

Bogotá D.C. 11 de diciembre de dos mil dieciocho (2018)

Honorables Magistrados
Corte Constitucional
E.S.D

Referencia: Respuesta Auto 668 de 2018, mediante el cual se cita a audiencia pública en el marco del seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 el día 6 de diciembre de 2018

Vivian Newman Pont, Diana Rodríguez Franco, Diana Guarnizo Peralta, Maryluz Barragán González, Rodrigo Uprimny Yepes, Valentina Rozo Ángel, directora e investigadores del Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad, identificados como aparece al pie de la firma, comparecemos ante la honorable Corte Constitucional con el fin de presentar respuesta a los interrogantes planteados mediante el Auto 668 de 2018.

Agradecemos a la Corte Constitucional la amable invitación para participar en la Audiencia de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008, lo que constituye un reconocimiento a las de acciones de investigación, litigio e incidencia de Dejusticia, en asuntos relacionados con el derecho a la salud y los derechos de los pueblos indígenas en Colombia.

A continuación, transcribimos las preguntas de la Corte a las cuales pretendemos responder, y en la siguiente sección enunciamos las respuestas.

1. ¿Qué componentes esenciales debe atender el Estado para garantizar una cobertura universal sostenible en salud?
2. Desde la evidencia social, ¿cuáles son los problemas y necesidades en materia de acceso a los servicios de salud de quienes habitan en zonas geográficamente dispersas, atendiendo de igual manera el enfoque étnico diferencial?
3. ¿Cuáles son las conclusiones de la visita del grupo de investigadores de Dejusticia al departamento de La Guajira en materia de acceso a los servicios de salud?
4. ¿Teniendo en cuenta el trabajo realizado en terreno y verificando las condiciones actuales de la prestación de los servicios de salud, considera que actualmente se garantiza la cobertura en salud a los habitantes del territorio nacional?

Para dar respuesta a estas preguntas, el presente escrito está dividido en cuatro partes. En la sección 1 se describen los componentes esenciales para garantizar una cobertura universal en salud, estos son: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad (secciones 1.1 a 1.4). Adicionalmente, estudiaremos cuál debería ser la respuesta del Estado para garantizar una cobertura universal sostenible en salud, teniendo en cuenta la migración de venezolanos a Colombia (sección 1.5). Por último, daremos las conclusiones para responder al interrogante (sección 1.6).

En la sección 2 desarrollamos la problemática de accesibilidad a servicios de salud en zonas dispersas y materialización de enfoque étnico en salud para lo cual presentaremos los hallazgos de las visitas de Dejusticia a Chocó, y La Guajira, así como el análisis enviado a la Corte sobre la situación del derecho a la salud en Vaupés, para ilustrar las necesidades en materia de acceso a los servicios de salud de quienes habitan estas zonas (2.1). A continuación, presentaremos la urgencia de un enfoque étnico diferencial en general para toda la población indígena (2.2) y, por último, daremos las conclusiones para responder al interrogante (2.3).

En la sección 3 abordaremos el tema de acceso al servicio público de salud en el departamento de La Guajira para lo cual mostraremos los resultados del equipo de investigadores de Dejusticia en materia de acceso a los servicios de salud en su visita al departamento de La Guajira (3.1), detallaremos las particularidades de la región para tener un enfoque étnico diferencial (3.2) y presentaremos las conclusiones (3.3).

Por último, en la sección 4 describiremos el estado actual de la cobertura del servicio de salud en Colombia presentando unas consideraciones frente a la garantía de la cobertura en salud a los habitantes del territorio nacional.

1. COMPONENTES ESENCIALES PARA GARANTIZAR UNA COBERTURA UNIVERSAL SOSTENIBLE EN SALUD

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC) establece en el artículo 12 de las observaciones generales que la salud es un “derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos”¹. En el artículo quedan enunciados los cuatro elementos esenciales e interrelacionados, que abarca el derecho a la salud en todas sus formas y a todos los niveles: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

En primer lugar, el componente de “disponibilidad” se refiere a la necesidad de que los Estado Parte cuenten con una oferta suficiente para prestar servicios de salud en términos tanto físicos, como de servicios y de personal médico. Este componente será desarrollado en la sección 1.1.

¹ CESCR. Observación general No. 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12). Disponible en <https://www.escri-net.org/es/recursos/observacion-general-no-14-derecho-al-disfrute-del-mas-alto-nivel-possible-salud-articulo-12>

En segundo lugar, el componente de “accesibilidad” expresa cómo los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles para todos los sectores de la población, sin ningún tipo de discriminación. Para analizar si se cumple o no con este componente, se tienen a su vez cuatro dimensiones: no discriminación, accesibilidad física, asequibilidad y acceso a información. Cada una de ellas será desarrollada en las secciones 1.2.1 a 1.2.4, respectivamente.

En tercer lugar, el componente de “aceptabilidad” se refiere al respeto que debe estar presente en todos los establecimientos, bienes y servicios de salud, respeto que debe ser tanto en materia de la ética médica, como de la cultura y el género. Este componente será desarrollado en la sección 1.3.

En cuarto lugar, el componente de “calidad” expresa la necesidad de que los establecimientos, bienes y servicios de salud sean apropiados a nivel científico y médico. Por lo tanto, se requiere tener personal médico capacitado, equipos en buen estado y condiciones sanitarias adecuadas. Este componente será desarrollado en la sección 1.4.

1.1 Disponibilidad

De acuerdo con el Comité DESC “[c]ada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas. La naturaleza precisa de los establecimientos, bienes y servicios dependerá de diversos factores, en particular el nivel de desarrollo del Estado Parte. Con todo, 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”².

Esto significa que para que haya disponibilidad en materia de salud son necesarios, entre otros, un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud (1.1.1.), el cumplimiento de ciertos determinantes básicos de salud (1.1.2) y presencia de personal médico y profesional capacitado (1.1.3). A continuación, presentaremos cuáles son los indicadores que existen en la actualidad para medir cada uno de estos elementos y el desempeño de Colombia en cada uno de ellos para después dar respuesta al interrogante.

1.1.1) Número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud

De acuerdo a la OMS “con el fin de evaluar la disponibilidad, el acceso y la distribución de la prestación de servicios de salud es preciso contar con una serie de indicadores o bien con un indicador compuesto (...). El número de camas hospitalarias disponibles es uno de los pocos indicadores relacionados con dicho componente del nivel de prestación de servicios de salud”³. Si bien no existe un ideal de la cifra que debería alcanzar este indicador, resulta

² Ibíd. P. 4.

³ OMS. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2005. P. 93.

útil comparar el desempeño de Colombia con países de la región para lo que se toma el número de camas por cada 1.000 habitantes en distintos países entre 2005 y 2011.

Tabla 1. Número de camas por 1.000 habitantes

País	Número de camas por cada 1.000 habitantes
Argentina	4,5
Bolivia	1,1
Brasil	2,4
Chile	2,1
Colombia	1
Ecuador	1,5
Perú	1,5

Fuente: OMS. Estadísticas sanitarias mundiales 2012. PP. 122-129

Es claro el rezago de Colombia en comparación con países de la región y con condiciones económicas similares como Ecuador y Perú. Además, la diferencia con Argentina es abismal, ya que aquel país tiene más de 4 veces mayor disponibilidad de camas por cada mil habitantes, que Colombia.

Ahora bien, en el 2015 Colombia publicó nueva información y manifestó que había alcanzado una cifra de 1,61 camas por cada 1.000 habitantes⁴. Si bien es una mejoría, sigue estando por debajo de lo que estaban otros países en 2011, como Chile y Brasil. Además, al analizar las diferencias a nivel departamental (tabla 2), es claro que existe una brecha entre los departamentos con mayor disponibilidad de camas y menor. De hecho, Sucre, que es el departamento con un mayor número de camas, tiene 8 veces más camas por cada 1.000 habitantes de lo que tiene el departamento del Guaviare.

En conclusión, Colombia está rezagada en materia de disponibilidad al no tener un número suficiente de camas en comparación con los países de la región. Aunque su desempeño ha mejorado, se siguen presentando diferencias abismales entre departamentos, mostrando desigualdades en la disponibilidad de servicios de salud.

Por lo tanto, reducir la brecha en materia de disponibilidad es el primer componente esencial que debe atender el Estado para garantizar una cobertura universal en salud. Esto está altamente relacionado con la sostenibilidad, pues la disponibilidad limitada lleva a que las personas no puedan ser tratadas de manera idónea, lo que puede traducirse en más costos y dificultar la sostenibilidad fiscal del sistema de salud.

⁴ Ministerio de Salud. Indicadores Básicos 2015. P. 103.

Tabla 2. Razón de camas por cada 1.000 habitantes a nivel departamental.

Dept.	Camas por 1.000 habitantes	Dept.	Camas por 1.000 habitantes	Dept.	Camas por 1.000 habitantes
Sucre	2,79	Bolívar	1,63	Nariño	1,31
Atlántico	2,40	Chocó	1,63	La Guajira	1,21
San Andrés	2,37	Risaralda	1,63	Casanare	1,19
Cesar	2,11	Valle Del Cauca	1,60	Boyacá	1,17
Quindío	2,08	Antioquia	1,53	Vaupés	1,17
Magdalena	2,06	Norte de Santander	1,50	Arauca	1,11
Caldas	1,98	Huila	1,42	Putumayo	1,10
Santander	1,90	Guainía	1,40	Cauca	0,92
Amazonas	1,80	Caquetá	1,39	Cundinamarca	0,91
Bogotá, D.C.	1,75	Tolima	1,38	Vichada	0,93
Meta	1,73	Córdoba	1,37	Guaviare	0,32

Fuente: Ministerio de Salud. Indicadores Básicos 2015. P. 103.

