teresita, Yavarate, Puerto Colombia, Ibacava, San Luis de Virari; (6)

Acaricuara: Acaricuara, La Floresta, Belén de Inambu, San Joaquín, Puerto Esperanza, San José del Viña; (7) Carretera: Pueblo Nuevo, Cucura, Ceima Cachivera; (8) Alto Apaporis: Buenos Aires; (9) Bajo Apaporis: Bocas de Taraira, Puerto Ñumi, Vista Hermosa, Puerto Libertad, Bocas de Uga, Caño Laurel, Puerto Curupira, Puerto Solano, Campo Alegre, Santa Clara, Aguas Blancas, Jota Beya; (10) Bajo Vaupés: Yaburu, Puerto Tolima, Puerto Colón, Macucu, Nana, Nazareth, Villa Fátima; (11) Papunahua: Sardinias, Ipanore, Puerto Solano, Danta, Santa Cruz; (12) Isana Suruby: Camanaos, Wainambi, Wasay, Barranco Colorado, Puerto Arenal”.

Respecto de las comisiones realizadas en el 2016, las zonas y recorrido de cada comisión fueron: “(1) Carretera: Bogotá Cachivera, Timbo, Murutinga, Tucandira, Pueblo Nuevo, Cucura, Makayuka, Ceima San Pablo, Ceima Cachivera, Yraraca; (2) Yapú: Yapú, Puerto Florida, Puerto Nariño, San Antonio, Nueva Reforma, Weyura, Puerto Limón, San Gabriel; (3) Bajo Vaupés: Matapi, Taina, Puerto Colombia, Puerto Playa, Bocas del Querari, Yaburu, Puerto Tolima, Puerto Colón, Macucu, Nana, Puerto de Nazareth, Villa Fátima; (4) Cuduyari: Puerto Wacuraba, Arara, Puerto Tolima, Puerto Llano, Pato, Puerto Casanare, Querari Miri, Puerto Arenal, Barranco Colorodado, Piramiri, Itapinima, San Javier, Tayazu, Pacuativa Quinaquina, Camuti, Santa Elena, Nueva Reforma, Piracemo, San Miguel, Pituna; (5) Acaricuara: Acaricuara, La Floresta, Belén de Inambu, San Joaquín, Puerto Esperanza; (6) Suburbana Río Arriba: Puerto Inaya, Puerto Colombia, Puerto, San Marco, Santa Rosalia, Bocas del Yi, Miriti Cachivera, Puerto Corroncho, Puerto Vaupés; (7) Vaupés Medio: Yurupary, Bellavista del Tuy, Puerto Laguna del Tuy, Nueva Florida, Ñamu, Los Cerros, San Pedro del Ti; Nazareth del Ti, Santa Rosa de Lima, Villanueva, Mandi, Guamal, Puerto Limón, Tierragrata, Wasay, Pupuña y Yacayaca; (8) Río Abajo: Wacuraba, Trubon, Macaquiño, Tucunare, Mituseño, Garrafa, Puerto López, Puerto Golondrina, Santa Martha, Puerto Morichal, Tatu; (9) Querari: Bocoa, Puerto Asis, Puerto Lleras, Santa Rita, Pacu, Ñupana, Caruru, Puerto Florencia, Tapurucuara, 8 de Diciembre, Caño Azul, Cerro Betania, Santa Lucía, Santa María, Villa María, Puerto Mava, Puerto Hormiga, Puerto Guara, Laguna de Emaus; (10) Bajo Apaporis: Bocas de Tarair, Puerto Ñumi, Vista Hermosa, Puerto Libertad, Bocas de Uga, Caño Laurel, Puerto Curupira, Puerto Solano, Campo Alegre, Santa Clara, Aguas Blancas, Jota Beya; (11) Bajo Pira: Santa Isabel, Puerto Inaya, Santa Rosa, Puerto Amazonas, Puerto Esperanza, Caño Toaca, Puerto Antonio, Caño Umuña 1, San Luis, Piedra Ñi, Caño Umuña 2, San Miguel, Caño Colorado, Caño Tatu; (12) Tiquie: Bella Vista de Abiyu, Puerto Espuma, San Francisco, San José del Timiña, Santa Catalina, Trinidad del Tiquie, Puerto Colombia, Puerto Loro, San Javier de Umuña, San Juan

