

Bogotá D.C., 21 de julio de 2020

Honorable Ministro

FERNANDO RUIZ GÓMEZ

Ministerio de Salud y Protección Social

REFERENCIA: Derecho de petición relacionado con priorización y racionalización de tecnologías en Unidades de Cuidado Intensivo en el marco de la emergencia sanitaria suscitada por el COVID-19

Vivian Newman Pont, Maryluz Barragán González, Mauricio Albarracín Caballero, Rodrigo Uprimny Yepes, Diana Guarnizo Peralta, Johnattan García Ruiz y Cristina Annear Camero ciudadanos en ejercicio y vecinos de esta ciudad, en calidad de directora e investigadores de Dejusticia (Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad); y Silvia Serrano Guzmán ciudadana en ejercicio actuando en nombre propio, identificadas e identificados como aparece al pie de nuestras firmas, en ejercicio de los derechos fundamentales de petición y acceso a la información pública consagrados en los artículos 20, 23 y 74 de la Constitución política, 13 de la Ley 1437 de 2011 y 24 de Ley 1712 de 2014 y en la Ley 1755 de 2015 respetuosamente me dirijo a usted con el fin de solicitarle información sobre el estándar de priorización de casos para el acceso a recursos escasos y tecnologías en el sistema de salud en el marco de la emergencia sanitaria suscitada por el COVID-19.

1. FUNDAMENTOS DE HECHO

1. El COVID-19 (*coronavirus disease 2019*) es una enfermedad infecciosa causada por el recientemente descubierto virus SARS-CoV-2, este último perteneciente a la familia de los coronavirus.¹ El pasado 11 de febrero de 2020 la OMS la incluyó en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) para que los sistemas de salud pudiesen distinguir al COVID-19 de otras enfermedades.
2. De acuerdo con el “Consenso colombiano de atención, diagnóstico y manejo de la infección por SARS-COV-2/COVID-19 en establecimientos de atención de la salud” publicado por la Asociación Colombiana de Infectología – ACIN– y el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud–IETS– “*Aunque la mayoría de las personas tienen una enfermedad leve, algunas desarrollarán una enfermedad grave que requiere oxigenoterapia (14%) y aproximadamente el 5% requerirá un tratamiento de unidad de cuidados intensivos*”².

¹ OMS. “Q&A on coronaviruses (COVID-19)”. 17 de abril de 2020. En: <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/q-a-coronaviruses>

² IETS; ACIN. “Consenso colombiano de atención, diagnóstico y manejo de la infección por SARS-COV-2/COVID-19 en establecimientos de atención de la salud. Recomendaciones basadas en consenso de expertos e informadas en la evidencia”. Revista de la Asociación Colombiana de Infectología. Volumen 4 número 3. Marzo de 2020. En: <http://www.iets.org.co/Archivos/853-2765-1-PB.pdf>

3. Según datos del Instituto Nacional de Salud con corte a 20 de julio de 2020, existe un total de 100.870 casos activos de personas infectadas con el virus, haciendo énfasis en que 6.727 de ellas tuvo diagnóstico confirmado en el día de ese último reporte³.
4. El Decreto 538 de 2020 regula acciones dirigidas a la atención de aquellas personas que portan el SARS-CoV-2 y que empiezan a desarrollar la enfermedad COVID-19 en el marco de una pandemia y de un Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica. El artículo 4 del Decreto 538 de 2020 le asigna a los Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres -CRUE- de cada departamento o distrito el control de la oferta y disponibilidad de camas de unidades de cuidados intensivos y de unidades de cuidados intermedios en caso de alta demanda.
5. El 25 de marzo del 2020 el Ministerio de Salud y Protección Social emitió las “Recomendaciones Generales para la toma de decisiones Éticas en los Servicios de Salud durante la Pandemia Covid-19” el cual establece algunos estándares para la realización de los protocolos de *triage*. En uno de sus párrafos se menciona que “*Los protocolos deben tener como objetivo tomar decisiones frente al ingreso o no las unidades a partir de variables predeterminadas como la edad, las comorbilidades, la posibilidad de supervivencia sin enfermedad, la posibilidad de supervivencia con enfermedad, la gravedad del cuadro y a la posibilidad de requerimientos prolongados de soporte, y en caso de ser necesario hacer referencia al valor instrumental de profesionales de la salud ...*”
6. La Corte Constitucional en el examen de constitucionalidad del Decreto 538 de 2020 se pronunció a través del comunicado 125 de 16 de julio de 2020, sobre la necesidad de que los CRUE definan la asignación de camas en cuidados intensivos o intermedios por criterios de razonabilidad y eficiencia declarando la constitucionalidad de la medida⁴.
7. Colombia actualmente no cuenta con capacidad para tratar a todas las personas que generen complicaciones por COVID-19. A 2017, había menos de dos camas de cuidado intensivo por cada diez mil habitantes⁵, con un total aproximado de 5.349 camas a marzo de este año, de las que solo entre 150 y 750 cumplen con requerimientos de aislamiento y filtros de aire⁶. Esta situación es preocupante en municipios pequeños o lugares alejados de cabeceras municipales que tienen acceso a disponibilidad y equipos.