1.1.2. Determinantes básicos de salud, particularmente la calidad del agua

De acuerdo a la OMS “[e]l acceso al agua potable y a un mejor saneamiento es una necesidad fundamental y un derecho humano vital para la dignidad y la salud de todas las personas. Los beneficios sanitarios y económicos de un suministro de agua mejorado para los hogares y las personas (especialmente los niños) están ampliamente documentados”⁵.

Por lo anterior, se tomó el Índice de Riesgo de la Calidad del Agua para Consumo Humano (IRCA) a nivel departamental (tabla 3), pues muestra “el grado de riesgo de ocurrencia de enfermedades relacionadas con el no cumplimiento de las características físicas, químicas y microbiológicas del agua para consumo humano”⁶. El cálculo de este índice es responsabilidad de las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, conforme a lo establecido por el Decreto 1575 de 2007.

En la tabla 3 se observa, primero, que no todos los municipios ni todos los departamentos cumplieron con el reporte del IRCA. Analizando la información disponible, nuevamente es clara una diferencia a nivel departamental, pues si bien gran parte de los departamentos no tiene riesgo, sigue habiendo departamentos con riesgo alto y medio.

La mala calidad del agua se traduce en enfermedades y en mayores gastos del sistema al tratarlas. De acuerdo al Ministerio de Salud “[e]l agua contaminada con microorganismos patógenos causa diversas patologías que se vehiculizan mediante este elemento vital del consumo humano, tales como la Hepatitis A, el Córlera, la fiebre Tifoidea y Paratifioidea y

⁵ OMS. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2005. P. 86.

⁶ Ministerio de la Protección Social. Decreto Número 1575 de 2007.

en gran porcentaje de casos las enfermedades Diarreicas agudas, todas consideradas de interés en salud pública”⁷. Por ello, para garantizar el acceso universal sostenible a salud es urgente que el Estado recoja información sobre la calidad del agua de los distintos municipios y departamentos del país, pues el tener agua potable es una medida costo-efectiva al prevenir enfermedades relacionadas con la mala calidad del agua, que resultan de interés en salud pública.

Tabla 3. Cobertura de la vigilancia de la calidad del agua, Colombia, diciembre 2017

Departamento	Número de municipios	Municipios reportados		Número de muestras	Ubicación de las muestras			IRCA	Nivel de riesgo
		n	%		Área urbana	Área rural	No reportado		
Amazonas	2	0	0,0	0	0	0	0	NR	NC
Antioquia	125	121	96,8	755	557	81	117	2,4	Sin riesgo
Arauca	7	7	100,0	32	30	0	2	1,2	Sin riesgo
Atlántico	23	1	4,3	15	15	0	0	0,0	Sin riesgo
Bogotá D.C.	1	1	100,0	194	162	27	5	4,0	Sin riesgo
Bolívar	47	8	17,0	32	6	0	26	19,3	Medio
Boyacá	123	50	40,7	105	59	20	26	13,9	Bajo
Caldas	27	26	96,3	157	0	0	157	43,3	Alto
Caquetá	16	16	100,0	56	12	1	43	18,0	Medio
Casanare	19	19	100,0	87	3	1	83	16,8	Medio
Cauca	42	18	42,9	79	71	3	5	12,1	Bajo
César	25	22	88,0	69	50	0	19	13,4	Bajo
Chocó	30	0	0,0	0	0	0	0	NR	NC
Córdoba	30	0	0,0	0	0	0	0	NR	NC
Cundinamarca	116	85	73,3	174	67	22	85	10,7	Bajo
Guainía	1	1	100,0	5	0	0	5	25,4	Medio
Guaviare	4	0	0,0	0	0	0	0	NR	NC
Huila	37	36	97,3	244	31	41	172	53,6	Alto
La Guajira	15	0	0,0	0	0	0	0	NR	NC
Magdalena	30	24	80,0	134	48	6	80	19,0	Medio
Meta	29	28	96,6	55	0	0	55	19,6	Medio
Nariño	64	0	0,0	0	0	0	0	NR	NC
Norte de Santander	40	0	0,0	0	0	0	0	NR	NC
Putumayo	13	13	100,0	29	0	0	29	27,2	Medio
Quindío	12	1	8,3	15	13	2	0	1,2	Sin riesgo
Risaralda	14	12	85,7	88	80	7	1	0,0	Sin riesgo
San Andrés y Providencia	2	1	50,0	21	1	5	15	21,7	Medio
Santander	87	56	64,4	152	108	14	30	4,9	Sin riesgo
Sucre	26	15	57,7	51	35	2	14	45,2	Alto
Tolima	47	41	87,2	141	1	140	15,0	Medio	
Valle del Cauca	42	33	78,6	157	65	28	64	9,7	Bajo
Vaupés	3	0	0,0	0	0	0	0	NR	NC
Vichada	4	1	25,0	6	6	0	0	3,1	Sin riesgo
Total	1.103	636	57,7	2853	1419	261	1173	14,9	Medio

Fuente: INS, Boletín de calidad del agua, 2017

1.1.3. Personal médico y profesional capacitado. Número de médicos por cada 10.000 habitantes.

De acuerdo a la OMS “[I]a disponibilidad y composición de los recursos humanos en el sector de la salud constituye un importante indicador de la fuerza de tal sector, si bien no existe consenso con respecto al nivel óptimo de agentes de salud por habitante y unos niveles de densidad mayores no tienen por qué ser mejores”⁸.

⁷ Ministerio de Salud y Protección Social. Informe Nacional de la Calidad del Agua para Consumo Humano año 2012 con base en el IRCA. 2012. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SA/informe-nacional-de-la-calidad-del-agua-para-consumo-humano-ano-2012-con-base-en-el-irca-reducido.pdf>. P. 23.

⁸ OMS. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2005. P. 92.

Al replicar el ejercicio del numeral 1.1.1 con los médicos por cada 10.000 habitantes (tabla 4) se evidencia que Colombia tiene un desempeño promedio en lo que respecta a este indicador. Es fundamental que la oferta de médicos sea suficiente para satisfacer las necesidades de demanda de la población, pues el no hacerlo implica que las personas con necesidades de atención en salud no pueden obtener una respuesta eficiente y las demoras en atención conllevan a un mayor gasto fiscal.

Tabla 4. Número de médicos por 10.000 habitantes

País	Número de médicos por cada 10.000 habitantes
Argentina	32,1
Bolivia	8,9
Brasil	15,1
Chile	21,5
Colombia	18,5
Ecuador	20,4
Perú	11,9

Fuente: PAHO. Indicadores básicos. Situación de Salud en las Américas. 2016. P. 1

Al no ser posible acceder a datos actuales desagregados a nivel departamental, se tomaron cifras de 2009. Se encontró una clara diferencia a nivel departamental, pues mientras en Bogotá hay más de 26 médicos por cada 10.000 habitantes, en Guainía hay tan solo un médico por cada 10.000 habitantes.

Las diferencias a nivel departamental muestran la importancia de que el Estado garantice condiciones para que haya suficientes médicos en todo el territorio nacional. Reiteramos que la ausencia de prevención y de una atención pronta a los problemas de salud implica una mayor carga económica para el sistema en tanto que una persona que no reciba atención en salud probablemente agravará su situación, incrementando así los costos en atención de salud.

Tabla 5. Médicos por cada 10.000 habitantes

Departamento	Médicos		Población		Med. / 10.000 Hbtes.	Orden de a > a < Med. / 10.000 Hbtes
	%	Cantidad	%	Cantidad		
Bolívar	3,43%	2.487	4,35%	1.958.224	12,70	11
Boyacá	2,18%	1.583	2,81%	1.265.517	12,51	12
Caldas	0,98%	713	2,17%	976.438	7,30	25
Caquetá	0,27%	197	0,98%	442.033	4,45	29
Cauca	1,52%	1.103	2,91%	1.308.090	8,43	22
Cesar	1,84%	1.406	2,12%	953.827	14,74	7
Córdoba	1,89%	1.371	3,46%	1.558.267	8,80	20
Cundinamarca	2,34%	1.899	5,42%	2.437.151	6,97	26
Chocó	0,15%	108	1,05%	471.601	2,30	31
Huila	2,17%	1.571	2,38%	1.068.820	14,70	8
La Guajira	0,99%	719	1,76%	791.027	9,09	18
Magdalena	1,69%	1.227	2,65%	1.190.585	10,30	15
Mata	1,51%	1.099	1,90%	853.115	12,88	10
Ñariño	2,00%	1.447	3,60%	1.619.464	8,94	19
Norte de Santander	2,07%	1.501	2,86%	1.286.728	11,66	14
Quindío	1,07%	778	1,22%	546.566	14,23	9
Risaralda	2,21%	1.805	2,04%	919.653	17,45	4
Santander	5,50%	3.990	4,45%	2.000.045	19,95	3
Sucre	1,11%	805	1,78%	802.733	10,03	16
Tolima	1,33%	963	3,08%	1.383.323	6,96	27
Valle del Cauca	10,21%	7.408	9,64%	4.337.909	17,08	5
Arauca	0,29%	213	0,54%	244.507	8,70	21
Casanare	0,44%	319	0,71%	319.502	9,98	17
Putumayo	0,35%	254	0,72%	322.681	7,87	23
Archipiélago de San Andrés	0,12%	87	0,16%	72.735	11,91	13
Amazonas	0,07%	53	0,16%	71.190	7,47	24
Guainía	0,01%	4	0,08%	37.705	1,04	33
Guaviare	0,08%	55	0,23%	101.794	5,42	28
Vaupés	0,01%	10	0,09%	41.094	2,40	30
Vichada	0,01%	10	0,14%	62.013	1,59	32
Total	100,00%	72.544	100,00%	44.977.758	16,13	NA
Bogotá D.C mas Cundinamarca	34,91%	25.326	21,56%	9.696.748	26,12	1

Fuente: Ministerio de la Protección Social, Composición de la oferta de profesionales de medicina en Colombia 2009, 2009

1.1.4. Conclusión

La disponibilidad es el primer elemento que debe garantizar el Estado para una atención universal en salud. Sin embargo, al analizar el desempeño del país en los indicadores establecidos por la OMS se evidencia que existen grandes disparidades a nivel nacional que hacen que en algunos departamentos la oferta para atender los problemas en salud sea superior que en otros. La no disponibilidad de camas o de médicos para tratar una condición implica mayores costos para el sistema, por lo que se debe garantizar una oferta suficiente de servicios médicos en el territorio nacional para tener un sistema sostenible.