del Mariña, Santa Teresita; (13) Isana Suruby: Camanaos, Wainambi, Wasay, Barranco Colorado, Puerto Arenal; (14) Yavarate: Monfort, Piracuara, San Luis, Trubon; (15) Carretera: Bogotá Cachivera, Timbo, Murutinga, Tucandira, Pueblo Nuevo, Cucura, Makayuka, Ceima San Pablo, Ceima Cachivera, Yararaca". Cuaderno 7, folios 97 y 98.

306 Cuaderno 8, folios 24 y 25.

307 Álvaro Macuni. Testimonio allegado por la Defensoría del Pueblo en memoria USB en la diligencia de inspección judicial en la comunidad de San Miguel según consta en el expediente, cuaderno 7, folio 22.

308 Es el caso que dio a conocer Irazi, la capitana de la comunidad de Caño Laurel, de su hija diagnosticada con mastitis. Ella ingresó al hospital de Pedrera, donde tuvieron que esperar 5 días para ser remitidas a Leticia. Una vez que le dieron de alta pudieron volver gracias a que la hermana de la paciente les pagó el pasaje de regreso. Para el momento en que Irazi dio a conocer esta situación la Nueva EPS no había pagado aún el costo de los pasajes que tuvo que sufragar la hermana. Testimonio allegado por la Defensoría del Pueblo en memoria USB en la diligencia de inspección judicial en la comunidad de San Miguel según consta en el expediente, cuaderno 7, folio 22. Una situación similar sucede en la comunidad de Buenos Aires donde no se realizan los reintegros de los habitantes del Alto Apaporis cuando han requerido una remisión a Mitú. Cuaderno 1, folio 76. Entre los documentos que allegó la Secretaría de Desarrollo de Carurú se anexaron oficios dirigidos a la Nueva E.P.S. solicitando el reintegro de una paciente que tuvo que ser remitida a la ciudad de Villavicencio. Cuaderno 7, folio 163.

309 Fue el caso de Benjamín Matkuna que murió mientras esperaba ser remitido a Mitú. Así lo manifestó Julio Hernández, capitán de la comunidad de Bocas del Taraira. Testimonio allegado por la Defensoría del Pueblo en memoria USB en la diligencia de inspección judicial en la comunidad de San Miguel según consta en el expediente, cuaderno 7, folio 22.

310 El día 05 de enero de 2013 el señor Rodrigo Restrepo no fue atendido en el puesto de salud de la comunidad pues estaba cerrado y sin personal. Él tuvo que esperar hasta el día siguiente, cuando fue remitido a Villavicencio. Cuaderno 1, folio 59.

311 La comunicación destaca que desde el año 2010 el puesto de salud de la comunidad de

Virabazú se encuentra sin el personal mínimo para atender las necesidades de salud de la comunidad. Cuaderno 1, folios 65 a 68.

313 Cuaderno 7, folios 166, 170 y 172. Oficios del 1º, 12 y 14 de septiembre de 2016.

314 Caso de Filemón Almeida y listado de casos de quejas y reclamos de la Defensoría del Pueblo.

315 Ver, entre otras, sentencias: T-197 de 2003, T-940 de 2009, T-708 de 2012, T-769 de 2012. Tal regla ha sido reiterada también por las recientes sentencias T-131 de 2015, T-148 de 2016, T-220 de 2016, T-331 de 2016, T-558 de 2016, T-653 de 2016, T-707 de 2016.