³ Instituto Nacional de Salud. “COVID-19 Colombia | Reporte 20-07-2020 7:30pm”. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/Coronavirus.aspx>

⁴ Corte Constitucional. “Boletín No. 125 de 2020”. Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/noticia.php?Llamado-a-todo-el-personal-de-salud-y-las-demas-medidas-para-contener-y-mitigar-el-COVID-19-son-constitucionales-8967>

⁵ El Tiempo. “¿Cuántas camas de UCI por persona hay en Colombia?”. 28 de marzo de 2020. Disponible en: <https://www.eltiempo.com/datos/total-de-camas-de-cuidado-intensivo-en-colombia-478076>

⁶ Semana. “¿Habría cama para tanta gente?”. 21 de marzo de 2020. Disponible en: <https://www.semana.com/nacion/articulo/coronavirus-en-colombia-hay-cama-para-tanta-gente/658306>

8. De acuerdo con el Sistema de Monitoreo de Unidades de Cuidados Intensivos del Ministerio de Salud y Protección Social y los Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias (CRUE) Territoriales, al 19 de julio de 2020 se reportaron 8146 camas de UCI en el país, 65% de ellas en ocupación⁷. Dos departamentos ya han alcanzado una ocupación mayor al 95% (Caquetá y Putumayo), mientras que otros diez departamentos se encuentran en una ocupación entre el 65% y el 94%.
9. En el caso de Bogotá, la región con mayor número de personas positivas para el nuevo coronavirus, la ocupación para julio 20 de 2020 se encuentra en el 91.5%⁸. Teniendo en cuenta la situación de la pandemia en Colombia, la demanda de atención por COVID-19 probablemente superará la oferta de servicios disponible en un corto plazo.

2. SOLICITUDES

Por lo anterior, solicitamos respetuosamente el acceso a la siguiente información:

1. Informe si, en adición al documento titulado “Recomendaciones Generales para la toma de decisiones Éticas en los Servicios de Salud durante la Pandemia Covid-19”, existe algún documento o protocolo que contenga los lineamientos concretos por parte del Ministerio de Salud y Protección Social para la priorización de tecnologías en salud de forma clara y precisa; y no solo como estándares generales que sirvan para el diseño de protocolos por parte de otras entidades.
2. Informe si existen lineamientos unificados para todas las regiones del país sobre la toma de decisiones éticas en los servicios de salud durante la pandemia Covid-19 y que esfuerzos se han hecho por unificarlos.
3. Informe cuáles han sido los canales de participación, y quiénes han participado en la construcción de las “Recomendaciones Generales para la toma de decisiones Éticas en los Servicios de Salud durante la Pandemia Covid-19” o cualquier otro documento o protocolo relacionado con la toma de decisiones éticas y la priorización de servicios de salud durante la pandemia. Especialmente, señale si dicho(s) documento(s) o cualquier otro relacionado ha(n) sido publicado para consulta de la ciudadanía.
4. En las “Recomendaciones Generales para la toma de decisiones Éticas en los Servicios de Salud durante la Pandemia Covid-19” se lee en la página 4 que “Los protocolos deben tener como objetivo tomar decisiones frente al ingreso o no las unidades a partir de variables predeterminadas como la edad, las comorbilidades ...”. Al respecto, informe qué medidas ha tomado el Ministerio de Salud y Protección Social para evitar que la