Asimismo, el Estado debe garantizar el acceso a agua potable para prevenir enfermedades. En este caso, se tomó el IRCA, que es un indicador útil para medir determinantes básicos de salud como la calidad de agua. Se evidenció que la calidad del agua no es reportada por todos los municipios ni departamentos, por lo que urge estudiar cuál es la calidad en esos lugares. El no garantizar agua potable es un impedimento para poder brindar una cobertura

universal sostenible en salud, pues el consumo de agua contaminada se traduce en enfermedades y en costos para el sistema.

Finalmente, en materia de personal médico capacitado, Colombia tiene una oferta de médicos por cada 10.000 habitantes promedio a la región. Sin embargo, persisten las diferencias a nivel departamental, siendo los departamentos con menor oferta Guainía, Vichada y Vaupés, zonas que cuentan con una alta diversidad étnico racial y con población que ha sido históricamente discriminada. Por lo tanto, el Estado debe atender la limitada oferta de personal médico en estos departamentos para garantizar una cobertura universal sostenible en salud.

1.2. Accesibilidad

De acuerdo al Comité DESC, “[l]os establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:

- i) **No discriminación:** los establecimientos, bienes y servicios de salud 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) **Accesibilidad física:** los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán 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. La accesibilidad también implica que los servicios médicos y los factores determinantes básicos de la salud, como el agua limpia potable y los servicios sanitarios adecuados, se encuentran a una distancia geográfica razonable, incluso en lo que se refiere a las zonas rurales. Además, la accesibilidad comprende el acceso adecuado a los edificios para las personas con discapacidades.
- iii) **Accesibilidad económica (asequibilidad):** los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos. 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. La equidad exige que sobre los hogares más pobres no recaiga una carga desproporcionada, en lo que se refiere a los gastos de salud, en comparación con los hogares más ricos.
- iv) **Acceso a la información:** ese acceso comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad”⁹.

Esto significa que para prestar una cobertura universal en salud, Colombia debería tener un sistema de salud no discriminatorio (1.2.1), con accesibilidad física (1.2.2), con

⁹ CESCR. Observación general No. 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12). Disponible en <https://www.escri-net.org/es/recursos/observacion-general-no-14-derecho-al-disfrute-del-mas-alto-nivel-possible-salud-articulo-12>

accesibilidad económica (1.2.3) y con acceso a información (1.2.4). A continuación, analizaremos cada uno de los subcomponentes en materia de accesibilidad en el país.

1.2.1 No discriminación en el acceso a los servicios de salud

Aunque no existe un indicador recomendado por la OMS para medir la no discriminación, la organización asegura que “la discriminación en la atención sanitaria está tristemente extendida en todo el mundo y adopta muchas formas. Supone una violación de los derechos humanos más fundamentales y afecta tanto a los usuarios de los servicios de salud como a los trabajadores sanitarios, sobre la base de cuestiones como el origen étnico, la orientación sexual, los estereotipos de género nocivos, la situación de asilo o migración, los antecedentes penales y otros prejuicios y prácticas”¹⁰.

Si bien podría estudiarse el cumplimiento o no de este criterio para múltiples grupos de acuerdo con distintas variables como origen étnico, orientación sexual y estatus migratorio, en este apartado nos concentraremos en las personas indígenas en Colombia. Para esto tomaremos el informe “Perfil de Salud de la Población Indígena, y Medición de Desigualdades en Salud” realizado por el Ministerio de Salud en 2016, con el objetivo de hacer un “seguimiento y monitoreo a los cambios en la situación de salud de los pueblos indígenas en Colombia, las tendencias de salud en esta población y la evaluación de los servicios de salud, a partir de los datos disponibles en las diferentes fuentes de información secundaria y en el Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO)”¹¹.

Según el informe, “se evidencia pobre acceso a los servicios de salud, en indicadores de atención materno-perinatal, donde se puede identificar que existen barreras geográficas y culturales que contribuye a incrementar la marginación y aumentar las desigualdades en salud”¹².

Por lo anterior, un elemento para que el Estado garantice una cobertura universal en salud es analizar cómo eliminar las barreras geográficas y culturales a las que se enfrentan las comunidades indígenas, pues el no hacerlo es un impedimento claro para alcanzar la universalidad.

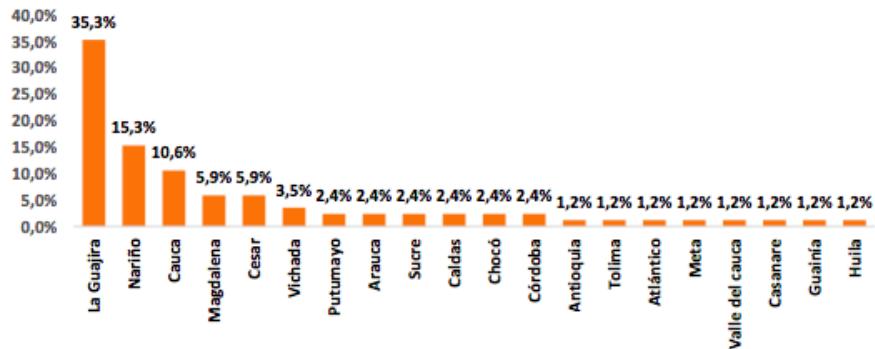
Además, al enfatizar en las instituciones habilitadas para la prestación de servicios de salud en Colombia, tan solo el 0,47% de ellas es de carácter indígena, de las cuales el 80% se concentra en tan solo 8 departamentos y el 75% tiene una oferta de primer nivel (gráfico 1). Es decir, que mientras que los indígenas representan a más del 3% de la población en materia del sistema de salud menos del 1% de las IPS son indígenas (IPSI) y su distribución no corresponde con la presencia indígena en el territorio. Así pues, el Estado debe analizar cuáles son los factores que explican la no presencia de IPSI en territorios con alta presencia de grupos indígenas.

¹⁰ OMS. Poner fin a la discriminación en los centros de atención sanitaria. 2017. Disponible en <http://www.who.int/es/news-room/commentaries/detail/ending-discrimination-in-health-care-settings>

¹¹ Ministerio de Salud. Perfil de Salud de la Población Indígena, y medición de desigualdades en salud. 2016. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/Perfil-salud-pueblos-indigenas-colombia-2016.pdf>. P. 10.

¹² Ibíd. P. 130.

Gráfico 1. IPS indígenas habilitadas en Colombia. 2015.



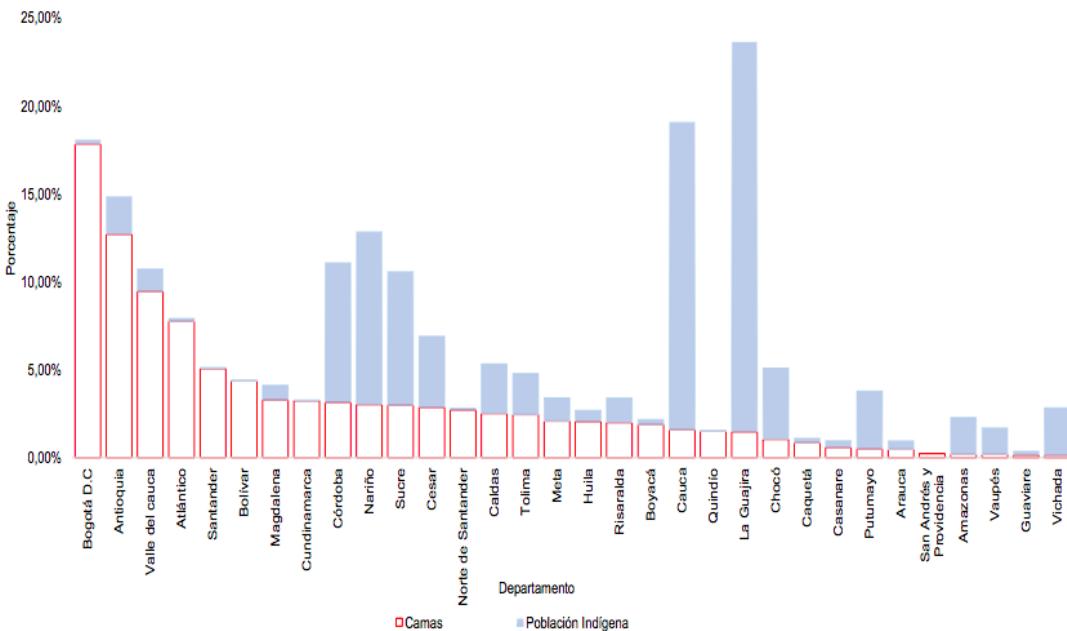
Fuente: REPS 2015. Consultado el 5/5/2016

Fuente: Ministerio de Salud. Perfil de Salud de la Población Indígena, y medición de desigualdades en salud. 2016

Adicionalmente, según el informe, “[c]uando se analizan la relación entre población indígena afiliada al régimen subsidiado por departamento y el porcentaje de camas por departamento se puede establecer que donde existe mayor número de población indígena, se identifica menor número de camas”¹³ (gráfico 2). Es evidente entonces que la oferta de servicios de salud particular para población indígena no va acorde a la demanda, pues como se observa en el gráfico 2, departamentos como La Guajira y el Caquetá, que son los dos con una mayor población indígena afiliada al régimen subsidiado, tienen muy pocas camas en comparación a entidades territoriales principales como Bogotá y Antioquia. Esto evidencia una diferencia en materia étnico-racial en el elemento de disponibilidad, la cual debe mitigarse para cumplir con el componente de no discriminación y el objetivo de garantizar una cobertura universal sostenible en salud.