316 T-511 de 2008, T-940 de 2009, T-769 de 2012.

317 T-148 de 2016, T-131 de 2015, T-558 de 2016.

318 Sentencia T-707 de 2016. En la providencia se citan los siguientes casos: “En relación con este asunto, en la sentencia T-1079 de 2001, M.P. Alfredo Beltrán Sierra, se analizó el caso de una persona que debía trasladarse del lugar de su residencia para ser sometida a un trasplante de rótula, y, debido a su edad y la dificultad de desplazamiento, necesitaba asistencia. Motivo por el cual, en dicha oportunidad la Corte ordenó a la EPS correspondiente sufragar los costos del traslado de algún miembro de su familia o una persona de su elección que la pudiese acompañar.; Igualmente, en la sentencia T-744 de 2006, M.P. Nilson Pinilla Pinilla, se previno a una EPS para que en caso de ordenarse tratamientos en una ciudad diferente a la de residencia del accionante, le fueran pagados los gastos a su acompañante, pues se trataba de una persona mayor, de 74 años y con múltiples quebrantos de salud como artritis, hipertensión y problemas cardíacos.”

319 Sentencias T-808 de 2012, T-039 de 2013, T-804 de 2013, T-012 de 2015, T-255 de 2015 y T-707 de 2016.

320 Sentencias T-487 de 2014 y T-206 de 2013.

321 Sentencias T-255 de 2015, T-116A de 2013, T-743 de 2014.

322 De conformidad con el artículo 126 de la Resolución 5592 de 2015, tales eventos son:

- Movilización de pacientes con patología de urgencias desde el sitio de ocurrencia de la misma hasta una institución hospitalaria, incluyendo el servicio prehospitalario y de apoyo terapéutico en unidades móviles.
- Entre IPS dentro del territorio nacional de los pacientes remitidos, teniendo en cuenta las limitaciones en la oferta de servicios de la institución en donde están siendo atendidos, que requieran de atención en un servicio no disponible en la institución remitora. Igualmente para estos casos está cubierto el traslado en ambulancia en caso de contrarreferencia.

El servicio de traslado cubrirá el medio de transporte disponible en el sitio geográfico donde se encuentre el paciente, con base en su estado de salud, el concepto del médico tratante y el destino de la remisión, de conformidad con la normatividad vigente. Asimismo, se cubre el traslado en ambulancia del paciente remitido para atención domiciliaria si el médico así lo prescribe.

Igualmente, el artículo 127 de la citada Resolución establece: (i) que “[e]l servicio de transporte en un medio diferente a la ambulancia, para acceder a una atención incluida en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, no disponible en el lugar de residencia del afiliado, será cubierto en los municipios o corregimientos con cargo a la prima adicional para zona especial por dispersión geográfica”; y (ii) que las EPS o las entidades que hagan sus veces “deberán pagar el transporte del paciente ambulatorio cuando el usuario debe trasladarse a un municipio distinto a su residencia para recibir los servicios mencionados en el artículo 10 de este acto administrativo, cuando existiendo estos en su municipio de residencia la EPS o la entidad que haga sus veces no los hubiere tenido en cuenta para la conformación de su red de servicios”.

323 Sentencia T-707 de 2016. Afirma igualmente dicha providencia: “En esa medida, cuando el paciente no tiene la capacidad para sufragar los gastos que le genera el desplazamiento y esa es la causa que le impide recibir el servicio médico, dicha carencia económica se traduce en una barrera para acceder al goce efectivo de su derecho a la salud, y por esa razón corresponde al juez constitucional enderezar su análisis en la observancia de los principios de integralidad y accesibilidad, toda vez que el respeto a esta garantía fundamental no solo incluye el reconocimiento de la prestación del servicio que se requiere, sino también su acceso material y oportuno; motivo por el cual, cuando un usuario es remitido a una zona

geográfica diferente a la de su residencia o a un lugar retirado de su domicilio para acceder a un servicio, pero ni él ni su familia cuentan con los medios económicos para hacerlo, esta Corporación ha exigido a las entidades promotoras de salud eliminar estas barreras y les ha ordenado asumir el transporte de la persona que se traslada, incluso con un acompañante, y, en los casos necesarios, sufragar el costo del alojamiento o la manutención en el los sitios a los cuales se desplazan.”