⁷ Zapata Bedoya, Silvana. Seguimiento de Ocupación de Camas de UCI Colombia – 2020. Actualizado a 19 de julio de 2020. Disponible en <https://datastudio.google.com/u/o/reporting/3bb114c3-c98f-4713-8302-b6f09cca84e4/page/pnuWB>

⁸ Salud Data Bogotá. “Porcentaje de ocupación de unidades de cuidado intensivo para la atención de COVID-19 en Bogotá, D.C.” Actualizado a 20 de julio de 2020. Disponible en: <http://saludata.saludcapital.gov.co/osb/index.php/datos-de-salud/enfermedades-trasmisibles/ocupacion-ucis/>

aplicación de este criterio lleve a posibles violaciones al derecho de igualdad y no discriminación particularmente de aquellas personas mayores, con comorbilidades y/o discapacidad.

5. Informe cuál es el plan de acción para unificar las estrategias de las autoridades nacionales con las autoridades regionales, especialmente con los Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias territoriales.

3. FUNDAMENTOS DE DERECHO

El artículo 23 de la Constitución Política de Colombia establece que *“Toda persona tiene derecho a presentar peticiones respetuosas a las autoridades por motivos de interés general o particular y a obtener pronta resolución”*, y el artículo 74 reconoce que *“Todas las personas tienen derecho a acceder a los documentos públicos salvo los casos que establezca la ley”*, reconociendo el derecho a la información.

El Artículo 13 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo contencioso Administrativo (CPACA), Ley 1755 de 2015, explica que en el derecho de petición puede solicitarse *“el reconocimiento de un derecho, la intervención de una entidad o funcionario, la resolución de una situación jurídica, la prestación de un servicio, requerir información, consultar, examinar y requerir copias de documentos, formular consultas, quejas, denuncias y reclamos e interponer recursos”*.

En el marco de las actividades propias de nuestra organización, necesitamos conocer la información antes solicitada, para cuyo acceso nos encontramos constitucional y legalmente facultados. Lo anterior, en virtud del artículo 74 de la Constitución Política de Colombia, según el cual *“[t]odas las personas tienen derecho a acceder a los documentos públicos salvo los casos que establezca la ley”*. En el mismo sentido, el artículo 24 de la Ley 1712 de 2014 establece que *“[t]oda persona tiene derecho a solicitar y recibir información de cualquier sujeto obligado, en la forma y condiciones que establece esta ley y la Constitución”*.

Ahora bien, de acuerdo con el actual esquema de priorización y racionalización de tecnologías y talento humano en salud, el Decreto 538 de 2020 en su artículo 4 estableció que los Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres -CRUE- de cada departamento o distrito, ante alta demanda, tienen el control de la oferta y disponibilidad de camas de unidades de cuidados intensivos e intermedios. Ante esta disposición, la Corte Constitucional expuso que el CRUE puede definir a dónde se remitirán los pacientes que requieran de servicios de salud sin autorización previa de Entidades Promotoras de Salud, o de Entidades Obligadas a Compensar⁹. Por otro lado, estableció que la asignación de camas en cuidados intensivos o intermedios debe regirse “por criterios de razonabilidad y eficiencia en un momento en donde la infraestructura

⁹ Corte Constitucional. “Boletín No. 125 de 2020”. Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/noticia.php?Llamado-a-todo-el-personal-de-salud-y-las-demas-medidas-para-contener-y-mitigar-el-COVID-19-son-constitucionales-8967>

hospitalaria aún no se encuentra en el nivel necesario para atender con holgura la demanda” de pacientes contagiados de COVID-19¹⁰.

No obstante, la Corte no definió a profundidad cuáles eran los criterios de razonabilidad y eficiencia para atender la priorización por parte de los CRUE, por lo que nos permitimos remitir brevemente la normatividad vigente al respecto. Tanto la Ley 1751 de 2015 como la sentencia C-313 de 2014¹¹ sintetizan en buena medida los múltiples elementos a tener en cuenta para realizar una priorización de servicios de salud ante la alta demanda. Así, es evidente que la decisión de los CRUE debe ser compatibles con los principios de universalidad, *pro personae*, equidad, continuidad, oportunidad, prevalencia de derechos, progresividad, libre elección, sostenibilidad, solidaridad, eficiencia e interculturalidad inherentes a la prestación de los servicios médicos.