¹³ Ibíd. P. 114.

Gráfico 2. Relación entre porcentaje de camas y población indígena por departamento



Fuente: Ministerio de Salud. Perfil de Salud de la Población Indígena, y medición de desigualdades en salud. 2016

1.2.2. Accesibilidad física en la infraestructura y servicios de salud

Si bien no existe un indicador para medir la accesibilidad física, a continuación nos enfocaremos en la población indígena y analizaremos el alcance geográfico de los servicios de salud a los pueblos indígenas en La Guajira (1.2.2.1) y el acceso a determinantes básicos de salud, como el agua potable en La Guajira (1.2.2.2).

1.2.2.1. Alcance geográfico de los servicios de salud a los pueblos indígenas

Como lo manifestó Dejusticia en el “Informe de veeduría del Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad, (Dejusticia) a las órdenes fijadas por la Corte Constitucional en el marco de la Sentencia T-302 de 2017”, son graves las situaciones a las que se enfrenta el pueblo Wayúu para acceder geográficamente a los servicios de salud, pues estos se ubican principalmente en los centros poblados de los corregimientos, lo que puede significar horas de distancia entre una ranchería y un centro de salud.

A esta distancia se adiciona que las vías de acceso son difíciles, particularmente en temporada de lluvias, y a que son pocas las ambulancias disponibles para prestar servicios de salud. Para ilustrar estas dificultades de acceso, se toma el ejemplo desarrollado en el citado informe de Cira Ipuana, una indígena de la comunidad Uchipa en el corregimiento

de Nazareth, quien señaló que “ante cualquier urgencia debe trasladarse al hospital, ya que la ambulancia de la zona tarda mucho en llegar o simplemente no llega”¹⁴. Además, indicó que ante cualquier eventualidad (como un parto o una caída en enfermedad), los miembros de su comunidad deben dirigirse al hospital o corren el riesgo de morir en la comunidad.

Es decir que, aunque Colombia debería garantizar que las personas puedan acceder geográficamente a los servicios de salud, en la práctica existen limitaciones para algunas poblaciones, en el caso particular, para el pueblo Wayúu. Por lo tanto, con el objetivo de garantizar un acceso universal sostenible en materia de salud, se hace necesario eliminar las barreras de accesibilidad física a la atención en salud.

1.2.2.2 Acceso a determinantes básicos de salud, en particular a agua potable en La Guajira

Como se mencionó anteriormente, el consumo de agua contaminada se traduce en enfermedades por las que se debe acudir a centros de salud. Por lo tanto, el no acceso a agua potable significa mayores costos para el sistema.

En la visita realizada por Dejusticia a La Guajira se encontró que hay una evidente falta de disponibilidad y calidad de agua para las comunidades Wayúu por la contaminación, salinidad y el secamiento de los reservorios. Además, las fuentes de agua son lejanas de los jagüeyes y los pozos de las rancherías. Asimismo, se concluyó que “[l]as medidas para suplir las necesidades hídricas (particularmente los carrotanques y molinos de viento) son deficientes e ineficaces, y se caracterizan por ser coyunturales, mediáticas y estar mal diseñadas”¹⁵.

Por lo anterior, el Estado debe garantizar el acceso a determinantes básicos de salud, como agua potable, de manera prioritaria a comunidades como la Wayúu, que han sido históricamente discriminadas.

1.2.3. Accesibilidad económica

En materia de asequibilidad, el país cuenta con un sistema de salud con regímenes de acuerdo con la capacidad de pago de las personas. Para analizar el cumplimiento de la asequibilidad y poder dar respuesta al interrogante, en el presente apartado nos concentraremos en la asequibilidad para las personas indígenas.

De acuerdo con el Ministerio de Salud, el 89% de la población que se autorreconoce como indígena está afiliada al régimen subsidiado en salud, el 5,3% al régimen contributivo y el 5,5% no estaba afiliado a ningún régimen (gráfico 3).

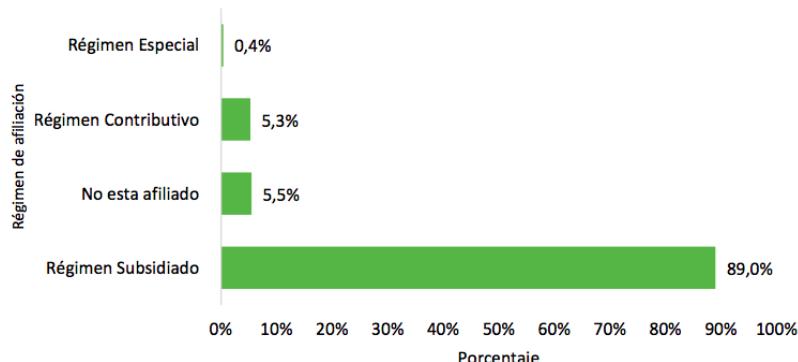
Lo anterior muestra que si bien el sistema de salud colombiano es amplio en materia de afiliación y cuenta con un régimen subsidiado para quienes no podrían acceder económicamente a servicios de salud, sigue habiendo un porcentaje de población indígena

¹⁴ Dejusticia. Informe de veeduría del Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad, (Dejusticia) a las órdenes fiadas por la Corte Constitucional en el marco de la Sentencia T-302 de 2017. P. 23.

¹⁵ Ibíd. P. 10

que no está afiliado al sistema y que, por las diferencias socioeconómicas que presenta este grupo con el resto de la población, es probable que no tenga accesibilidad económica a servicios de salud.

Gráfico 3. Afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud



Fuente: Censo de Agropecuario 2014 DANE

Fuente: Ministerio de Salud. Perfil de Salud de la Población Indígena, y medición de desigualdades en salud. 2016.

Por lo tanto, el Estado debe aumentar la cobertura del sistema de salud para los pueblos indígenas. Aunque no se posee información para conocer cuáles son las zonas con menor cobertura, se recomienda que se identifiquen a los grupos más marginados para brindarles acceso prioritario y así tener una cobertura universal.

1.2.4. Acceso a información

El Estado debe garantizar que las personas puedan acceder a información acerca de las cuestiones relacionadas con salud. Si bien no existen indicadores que establezcan cómo medir el acceso a información, el Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud de 2015 expresa que “[e]n general, la mayoría de los usuarios manifestaron recibir poca información de la EPS. Por ejemplo, solo el 10% (0,10) recibió información sobre el desempeño de la EPS en 2014; 29% (0,29), información de copagos y cuotas moderadoras, y 33% (0,33), sobre sus derechos y deberes”¹⁶.

Preocupa que tan solo un tercio de la población reciba información en cuanto a sus derechos y deberes como usuario. Por lo tanto, se debe hacer un análisis a nivel departamental, étnico y de género para determinar si se está presentando discriminación en el limitado acceso a información actual y crear políticas para dar cumplimiento al acceso a información de la población.

Ahora bien, a continuación, analizamos el acceso a información de los grupos indígenas. De acuerdo con la información del “Estudio Técnico de Servicios Diferenciales para los Pueblos Indígenas en Colombia” realizado por el Ministerio de Salud, en el que se

¹⁶ Ministerio de Salud. Informe Nacional de Calidad de la atención en Salud. 2015. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/informe-nal-calidad-atencion-salud-2015.pdf> P.35.

analizaron seis modelos de atención por EPS indígenas, tan solo una de ellas cuenta con guías bilingües. En palabras del Ministerio

“Este servicio es suministrado por la EPS debido a que la etnia Wayuu conserva su lengua materna y de permanente utilización que es el Wayunaiki, este servicio se requiere no sólo para la población demandante de servicios en las cabeceras municipales, sino también en las zonas rurales en el acompañamiento y sensibilización de las autoridades tradicionales, líderes y cuerpo docente, en la identificación de la población gestante, infantes, hipertensos y diabéticos, como también las demás patologías de interés en salud pública. Así mismo se hace utilización del mismo dentro del acompañamiento a los usuarios que requieren atención por fuera de La Guajira, que permita superar la barrera idiomática y cultural”¹⁷.

Esta limitada información permite evidenciar la necesidad de que se hagan análisis sistemáticos de las barreras idiomáticas a las que se pueden enfrentar los grupos étnicos a la hora de tener acceso a la información en materia de salud.

Sostenemos que la falta de información o las barreras idiomáticas pueden traducirse en mayores gastos para el sistema, pues reducen su eficiencia. Por lo tanto, es manifiesta la importancia de dar cumplimiento al derecho de acceso a información pública como derecho instrumental para hacer efectivo el acceso universal a la salud.

1.2.5. Conclusión

La accesibilidad es el segundo elemento que debe garantizar el Estado para una atención universal en salud. Este elemento está a su vez, dividido en 4 partes.

Primero, se debe garantizar la no discriminación. Sin embargo, existen motivos tanto de infraestructura como culturales que hacen que los indígenas tengan un peor desempeño en salud que el resto de los colombianos. Teniendo en cuenta las dificultades de los indígenas para llegar a los centros de salud, es probable que lo hagan únicamente cuando las enfermedades están muy avanzadas, lo que no resulta costo eficiente para el sistema. Estas barreras deben combatirse para lograr un acceso universal sostenible.

Segundo, se debe garantizar la accesibilidad física. En relación con el punto anterior, en la visita realizada por Dejusticia, se hizo evidente que son múltiples los motivos que hacen que los Wayúu no puedan acceder a los centros de salud. Asimismo, tampoco hay garantía de agua potable, que como expresamos previamente, lleva a enfermedades. El Estado debe atender estos elementos para tener un alcance universal y al mismo tiempo sostenible.

Tercero, se debe garantizar la asequibilidad. Si bien el sistema de salud colombiano cuenta con regímenes subsidiado y contributivo, de acuerdo con la capacidad de pago de los usuarios, es evidente que hace falta darle cobertura a la población indígena y una mayor participación en la oferta de servicios de salud.