325 Sentencias T-206 de 2013 y T-487 de 2014, entre otras.

326 Cuaderno 5, folio 78. Respuesta del Ministerio de Salud y Protección Social.

327 Cuaderno 5, folio 78. Respuesta del Ministerio de Salud y Protección Social.

328 Cuaderno 5, folio 210. Respuesta de la Secretaría de Salud de Mitú.

329 Cuaderno 5, folio 242. Respuesta de la Secretaría de Salud de Mitú. Oficio del 7 de octubre de 2016.

330 Cuaderno 5, folio 243. Respuesta de la Secretaría de Salud de Mitú. Oficio del 31 de agosto de 2016.

331 Cuaderno 7, folio 184. Oficio del 29 de julio de 2016.

332 Es el caso del oficio del 27 de julio de 2016, en el que el Secretario (e) de Desarrollo Social solicita atención de una menor de edad, habitante de Puerto Esperanza, a la que le ordenaron una remisión en septiembre de 2015. Cuaderno 7, folio 185.

333 Cuaderno 1, folio 7. Escrito de acción de tutela.

334 Cuaderno 1, folio 52. Escrito de acción de tutela. En el informe se agrega que “las zonas que reportan casos son: Urbano de Mitú y Taraira y la zona Sub urbana de Mitú. Con respecto a la sub urbana predomina la parte de la carretera Mitú-Monforth reportándose dos casos en la comunidad de Cucura (sin antecedentes de casos de suicidio); considerándose la zona de la carretera como una de mayor vulnerabilidad para la ocurrencia del evento”. El Grupo de Estudios en Sistemas Tradicionales de Salud adscrito a la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad del Rosario coincidió en que “ha recibido mucha atención la

prevalencia de suicidios en el departamento del Vaupés”. Cuaderno 5, folio 159.

335 Cuaderno 1, folio 131.

336 Cuaderno 5, folio 172.

337 En 2016, el Ministerio de Salud y Protección Social, el Instituto Nacional de Salud y la Universidad de Córdoba evaluaron la exposición a mercurio en comunidades indígenas del municipio de Taraira, mediante la determinación de sus concentraciones en muestras biológicas y ambientales (Convenio Interadministrativo 407 - 2016). El estudio, respondió a la solicitud de la Asociación de Capitanes Indígenas del Resguardo Yaigojé Apaporis (ACIYA) y la Asociación de Capitanes Indígenas de Taraira Vaupés (ACITAVA), y concluyó que: “(1) Las altas concentraciones de mercurio total que excedieron los valores de referencia y que se registraron en altos porcentajes de muestras de sangre y cabello (más del 80%), evidencia una elevada exposición a mercurio en las comunidades evaluadas, y (2) El alto número de casos de intoxicación (170 = 71.4%) registrados, muestran la necesidad de acciones correctivas y/o preventivas en las comunidades evaluadas”.

338 M.P. Manuel José Cepeda Espinosa.

339 OPS citando: Braveman PA, Cubbin C, Egerter S, Williams DR. 2011. The social determinants of health: coming of age. Annu. Rev. Public Health 32:3.1-3.18

340 Corte Constitucional. Sentencia T-310 de 1995. Reiterada en la sentencia T-466 de 2016.

341 Corte Constitucional. Sentencia T-086 de 2003.

342 Corte Constitucional. Sentencia T-110 de 2014. M.P. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo.

343 Al respecto, ver la sentencia SU-195 de 2012. M.P. Jorge Iván Palacio Palacio.

344 Corte Constitucional. Sentencia T-086 de 2003.

345 Ver sentencias T-025 de 2004, T-388 de 2013 y T-762 de 2015.

346 Ver sentencias T-199 de 2013, T-570 de 2014. . M.P. Luis Ernesto Vargas Silva.

347 Corte Constitucional, sentencia T-199 de 2013. M.P. Luis Ernesto Vargas Silva.