El artículo 4 del Decreto 538 de 2020 no hace mención a la necesidad de implementar un criterio de priorización de tecnologías en salud que permita guiar a los prestadores y a las mismas CRUE a la hora de tomar decisiones que en situaciones críticas definan los límites al derecho fundamental a la salud de una persona. Este tipo de documentos técnicos deben construirse con expertos en medicina, bioética y derecho, de modo que los lineamientos de la priorización de los servicios de UCI guarden el mayor respeto por el derecho fundamental a la salud en sus dimensiones individual y colectiva de los ciudadanos, así como de los demás derechos humanos. Esta situación no solo es importante en términos de protección de derechos fundamentales de los pacientes y de transparencia institucional, sino que es una medida necesitada con urgencia ante la actual situación de alta demanda en las unidades de cuidado intensivo de diferentes ciudades del país.

A la fecha, existen iniciativas frente al tema de priorización y racionalización de tecnologías y talento humano en salud. Sin embargo, como expondremos a continuación, a pesar de ser insumos supremamente importantes para tener en cuenta frente a las asignaciones de cuidados intensivos o intermedios, tienen tres problemas. El primero es que no son lo suficientemente específicos frente a criterios de priorización claros que puedan ser tomados por los CRUE y replicados de forma objetiva y transparente alrededor del país. El segundo es que en ciertos casos sugieren criterios de priorización problemáticos que pueden generar tensiones con derechos fundamentales de los pacientes. El tercer problema es que estas iniciativas presentan recomendaciones que no tienen una naturaleza normativa clara, por lo que las entidades de salud no estarían llamadas a cumplir dichos mandatos.

En primera medida, el Ministerio de Salud, que es la entidad rectora de temas de política pública de salud, solo ha publicado una serie de recomendaciones generales para la toma de decisiones

¹⁰ Corte Constitucional. “Boletín No. 125 de 2020”. Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/noticia.php?Llamado-a-todo-el-personal-de-salud-y-las-demas-medidas-para-contener-y-mitigar-el-COVID-19-son-constitucionales-8967>

¹¹ M.P. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo.

éticas en los servicios de salud durante la pandemia COVID-19¹². No obstante, este documento no cumple con el deber que tiene el Gobierno Nacional para guiar las decisiones que definan la priorización de tecnologías en salud en el contexto de la actual emergencia de salud pública. Ello, ya que el mismo documento refiere la necesidad de generar protocolos que establezcan parámetros de ingreso o no a las unidades de cuidado intensivo o intermedio a partir de variables como

“la edad, las comorbilidades, la posibilidad de supervivencia sin enfermedad, la posibilidad de supervivencia con enfermedad, la gravedad del cuadro y la posibilidad de requerimientos prolongados del soporte [...] y ser explícitos en la transparencia de no priorización por indicación administrativa o recomendaciones individuales de terceros”¹³.

Al respecto, cabe destacar que la existencia de criterios preestablecidos, como indica la guía de recomendaciones del Ministerio de Salud, han sido criticadas por sectores de la bioética y son más riesgosas en cuanto al principio de igualdad y no discriminación¹⁴. Adicionalmente, un modelo con criterios preestablecidos como edad o comorbilidades previas puede tener el efecto de impedir que la situación clínica de todas las personas en el momento pueda ser valorada para efectos de la priorización¹⁵.

En segundo lugar, el Consejo Nacional de Bioética como instancia asesora de creación legal pero que no tiene participación de autoridades públicas en salud¹⁶, presentó una Declaración el pasado 19 de marzo de 2020 donde menciona con relevancia la necesidad de que la toma de decisiones en materia de salud se realice con enfoque diferencial, y que las medidas que se tomen respeten el principio de dignidad humana, eviten sesgos que afecten a poblaciones vulnerables, y no contribuyan a generar mayor desigualdad e injusticia¹⁷. Asimismo, la Declaración invita a que las autoridades nacionales diseñen protocolos de atención *“a partir del trabajo interdisciplinario tanto, de expertos de diversas áreas y disciplinas (salud pública, epidemiología, enfermería, derechos humanos, bioética, entre otras) con la participación de representantes de la sociedad civil”¹⁸*. Aunque la “Guía Práctica para Enfrentar la Pandemia del COVID-19 en Perspectiva Bioética y de Derechos Humanos”, también del Consejo Nacional de Bioética, presenta varios elementos importantes para incorporar acciones respetuosas de la ética y los derechos humanos de las personas, no presenta un protocolo específico para asistir a los profesionales e instituciones de salud en la toma de decisión sobre uso y priorización de tecnologías.