¹⁷ Ministerio de Salud. Estudio Técnico de Servicios Diferenciales para los Pueblos Indígenas en Colombia. 2014. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/RBC/estudio-suficiencia-indigenas.pdf> P. 64.

Por último, se debe garantizar el acceso a la información. Sin embargo, se encontró que tan solo un tercio de los usuarios de EPS afirmó tener información sobre sus derechos y deberes. Este resultado a nivel nacional muestra que el Estado debe estudiar la garantía del derecho de acceso a la información, pues repercute directamente sobre el derecho a la salud. Asimismo, se debe garantizar el derecho a la salud sin discriminación alguna, por lo que se deben estudiar las políticas de las EPS e IPS para subsanar las barreras idiomáticas y de esta forma, garantizar el derecho a la información.

1.3. Aceptabilidad de los servicios de salud.

De acuerdo con el Comité DESC “[t]odos 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”¹⁸. Esto significa que el Estado debería garantizar el respeto en la provisión de servicios de salud a toda la población.

Aunque no existe una forma de medir la aceptabilidad de los sistemas de salud, a continuación, presentamos un análisis de la situación de este elemento en Colombia con base en el informe mensual de la Superintendencia de Salud, donde se dan a conocer las principales razones por las cuales los usuarios interponen peticiones, quejas, reclamos o denuncias (PQRD). En octubre de 2018, se presentaron más de 70.000 PQRD, como se observa en la tabla 6. Si bien no es posible acceder a una descripción más detallada de las PQRD, que permitan dar cuenta de violaciones a la aceptabilidad, es importante hacer un llamado a la necesidad de hacer análisis cuantitativos, que ahonden sobre los motivos principales de acudir a este mecanismo, más allá del macromotivo.

Lo anterior es fundamental para garantizar un acceso universal y sostenible en salud. Es claro que si las personas reciben tratos irrespetuosos cuando acuden a atención en salud, será menos probable que acudan al sistema. Por lo tanto, se dilataría el momento de buscar ayuda profesional, lo que no es eficiente para el sistema.

¹⁸ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Cescr). Observación general 14. CESCR. 11 de agosto de 2000

Tabla 6. Total de peticiones, quejas, reclamos y denuncias correspondientes al mes de octubre de 2018.

Macromotivos	Peticiones, quejas, reclamos y denuncias en octubre de 2018
No poder acceder al servicio de salud que requiere	59.947
Trámites administrativos (autorizaciones, asignación de citas)	6.644
Oportunidad en la prestación del servicio	1.979
No reconocimiento de las prestaciones económicas	2.734
No disponibilidad de recurso humano e infraestructura para la atención	157
Otros motivos	220
Total	71.681

Fuente: Supersalud, 2018.

En conclusión, se deben analizar los canales existentes para denunciar tratos irrespetuosos en los establecimientos, bienes y servicios de salud, tales como los informes de la Superintendencia de Salud, Defensoría del Pueblo y acciones de tutela. Comprender cuáles son los grupos que más presentan tratos no respetuosos le permitiría al Estado tomar medidas para contrarrestar estas situaciones, tener una cobertura global y ser sostenible.

1.4. Calidad en servicios de salud

El cuarto componente esencial que debe atender el Estado para garantizar una cobertura universal en salud es la calidad. En palabras del Comité DESC “[a]demás de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas”¹⁹.

Esto significa que los centros de salud deben tener tanto una fuerza laboral como unos instrumentos y medicamentos de buena calidad para prestar sus servicios. En el caso colombiano, la Resolución 256 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social establece cuáles son los indicadores para el monitoreo de calidad en salud. En particular, para los prestadores de salud, se tienen múltiples indicadores, dentro de los que se encuentra, la efectividad en salud. De acuerdo con el Ministerio de Salud, estas mediciones

¹⁹ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Cescr). *Observación general 14*. CESCR. 11 de agosto de 2000

“valoran la calidad requerida en los servicios de salud para que la atención produzca una mejora en el estado de salud de las personas”²⁰.

En la tabla 7, se observa la proporción de reingreso de pacientes a hospitales. Es claro que existe una diferencia entre departamentos, pues mientras que en departamentos como Antioquia el indicador es de 6,22, en otros lugares como Vaupés es de 0,91. Ahora bien, es importante resaltar que este indicador debe ser tomado con precaución, pues tiene en cuenta a las personas que vuelven a ingresar a un hospital, lo que podría ser limitado en caso de que el hospital sea lejano y de difícil acceso para las personas. Es decir, no necesariamente por el hecho de que departamentos tengan una baja proporción de reingreso, esto significa que la calidad sea óptima. Por el contrario, puede significar que hay dificultades de acceso al sistema.

Tabla 7. Proporción de reingreso de pacientes a hospitales.

Departamento	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Amazonas	1,86	3,88	1,58	2,95	2,18	0,45
Antioquia	1,21	1,69	1,75	1,83	2,51	6,22
Arauca	0,82	0,48	0,42	2,16	0,44	0,13
Ar. San Andrés	N.D.	N.D.	N.D.	2,47	1,82	3,83
Atlántico	4,39	0,76	12,7	1,03	1,03	1,26
Bogotá D.C.	2,43	1,4	1,44	1,24	1,5	1,34
Bolívar	3,8	0,95	0,89	0,68	0,89	0,93
Boyacá	1,51	1,15	1,4	2,43	0,77	1,73
Caldas	1,92	2,98	6,43	5,29	2,04	2,64
Caquetá	0,96	0,92	0,73	0,5	1,74	2,91
Casanare	0,82	0,73	0,73	0,37	1,34	1,53
Cauca	0,74	0,7	0,83	0,99	0,64	0,72
Cesar	1,05	0,47	0,55	0,71	0,75	0,61
Chocó	0,35	1,62	1,67	4,34	1,47	2,03
Córdoba	0,9	1,58	2,13	0,81	0,57	0,75
Cundinamarca	1,49	1,02	1,05	2,27	1,57	1,50
Guainía	0,22	N.D.	N.D.	N.D.	2,71	2,57
Guaviare	0,09	N.D.	N.D.	0,64	0,21	0,03
Huila	0,92	0,8	0,68	0,4	0,65	0,72
La Guajira	0,89	1,97	3,13	1,66	2,21	1,91
Magdalena	1,3	0,69	1,82	1,43	1,72	0,04
Meta	3,17	1,48	1,38	1,08	1,21	1,10
Nariño	2,88	1,35	1,34	0,47	0,85	0,97
Norte de Santander	0,74	0,75	0,74	0,94	0,64	0,49
Putumayo	1,53	1,14	0,68	4,11	1,42	0,44
Quindío	1,83	1,25	1,53	1,22	3,06	1,50
Risaralda	1,33	1,74	1,46	1,07	1,76	0,72
Santander	1,8	1,72	1,88	1,99	2,65	4,30
Sucre	3,3	3,25	1,87	2,92	3,84	2,09
Tolima	1,29	1,74	0,85	1,03	4,52	1,13
Valle del Cauca	1,03	1,07	1,04	1,13	1,43	1,23
Vaupés	N.D.	0,19	0,23	0,26	N.D.	0,10
Vichada	N.D.	N.D.	N.D.	1,24	1,14	0,91
Colombia	1,82	1,35	2,02	1,42	1,69	1,35

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SISPRO dispuestos en el cubo de indicadores de calidad del MSPS y cálculos de REPS. Consultado en septiembre de 2015.

Fuente: Ministerio de Salud. Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud. 2015

²⁰ Ministerio de Salud. Informe de Calidad de la Atención en Salud. 2015. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/informe-nal-calidad-atencion-salud-2015.pdf>. P. 23

En conclusión, el Ministerio de Salud definió cuáles son los indicadores a nivel nacional para medir la calidad. Sin embargo, los resultados deben interpretarse teniendo en cuenta sus limitaciones. En particular, el Estado debe garantizar que la calidad de los servicios de salud y de quienes hacen parte del sistema sea buena. Para esto, se recomienda hacer una caracterización sobre el personal médico, los medicamentos y el equipo hospitalario disponible en los distintos centros de atención del país para encontrar cuáles se deben priorizar. En el caso particular de calidad, recibir una mala calidad en materia de salud puede desencadenar, en el peor de los casos, en la muerte del paciente. También puede significar que sufra de una infección o de algún proceso que empeore su situación de salud, lo que hace que el sistema no sea sostenible.

1.5 Sostenibilidad del sistema de salud y migración venezolana

De manera adicional al análisis presentado anteriormente, desde Dejusticia hemos estudiado la migración venezolana a Colombia y, particularmente, sus efectos sobre el derecho a la salud de los migrantes. Lo anterior porque, de acuerdo con las leyes colombianas, una persona que no esté afiliada al sistema de salud solo puede acceder al mismo si es por una urgencia.

Consideramos que con el objetivo de que el Estado garantice una cobertura universal y sostenible en salud, debe atender la situación actual de migración. Lo anterior, pues limitar el acceso a urgencias no resulta en un acceso ni universal ni sostenible.

Desde Dejusticia hemos mostrado las dificultades a las que se enfrentan los venezolanos para regular su estatus migratorio en el país, requisito fundamental para poder acceder al sistema de salud. En la intervención realizada por Dejusticia frente a los procesos T-6.578.193 y T.6.578.985, manifestamos que “[p]ara poder acceder al régimen, los nacionales colombianos, dependiendo de su edad deben presentar su registro civil de nacimiento, tarjeta de identidad, o cédula de ciudadanía, y los extranjeros, su cédula de extranjería, pasaporte, carné diplomático, salvoconducto de permanencia, pasaporte de las Naciones Unidas para personas en condición de refugio o asilo, o Permiso Especial de Permanencia¹³⁸. Si bien la inclusión del Permiso Especial de Permanencia como documento válido de identificación en el Sistema de Protección Social, así como su creación, puede ser vista como un avance beneficioso para ciertos sectores de la población migrante en la respuesta a la situación actual, este avance es muy limitado y excluye a una gran parte de la población que no puede obtener los documentos necesarios. Además, la adherencia a este sistema y su rigidez no responde adecuadamente a las necesidades de la población migrante, que no debe ser tratada en general como otros extranjeros que llegan a Colombia en situaciones de normalidad”.