¹² Ministerio de Salud y Protección Social, “Recomendaciones generales para la toma de decisiones éticas en los servicios de salud durante la pandemia COVID-19”, GIPS13. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/GIPS13.pdf>

¹³ *Íbid.*

¹⁴ White DB, Lo B. “A Framework for Rationing Ventilators and Critical Care Beds During the COVID-19 Pandemic”. JAMA. 2020;323(18):1773–1774. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2763953>

¹⁵ *Íbid.*

¹⁶ Disponible en: https://minciencias.gov.co/sala_de_prensa/minciencias-realiza-la-instalacion-del-consejo-nacional-bioetica-cnb

¹⁷ Consejo Nacional de Bioética, “Declaración del Consejo Nacional de Bioética”. Colombia, Marzo 19 de 2020. Disponible en: https://minciencias.gov.co/sites/default/files/declaracion_cnb_sobre_covid19.pdf

¹⁸ *Íbid.*

En tercer lugar, y siguiendo una línea parecida a los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social, la Academia Nacional de Medicina, que es también una entidad asesora aunque de carácter privado¹⁹, emitió una serie de recomendaciones entre las que incluye algunas sobre priorización y racionalización de tecnologías y talento humano en salud en los siguientes términos:

“En caso de que, después de aplicar los criterios convencionales de elegibilidad para SVA, haya más pacientes elegibles que recurso disponible, la elección se debe basar en el análisis simultáneo de los siguientes cuatro criterios: (i) pronóstico de supervivencia a corto plazo, dados los factores predictores de supervivencia específicos para Covid-19 que se hayan identificado en la literatura científica; estos factores predictores deben ser actualizados periódicamente en la medida que la nueva evidencia científica sobre Covid-19 así lo requiera; (ii) pronóstico de supervivencia a largo plazo o mayor expectativa de vida; (iii) presencia de comorbilidades que afecten el pronóstico de largo plazo; y (iv) qué tantos recursos de SVA se espera que consumirá el paciente”²⁰.

Adicionalmente, en el marco de la anterior recomendación de la Academia Nacional de Medicina al respecto, se establece que ninguno de los cuatro criterios anteriormente mencionados se debe aplicar de manera aislada ni secuencial²¹. Sin embargo, esta salvedad no es suficiente para que durante la priorización de urgencias basadas a través de estos criterios exista suficiente salvaguarda para prevenir la aplicación discriminatoria de las guías.

Por ende, los tres anteriores documentos de recomendaciones no establecen parámetros claros de priorización y racionalización de tecnologías y talento humano en salud, y además hacen explícita la necesidad de que se gestione uno ante la alta demanda de servicios de salud y la escasez de servicios e insumos médicos. Por otro lado, dichas guías establecen criterios que, como veremos a continuación, podrían generar tensiones que vulneran el derecho a la no discriminación de ciertos grupos poblacionales que gozan de especial protección constitucional, como lo son las personas con discapacidad y las personas adultas mayores. Sostenemos esto en cuanto a que las recomendaciones insisten en tener como criterios de priorización la edad o la capacidad (de acuerdo con comorbilidades que afecten a largo plazo a las personas, o su expectativa de vida) de los pacientes, cuando dichos criterios claramente entran en tensión con los derechos fundamentales de estos grupos poblacionales históricamente discriminados.

La priorización de casos atendidos a través de las UCI entra en tensión con principios como el de no discriminación, impactando poblaciones vulnerables a través de criterios basados estrictamente en la edad o en la condición física o mental de las personas. Priorizar recursos

¹⁹ Disponible en: <https://anmdocolombia.org.co/quienes-conforman-la-academia/>

²⁰ Academia Nacional de Medicina, “Recomendaciones de la Academia Nacional de Medicina de Colombia para enfrentar los conflictos éticos secundarios a la crisis de Covid-19 en el inicio y mantenimiento de medidas de soporte vital avanzado”. 14 de mayo de 2020. Disponible en: <https://anmdocolombia.org.co/wp-content/uploads/2020/07/Covid19-conflictos-e%CC%81ticos-frente-a-SVA-Julio-10-2020.pdf>