La costo-efectividad y obligación jurídica de brindar atención en salud para los migrantes la Consideramos que “[d]entro de las principales barreras para garantizar los derechos económicos, sociales y culturales se encuentran los recursos limitados que implican que en muchos casos los Estados argumenten que su implementación sea progresiva. Sin embargo, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales reiteró mediante la Declaración sobre las obligaciones de los Estados con respecto a los refugiados y los migrantes en

virtud del PIDESC que la falta de recursos disponibles no puede considerarse una justificación objetiva y razonable para el trato desigual. Según el Comité DESC: “(...) para que cada Estado parte pueda atribuir su falta de cumplimiento de las obligaciones mínimas a una falta de recursos disponibles, debe demostrar que ha realizado todo esfuerzo para utilizar todos los recursos que están a su disposición en un esfuerzo por satisfacer, con carácter prioritario, esas obligaciones mínimas”²¹.

Garantizar una atención básica en salud para la población migrante es una obligación del Estado colombiano basada en la Constitución y en el Derecho Internacional de los Derechos Humanos. Aunque por sí sola esta obligación debería cumplirse, es importante contestar los argumentos de quienes pretenden negar este derecho a los migrantes por razones económicas. Como se verá a continuación, la mejor garantía del derecho a la salud no sólo protege la vida y la dignidad de las personas, sino que además es una intervención costo eficiente en comparación con la prestación solamente de servicios de urgencias.

Es claro entonces que las personas venezolanas se enfrentan a una situación en la que el sistema de salud en su país está colapsado, lo que genera necesidad de migrar y buscar atención médica en Colombia. Sin embargo, en el país se les está atendiendo únicamente en urgencias²². Aunque a primera vista podría sostenerse que la atención de urgencias responde a los recursos limitados del sistema y es necesario para garantizar su sostenibilidad, la verdad es que este argumento no garantiza la sostenibilidad del sistema, ni se adecúa a la protección de la dignidad humana en condiciones de igualdad.

Por un lado, permitir que los migrantes acudan al sistema de salud únicamente cuando es una urgencia, lleva a retrasos de acceso a medicamentos y atención médica en casos de grave enfermedad, que “tienen efectos a largo plazo en la salud de la población migrante. A la postre, la exclusión de los migrantes de los servicios de salud se convertirá en una carga económica para el país de destino y puede suponer un riesgo para la salud pública de las comunidades de acogida”²³.

Por otro lado, organismos internacionales han señalado que “las políticas de salud no integradoras contravienen el principio de la no discriminación consagrado en los instrumentos universales de derechos humanos. Los gobiernos deben ser conscientes de que, al negar a los migrantes el acceso a intervenciones primarias de salud, los Estados se exponen a mayores costos financieros y riesgos de salud pública, debido a que las enfermedades podrían volverse crónicas y más costosas de tratar si no interviene en los primeros momentos”²⁴.

Sobre este tema, el Relator Especial sobre los Derechos Humanos de los Migrantes ha expresado que no se justifica un mero compromiso de brindar una atención de urgencia, no sólo desde una perspectiva de derechos humanos, sino también desde el punto de vista de la

²¹ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General No. 3 sobre las obligaciones de los Estados partes. Párrafo 10.

²² Ministerio de Salud. Aseguramiento y atención a población migrante proveniente de Venezuela. 2018. En <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/COM/Enlace-MinSalud-97- Migrante-Venezolano.pdf>

²³ OIM, OMS, OACNUDH. Migración internacional, salud y derechos humanos. 2013. En http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Migration/WHO_IOM_UNOHCHRPublication_sp.pdf. P. 56.

²⁴ Ibid. P. 10.

salud pública, puesto que no recibir ningún tipo de atención preventiva y primaria puede generar riesgos sanitarios tanto para los migrantes como para la comunidad de acogida. Los expertos han sugerido que proporcionar a los migrantes el acceso a la atención preventiva y primaria en lugar de una intervención de urgencia con retraso, puede efectivamente reducir los costos del sistema sanitario²⁵.

Con respecto a la disponibilidad de recursos para financiar la atención básica en salud para los migrantes, el Comité DESC resaltó que “son necesarias la asistencia y la cooperación internacionales para que los Estados que afrontan una afluencia súbita de refugiados y migrantes puedan cumplir sus obligaciones básicas, definidas anteriormente. (...) El Comité es consciente de que, cuando se afrontan grandes corrientes de migrantes que huyen de los conflictos o la persecución, algunos Estados soportan una carga mayor que otros. Por ello considera que cualquier medida que adopten los Estados partes para facilitar la plena efectividad de los derechos reconocidos en el Pacto en el territorio de otros Estados contribuye a los objetivos del Pacto”²⁶. Por tanto, el Estado colombiano debe hacer todos los esfuerzos para buscar cooperación internacional destinada a atender el derecho a la salud de una población en situación de debilidad manifiesta como se ha expuesto a lo largo de esta intervención”.

En conclusión, ante las múltiples dificultades a las que se enfrentan los migrantes venezolanos para regular su estatus migratorio en el país, se hace necesario encontrar soluciones integrales que permitan, entre otras, la sostenibilidad del sistema de salud. El hecho de que los migrantes no tengan un estatus regular lleva a que solo accedan al sistema cuando tienen una urgencia, lo que resulta costoso y poco eficiente para el sistema. Por lo anterior, hacemos un llamado a realizar esfuerzos que busquen atender el derecho a la salud de esta población.

1.6 Conclusiones

El Estado debe atender cuatro componentes esenciales para garantizar el acceso universal sostenible a salud. El primero de ellos, es la *disponibilidad*, para lo que el Estado debe mejorar la oferta de camas y médicos disponibles en los departamentos más rezagados. Asimismo, debe garantizar acceso a agua potable para prevenir enfermedades relacionadas con el agua y prevenir los gastos asociados a las mismas.

El segundo componente es la *accesibilidad*. Para no ser discriminatorio y garantizar la accesibilidad física, el Estado debe, al menos, analizar cuáles son las barreras a las que se enfrentan los grupos indígenas para acceder a servicios de salud y encontrar soluciones para que no accedan únicamente cuando se trate de una urgencia. Ahora bien, en cuanto a la asequibilidad, si bien el modelo del sistema de salud colombiano cuenta con un régimen subsidiado, no se ha alcanzado una cobertura universal para los indígenas, tema que debería ser prioritario por tratarse de sujetos de especial protección. Finalmente, en cuanto al acceso a la información, se hizo evidente que se necesita dar cumplimiento al derecho de

²⁵ Naciones Unidas. Informe del Relator Especial sobre los derechos humanos de los migrantes, Sr. Jorge Bustamante. 2010. En <http://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?relid=y&ladocid=4eef18e42>. P. 9.

²⁶ Declaración del Comité DESC sobre Obligaciones de los Estados con respecto a los refugiados y los migrantes en virtud del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, párrafo 18. (E/C.12/2017/1)

acceso a información pública como derecho instrumental para hacer efectivo el acceso universal a la salud y así tener un sistema sostenible.

El tercer componente es la *aceptabilidad*. Es claro que hay una falta de información para poder determinar cuáles grupos o en qué lugares geográficos el trato hacia los pacientes es más irrespetuoso. Urge recoger y estudiar esa información para combatir esta potencial problemática e incentivar a las personas a que acudan a los servicios de salud antes de que su condición se convierta en una urgencia.

El cuarto componente es la *calidad*. Si bien el Ministerio de Salud creó una serie de indicadores para medirla, por las limitaciones de acceso al sistema, deben ser interpretados cautelosamente. Lo anterior porque un buen desempeño en materia de calidad podría significar que las personas no están llegando a los centros de salud. Por lo anterior, el Estado debe analizar cautelosamente la calidad en los departamentos que presentan barreras de acceso al sistema de salud.

Por último, es innegable que Colombia se enfrenta actualmente a la migración masiva de migrantes venezolanos y que estos requieren servicios de salud. Sin embargo, la normatividad actual solo permite acceder al sistema a quienes tengan un estatus regular en el país, un requisito difícil de cumplir para la mayoría de los migrantes venezolanos. Por lo anterior, hacemos un llamado a la creación de políticas que permitan que estos accedan a servicios de salud antes de tener una urgencia, ya que mantener el modelo actual resulta costoso para el sistema y no tiene en cuenta la dignidad humana.

2. PROBLEMÁTICA DE ACCESIBILIDAD A SERVICIOS DE SALUD EN ZONAS DISPERSAS Y MATERIALIZACIÓN DE ENFOQUE ÉTNICO EN SALUD

Desde Dejusticia hemos realizado trabajo de campo en los departamentos de La Guajira y Chocó. Asimismo, hemos analizado las distintas necesidades en materia de acceso a los servicios de salud de quienes habitan esas zonas geográficamente dispersas como el Vaupés. A continuación, presentamos los hallazgos de estas visitas y análisis (2.1) para después mostrar cuáles son los elementos de una atención con enfoque diferencial en general para toda la población indígena (2.2).

2.1. Problemas y necesidades en materia de acceso a los servicios de salud en zonas dispersas

En esta sección presentamos los problemas y necesidades en materia de acceso a los servicios de salud en zonas dispersas identificadas por Dejusticia en las visitas realizadas a los departamentos de Chocó y La Guajira, así como el informe remitido por Dejusticia en relación al sistema de salud en Vaupés.