²¹ *Íbid.*

con base en el criterio de edad o capacidad podría llevar a evaluaciones utilitarias, donde las personas más jóvenes resultan priorizadas, discriminando así a personas con discapacidad o personas de la tercera edad²². Existen, a su vez, otros criterios aparentemente neutrales como el análisis de comorbilidades, en que se comparan pacientes de la misma edad y se prefiere aquellas con mayor expectativa de vida. Esta priorización puede definir de forma discriminatoria cuáles vidas vale la pena salvar, excluyendo poblaciones como adultos mayores, poblaciones más pobres sin acceso a alimentación adecuada, o personas con discapacidad²³.

Las recomendaciones mencionadas anteriormente recuerdan a las que realizó la Sociedad Italiana de Anestesia, Analgesia, Reanimación y Cuidados Intensivos (en adelante SIAARTI) durante la crisis de ocupación de las UCI en dicho país, y que fue duramente criticado por su enfoque decididamente utilitario²⁴. La SIARTI establecía un límite de edad para la admisión hospitalaria para *"ahorrar recursos limitados que pueden llegar a ser extremadamente escasos para aquellos que tienen una probabilidad mucho mayor de supervivencia y esperanza de vida, a fin de maximizar los beneficios para el mayor número de personas"*. También recomendaba que se evaluaran las *"comorbilidades y el estado funcional"* para decidir quién recibe los recursos escasos, como los ventiladores²⁵.

Es claro que las decisiones sobre la priorización de casos que deben acceder a UCI o unidades de cuidado intermedio no son fáciles. Sin embargo, es imprescindible que esta selección evite reproducir criterios sospechosos de discriminación en su ejecución. En un artículo recientemente publicado en el *New England Journal of Medicine* y liderado por Ezekiel J. Emanuel de la Universidad de Pensilvania, los autores exponen cuatro diferentes perspectivas éticas frente a la respuesta en momentos de crisis: 1) maximizar beneficios (salvar el mayor número de vida o el número de años-vida); 2) tratar a todos por igual (atender en orden de llegada o con selección al azar); 3) promover y premiar el valor instrumental (a quienes han hecho contribuciones a la sociedad o quienes tienen el potencial para hacerlas); y 4) priorizar a quienes están en peores condiciones (los más enfermos primero o los más jóvenes primero)²⁶.

²² Chisholm, J. 2020. Doctors will have to choose who gets life-saving treatment. Here's how we'll do it. *The Guardian*. April 1, 2020. Available at: <https://www.theguardian.com/commentisfree/2020/apr/01/doctors-choose-life-saving-treatment-ethical-rules>. En Michalowski, Sabine & Han-Pile, Beatrice & Carniato, Beatrice & Serodio Mendes, Fabio & Martin, Wayne. (2020). *Triage in the COVID-19 Pandemic: Bioethical and Human Rights Considerations*. 10.13140/RG.2.2.34046.74567. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/340548071_Triage_in_the_COVID-19_Pandemic_Bioethical_and_Human_Rights_Considerations

²³ Michalowski, Sabine & Han-Pile, Beatrice & Carniato, Beatrice & Serodio Mendes, Fabio & Martin, Wayne. (2020). *Triage in the COVID-19 Pandemic: Bioethical and Human Rights Considerations*. 10.13140/RG.2.2.34046.74567. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/340548071_Triage_in_the_COVID-19_Pandemic_Bioethical_and_Human_Rights_Considerations

²⁴ Tobin-Tyler, Elizabeth. "In Allocating Scarce Health Care Resources During COVID-19, Don't Forget Health Justice". *Health Affairs Blog*, 25 de abril de 2020. En: <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hblog20200422.50144/full/>

²⁵ *Ibid.*

²⁶ Emanuel, Ezekiel et al. "Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19". *The New England Journal of Medicine*. 23 de marzo de 2020. En: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMs2005114>

Las decisiones sobre la forma en que se estructurarán estándares de priorización y racionalización de tecnologías y talento humano en salud también deben proteger derechos constitucionales de las y los pacientes, especialmente durante esta coyuntura. El Estado tiene tres mandatos que queremos poner de presente en esta situación. En primer lugar, el Estado colombiano debe propender por garantizar la no discriminación en la atención mínima en salud ante casos de necesidad y urgencia. Esta obligación es reconocida en el artículo 2 del Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en nuestra jurisprudencia constitucional²⁷, y en el articulado general del Decreto 780 de 2016 que reglamente al sector de salud y protección social.