En primer lugar, se encuentran las barreras geográficas para acceder al sistema de salud. Hemos identificado que, si bien se tiene una alta cobertura del sistema en materia de “afiliación”, en la realidad para las comunidades es difícil acceder a prevención,

tratamiento o medicamentos. Por ejemplo, en el caso de La Guajira, los Wayúu viven en clanes, por lo que se encuentran dispersos entre ellos y, a la vez, lejanos de los centros urbanos. A esto se suman las malas condiciones de la infraestructura vial, que hacen que los viajes sean largos y complicados. Por su parte, en los departamentos de Chocó y Vaupés los resguardos indígenas se encuentran en zona rural, mientras que los centros de salud se concentran en la zona urbana. En estos dos departamentos el principal medio de transporte es por vía fluvial, por lo que toma tiempo llegar a los centros de salud y las personas no suelen buscar atención médica a menos de que sea una urgencia, para lo que deben emprender un viaje de horas y hasta días.

En segundo lugar, se tiene la desnutrición. La prevalencia de desnutrición y enfermedades relacionadas con la misma en estos departamentos es alta y se evidencia de manera particular en la población indígena. Sin duda alguna, el no gozar de una buena alimentación disminuye las posibilidades de gozar de salud, pues la desnutrición aumenta el riesgo de enfermedad y reduce la capacidad, particularmente de los niños y niñas, de recuperarse, poniendo así en riesgo su vida.

En tercer lugar, se tiene la pobre calidad de información sobre la salud de estos pueblos en zonas dispersas. Debido a que los datos disponibles son de los hospitales y estos se encuentran en centros urbanos, que como se explicó anteriormente son de difícil acceso, es altamente probable que haya un subregistro de información de las muertes y enfermedades a las que se enfrentan los indígenas. El no conocer esta información dificulta la creación de políticas públicas encaminadas a mitigar los problemas de salud de los pueblos indígenas.

En conclusión, son tres los principales problemas y necesidades de salud identificados por Dejusticia: las barreras geográficas, la desnutrición y la pobre calidad de datos. Las comunidades se encuentran en zona rural, desde donde es difícil acceder a los centros médicos del departamento, ubicados en zona urbana. Lo anterior hace que muchas veces no accedan a un hospital y, por lo tanto, que los datos disponibles sean insuficientes y sesgados. A esto se suma las dificultades a las que se enfrentan las comunidades indígenas para tener un alimento, afectando así su estado nutricional, que a su vez es fundamental para gozar de una buena salud.

2.2. Enfoque étnico diferencial en general para toda la población indígena

A continuación, presentamos brevemente la respuesta al interrogante “¿Cuáles son los elementos de una atención en salud con enfoque étnico diferencial?”, al que contestamos en la “Respuesta oficio OPT-A-2030/2015 dentro del proceso del expediente T-5.674.866” presentado por Dejusticia el 23 de enero de 2017.

En este expusimos que la salud de los pueblos indígenas se ha visto afectada históricamente por las dinámicas de subordinación a las que se han visto enfrentadas, así como el conflicto y las relaciones de asimetría con la sociedad mayoritaria. Esto hace que proveer servicios culturalmente adecuados deba ir acompañado de un enfoque intercultural de la salud. Es decir, de un enfoque que tenga un equilibrio entre los diferentes conocimientos, creencias y prácticas culturales con respecto a la salud, la enfermedad, la vida y la muerte. Por lo tanto,

implica que se incorpore la cosmovisión indígena de manera transversal en la formulación de políticas y programas de salud. Para alcanzar ese objetivo, se deben abordar tres lineamientos estratégicos: armonización jurídica, armonización conceptual y armonización práctica.

En primer lugar, la armonización jurídica busca establecer una relación equitativa entre los pueblos indígenas y la sociedad mayoritaria en materia de salud. Por tanto, implica la generación de marcos jurídicos que permitan que los indígenas accedan a salud de calidad, al tiempo sus prácticas tradicionales son reconocidas y aplicadas.

En segundo lugar, se tiene la armonización conceptual. Esta consiste en la generación de marcos conceptuales, instrumentos y metodologías que lleven a la creación de sistemas de salud, que a su vez sean reflejo de las necesidades, prioridades, cosmovisión y condiciones particulares de los pueblos indígenas y de una comunidad concreta.

En tercer lugar, la armonización práctica se trata de la formulación e implementación de modelos de atención que tengan en cuenta las características sociales y culturales de los pueblos indígenas, así como sus recursos y perfiles epidemiológicos. Lo anterior se traduce en un recurso humano capaz de respetar, comprender y responder a los diferentes contextos socioculturales, por ejemplo, incluir las distintas lenguas indígenas en la prestación de los servicios de salud.

En conclusión, para proveer servicios de salud con un enfoque diferencial se debe cumplir con tener una armonización jurídica, armonización conceptual y armonización práctica. Estas tres en su conjunto permiten que haya un equilibrio entre las prácticas tradicionales de los indígenas y las occidentales, que se vea reflejado en marcos normativos y en modelos de atención integrales, donde se respeten los diferentes contextos socioculturales.

En materia de acceso a los servicios de salud de quienes habitan en zonas geográficamente dispersas se tienen, al menos, tres problemas y necesidades: las barreras geográficas, la desnutrición y la pobre calidad de información. Estos tres elementos están interrelacionados, pues las situaciones de pobreza a las que se enfrentan los pueblos indígenas en zonas alejadas se traducen en problemas de alimentación y la desnutrición a su vez lleva a problemas de salud. A esto se suma que estos pueblos se encuentran lejanos de centros urbanos, donde se encuentran los puestos de atención en salud o los hospitales, lo que significa que los visitan solo en situaciones de urgencia. Sin embargo, por las dificultades de transporte llegar a ellos significa un reto y un costo tanto económico como de tiempo. Por último, esta falta de acceso a los centros de salud lleva a que haya un subregistro y que no se tenga un panorama real de cuáles son los problemas de salud a los que se enfrentan estos pueblos, dificultando así la creación de políticas públicas focalizadas.

Por todo lo anterior, se hace necesario un enfoque étnico diferencial para la población indígena que logre armonizar sus prácticas ancestrales con las prácticas occidentales. Este enfoque debe estar enmarcado en un concepto que refleje sus necesidades, prioridades y cosmovisiones y que sea respetuoso con sus creencias.

3. ACCESO AL SERVICIO PÚBLICO DE SALUD EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA

Esta sección está dividida en dos partes. En un primer lugar, presentaremos de manera sintética los resultados del apartado sobre Derecho a la salud del “Informe de veeduría del Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad (Dejusticia) a las órdenes fijadas por la Corte Constitucional en el marco de la Sentencia T-302 de 2017” presentado por Dejusticia el 9 de agosto de 2019 (3.1) para mostrar las conclusiones de los investigadores en materia de acceso a los servicios de salud. En segundo lugar, reiteraremos la importancia de un enfoque étnico diferencial y explicaremos las particularidades de La Guajira para el mismo (3.2).

3.1 Informe de la visita del grupo de investigadores de Dejusticia al departamento de La Guajira en materia de acceso a los servicios de salud

A más de un año de la visita realizada por la Corte Constitucional a La Guajira, desde Dejusticia encontramos que la salud no ha mejorado. Sin duda, la pobreza y la dispersión de las comunidades indígenas limitan el acceso a la atención en salud, el acceso a agua potable y el saneamiento básico, entre otras. Además, las comunidades indígenas han sido discriminadas históricamente y han sido marginadas tanto política como económicamente, debilitando así sus sistemas de salud tradicional. Asimismo, las actividades de desarrollo económico como la minería y la agroindustria, presentes en la región, comprometen factores determinantes de la salud, como la alimentación y el agua potable. En particular, en la visita identificamos cuatro elementos esenciales que caracterizan la problemática de la salud en La Guajira.

En primer lugar, se tienen los problemas de salud causados por el consumo de agua insalubre y la desnutrición. Al no haber acceso a agua potable, que calme las necesidades hídricas de su cuerpo, es claro que tampoco hay para los cultivos y animales, que deberían satisfacer sus necesidades calóricas. Ante la ausencia, los indígenas se ven obligados a consumir agua en reservorios prácticamente secos o con altos grados de salinidad, lo que genera enfermedades biliares y gastrointestinales.

En segundo lugar, se encuentra la falta de acceso a centros y puestos de salud. En la visita realizada por Dejusticia se constató que son pocas las comunidades visitadas que tienen acceso a centros o puestos de salud y en caso de tenerlos están en mal estado o no tienen el mobiliario necesario para prestar el servicio de manera digna. A esto se suma que las comunidades se encuentran dispersas en el territorio, las difíciles vías de acceso y el mal servicio de las ambulancias.

En tercer lugar, está la falta de acceso a medicamentos. De manera similar a la falta de acceso a centros y puestos de salud, el acceso a medicamentos se ve limitado por las largas distancias y las vías precarias. Ante esta dificultad, constatamos cómo los miembros de las rancherías han generado redes de solidaridad, prestándose cualquier pasta o medicamento a modo de paliativo para resistir el largo viaje a los centros de salud.

En cuarto lugar, se tienen las visitas médicas insuficientes y la alta diversidad de aseguradoras en salud. Si bien existe un servicio médico extramural para la zona dispersa de la alta Guajira, encontramos que, por las condiciones geográficas y el limitado número de recursos humanos, este servicio no es suficiente para dar abasto a todas las comunidades. Frente a esta política, los indígenas nos manifestaron cómo la atención se obstaculiza por la alta diversidad de aseguradoras en una misma comunidad o hasta en una misma familia.

En conclusión, son al menos cuatro los problemas y necesidades en materia de acceso a salud a los servicios de salud en La Guajira: consumo de agua insalubre y desnutrición, falta de acceso a centros y puestos de salud, falta de acceso a medicamentos y visitas médicas insuficientes con alta variabilidad de aseguradoras en salud. De estos elementos, el primero de ellos es fundamental, pues sin agua potable los indígenas son vulnerables a muchas enfermedades y no pueden tener cultivos o actividades pastoriles que les permitan acceder a alimento. Por último, frente a los tres elementos restantes, la geografía y la precaria conexión entre las rancherías y los centros de salud, explicada por las malas vías de acceso, son una problemática transversal.