En segundo lugar, la decisión de priorización y racionalización de tecnologías y talento humano en salud debe contar con estándares claros de preparación para la sobrecarga de los servicios hospitalarios y la atención preventiva de pacientes, de acuerdo con el principio de integralidad en salud de las disposiciones del artículo 49 de la Constitución Política y el artículo 8 de la ley 1751 de 2015. La priorización debe alinearse con la obligación estatal de que los servicios de salud se suministren con el fin de prevenir la enfermedad²⁸, garantizando el derecho a la salud “*antes, durante y después de presentar la enfermedad o patología que lo afecta, de manera integral y sin fragmentaciones*”²⁹.

Finalmente, en tercer lugar, esta decisión debe cumplir con cargas de transparencia al contar con un proceso carácter público³⁰, colectivo, participativo y transparente³¹, ya que implica debates cruciales sobre la vida y la muerte de las personas en el marco de la coyuntura. De acuerdo con este mandato de transparencia en la información de la priorización y racionalización de tecnologías y talento humano en salud debe ser suficiente para que las personas puedan decidir autónomamente las opciones de atención que garanticen en mayor medida sus derechos³².

A la fecha, además de los tres documentos referidos anteriormente sobre recomendaciones en el manejo de priorización de casos ante UCI, en ningún otro lugar encontramos algún documento público o privado disponible emitido por algún CRUE en el país que determine los criterios de priorización en el acceso a las unidades de cuidado intensivo o intermedio ante la alta demanda de servicios de salud. Por lo anterior, es necesario implementar un protocolo de priorización de tecnologías y talento humano en salud que permita guiar a los prestadores a la hora de tomar decisiones que en situaciones críticas definan los límites al derecho fundamental a la salud de las personas. El proceso de elaboración del documento que defina los lineamientos de la priorización de los servicios de UCI debe transparente, participativo, inspirado en la mejor

²⁷ Corte Constitucional, Sentencia C-834 de 2007, M.P. Humberto Antonio Sierra Porto.

²⁸ Corte Constitucional, Sentencia T-062 de 2017, M.P. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo.

²⁹ Corte Constitucional, Sentencia T-121 de 2015, M.P. Luis Guillermo Guerrero Pérez.

³⁰ Michalowski, Sabine & Han-Pile, Beatrice & Carniato, Beatrice & Serodio Mendes, Fabio & Martin, Wayne. (2020). Triage in the COVID-19 Pandemic: Bioethical and Human Rights Considerations. 10.13140/RG.2.2.34046.74567. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/340548071_Triage_in_the_COVID-19_Pandemic_Bioethical_and_Human_Rights_Considerations

³¹ Corte Constitucional, Sentencia C-313 de 2014, M.P. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo.

³² Corte Constitucional, Sentencia T-760 de 2008, M.P. Manuel José Cepeda Espinosa.

evidencia científica y técnica, y desarrollado a partir del respeto del derecho fundamental a la salud, la no discriminación y otros derechos humanos.

Para concluir, la adopción y difusión de este documento es importante por tres razones, a saber, i) porque materializa efectivamente el deber de prevención del Estado en materia de prestación de servicios de salud; ii) porque garantiza una difusión de información que cumple con las cargas constitucionales de transparencia en su acceso; y iii) porque previene que se cuente con estándares objetivos que impidan la generación de escenarios de discriminación en el proceso de priorización y racionalización de tecnologías y talento humano en salud.

4. NOTIFICACIONES

Recibimos comunicaciones y notificaciones en la siguiente dirección de correo electrónico: notificaciones@dejusticia.org

Cordialmente,

Peticionarios en nombre de Dejusticia,

VIVIAN NEWMAN PONT

MARYLUZ BARRAGÁN GONZÁLEZ

MAURICIO ALBARRACÍN CABALLERO

RODRIGO UPRIMNY YEPES

DIANA GUARNIZO PERALTA

JOHNATTAN GARCÍA RUIZ

CRISTINA ANNEAR CAMERO

Peticionaria ciudadana en nombre propio,

SILVIA SERRANO GUZMÁN