3.2 Enfoque étnico diferencial en La Guajira

A continuación, presentamos un resumen de la sección “Necesidad de una atención en salud con enfoque diferencial y en derechos humanos” del “Informe de veeduría del Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad (Dejusticia) a las órdenes fijadas por la Corte Constitucional en el marco de la Sentencia T-302 de 2017”.

Desde Dejusticia también identificamos las complejas particularidades geográficas, socioculturales y económicas que obligan al Estado a diseñar mecanismos de atención diferencial y sensible a la realidad de la región.

En primer lugar, reconocemos que una de las dificultades es la incapacidad del Estado de aproximarse a la organización socio-cultural del pueblo Wayúu. Lo anterior, pues esta población administra la realidad a partir de unas estructuras sociales de naturaleza clánica con un patrón de asentamiento disperso. Lo anterior quiere decir que las comunidades se ubican en porciones territoriales alejadas entre sí, por lo que no todas tienen acceso a los mismos recursos. Por ejemplo, los clanes pastoriles que se encuentran en las cercanías de la Serranía de la Macuira no necesariamente pueden sustraer recursos de las zonas a orillas del mar Caribe.

En segundo lugar, la Alta Guajira limita con Venezuela, por lo que el pueblo Wayúu es de naturaleza transfronteriza y binacional. Este departamento está supeditado a las coyunturas políticas, económicas y sociales de ambos países, por lo que los flujos migratorios se ven afectados por los mismos. Por lo tanto, la crisis humanitaria que afecta al país vecino ha hecho que tanto, poblaciones indígenas como no indígenas crucen la frontera y requieran medidas de atención diferenciales e integrales.

En tercer lugar, el Estado debe ser sensible a factores etarios, de género y relacionados con la maternidad a la hora de atender los problemas de salud de la región, pues la crisis de

salud afecta a sectores con mayor grado de vulnerabilidad como los niños, niñas y adolescentes, madres lactantes y gestantes y adultos mayores.

Por último, consideramos fundamental incluir las recomendaciones de la Defensoría del Pueblo, pues tienen en cuenta el enfoque diferencial y en derechos humanos para superar la crisis en salud. Esta entidad recomienda: 1) promover equipos médicos extramurales que operen regularmente en el marco de acciones de prevención y promoción de la salud, teniendo en cuenta las singularidades del territorio y de las poblaciones indígenas; 2) garantizar el aseguramiento y el acceso a la salud de los sujetos en condiciones de mayor vulnerabilidad, como los NNA, las madres lactantes y gestantes y los adultos mayores; 3) priorizar la puesta en marcha de centros de recuperación nutricional en los municipios de la alta y media Guajira; 4) extender el acceso al servicio de salud a todos los habitantes de la región, sean o no indígenas o nacionales; y 5) implementar medidas de registro sobre las acciones de aseguramiento, salud pública y prestación de la atención en salud²⁷.

Las conclusiones de la visita del grupo de investigadores de Dejusticia al departamento de La Guajira en materia de acceso a los servicios de salud evidencian que son, al menos, cuatro los problemas fundamentales a los que se enfrentan los indígenas: consumo de agua no potable, falta de acceso a centros y puestos de salud, falta de acceso a medicamentos y visitas médicas insuficientes con alta diversidad de aseguradoras en salud.

Estos cuatro componentes impiden la mejoría en materia de salud de los Wayúu, pues lo que se requiere es una atención con un enfoque étnico diferencial. Este enfoque debe ser particular para La Guajira por tres motivos fundamentales: la organización clánica de los Wayúu, la naturaleza transfronteriza del departamento y los factores etarios, de género y relacionados con la maternidad.

4. ESTADO ACTUAL DE LA COBERTURA DEL SERVICIO DE SALUD EN COLOMBIA

Teniendo en cuenta el trabajo realizado en terreno y verificando las condiciones actuales de la prestación de los servicios de salud, consideramos que actualmente no se garantiza la cobertura en salud a los habitantes del territorio nacional. Si bien Colombia ha alcanzado una cobertura alta en salud, gracias al indicador de “afiliación”, existe una brecha entre estar afiliado al sistema y poder acceder al mismo.

En primer lugar, nuestro trabajo de campo realizado en La Guajira nos ha permitido verificar las múltiples barreras de acceso físico a las que se enfrentan los indígenas Wayúu para acceder a servicios de salud. Como expresamos en el “Informe de veeduría del Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad (Dejusticia) a las órdenes fijadas por la Corte Constitucional en el marco de la Sentencia T-302 de 2017”, las carreteras para movilizarse al interior de La Guajira son precarias y su uso se dificulta en época de lluvias. Adicionalmente, las barreras de acceso físico están presentes en el Vaupés, pues los centros

²⁷ Defensoría del Pueblo (2017). Informe de seguimiento al cumplimiento de la sentencia del 31 de mayo de 2016, presentado a la magistrada María Manuela Bermúdez Carvajalino, Sala de decisión Civil-FamiliaLaboral, Tribunal Superior de Riohacha, 27 de marzo de 2017, pp. 40-41.

de atención médica se concentran en los centros urbanos, dejando por fuera a las áreas rurales y, a la vez, a los pueblos indígenas.

Asimismo, hemos realizado trabajo de campo en el departamento del Chocó, que presentamos encargo de la H. Corte Constitucional en Oficio OPTB978/2016 y en referencia al Auto 458/16. En este departamento nos han manifestado cómo no hay vías de acceso para llegar a Quibdó y así recibir tratamientos de salud. Además, se debe tener en cuenta que el hospital de tercer nivel más cercano está ubicado a aproximadamente cinco horas del casco urbano de Quibdó (en Medellín), lo que claramente pone en riesgo la salud de las personas y muestra un incumplimiento en materia de cobertura en salud. Lo anterior se intensifica si se tiene en cuenta la precaria condición de la carretera entre Quibdó y Medellín.

En segundo lugar, hemos identificado cómo las ambulancias no son suficientes como solución para dar acceso a servicios de salud. En el caso de La Guajira, es claro que los indígenas no cuentan con automóviles para trasladarse a un hospital, por lo que deben hacer largos trayectos. Por lo tanto, su estado de salud empeora y en el momento de requerir una ambulancia, la cantidad es limitada y, según testimonios, muchas veces no llega. Frente al trabajo de campo realizado en el departamento del Chocó, si bien este sí cumple con los estándares internacionales en materia de disponibilidad de ambulancias, como manifestamos anteriormente la principal vía de acceso es fluvial, no terrestre, y las ambulancias fluviales no dan abasto. De hecho, según testimonios, en situaciones de emergencia son las Fuerzas Militares quienes se encargan de brindar el transporte por vía fluvial.

En tercer lugar, hemos identificado en el trabajo de campo el limitado acceso a medicamentos. En el caso de La Guajira, por la lejanía con los centros de salud, hemos visto que se crean redes de solidaridad entre los mismos Wayúu para utilizar medicina paliativa tradicional. Esto mismo se traslada al caso del Vaupés y del Chocó, donde las comunidades indígenas viven a grandes distancias de los centros urbanos, por lo que es muy difícil obtener medicamentos.

En cuarto lugar, hemos presenciado cómo en el país no se garantiza el acceso a agua potable y las repercusiones que esto tiene en materia de salud. En el caso del trabajo de campo en La Guajira, hemos evidenciado los mecanismos que utilizan los indígenas para recolectar agua, como lo son los jagüeyes y pozos. Sin embargo, estos métodos pueden ser peligrosos para la salud, pues guardar agua de manera errónea puede llevar a enfermedades. En el caso de los Wayúu, manifestamos que

“El consumo de agua de mala calidad o contaminada es un riesgo muy alto para la comunidad. El agua estancada tiene una alta presencia de microorganismos patógenos que ocasionan enfermedades gastrointestinales, parasitos, diarreas agudas como el cólera, fiebre tifoidea y hepatitis, entre otras, que pueden tener

consecuencias fatales para niños y niñas, si se tiene en cuenta el estado de malnutrición y de salud de la población Wayúu”²⁸.

Esta realidad aplica, sin duda, para otros lugares aislados de Colombia, como lo son el departamento del Vaupés y el Chocó. Como evidenciamos en la sección 1.1.2, preocupa que no todos los departamentos y municipios reporten la calidad de su agua a través del IRCA.

En conclusión, el trabajo en terreno realizado por Dejusticia nos ha permitido presenciar, principalmente, las barreras de acceso físico que existen actualmente para que comunidades alejadas de centros urbanos puedan recibir salud. Sin embargo, teniendo en cuenta que la cobertura también refleja “la medida en que las personas que lo necesitan reciben de hecho intervenciones de salud importantes”²⁹ y los análisis presentados para responder al interrogante 1, donde se evidenció la baja disponibilidad de médicos o de camas por habitantes, así como las barreras idiomáticas y culturales de algunas comunidades para acceder a servicios de salud; consideramos que no se garantiza la cobertura en salud a los habitantes del territorio nacional.

Con respeto,

VIVIAN NEWMAN PONT
CC.

DIANA RODRÍGUEZ FRANCO
C.C.

DIANA GUARNIZO PERALTA
C.C

MARYLUZ BARRAGÁN GONZÁLEZ
C.C.

RODRIGO UPRIMNY YEPES
C.C.

VALENTINA ROZO ÁNGEL
C.C

²⁸ Dejusticia. informe de veeduría del Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad (Dejusticia) a las órdenes fijadas por la Corte Constitucional en el marco de la Sentencia T-302 de 2017.

²⁹ OMS. Estadísticas Sanitarias Mundiales. 2009. Disponible en http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/ES_WHS09_Full.pdf?ua=1 P. 1