

Bogotá D. C., 22 de mayo de 2020

Señor

YEFERSON ROMAÑA TELLO

Juez Primero Administrativo Oral del Circuito de Quibdó

E. S. D.

Asunto: Coadyuvancia en proceso de tutela.

Radicado: 27001-33-33-001-2020-00078-00.

Accionante: Procuraduría Delegada para la Conciliación Administrativa y Procuraduría 186 Judicial I Administrativa de Quibdó.

Accionados: Positiva Compañía de Seguros S.A., E.S.E Hospital Ismael Roldán Valencia, Municipio de Quibdó (Chocó), Secretaría de Salud de Quibdó.

Mauricio Albarracín Caballero, David Murillo Mosquera, Johnattan García Ruiz, Jesús David Medina Carreño, Isabel Cristina Annear Camero y Alejandro Jiménez Ospina, subdirectores e investigadores del Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad (Dejusticia), al amparo del inciso 2° del artículo 13¹ del Decreto 2591 de 1991, acudimos a este despacho con el fin de presentar escrito de coadyuvancia a favor de la parte accionante.

Dejusticia es un centro de investigación socio-jurídica dedicado a la promoción de los derechos humanos en Colombia y el Sur Global, a la garantía del interés público y al fortalecimiento del Estado de Derecho. Por más de quince años hemos realizado acciones de

¹ Según la norma en mención: “*Quien tuviere interés legítimo en el resultado del proceso podrá intervenir en él como coadyuvante del actor o de la persona o autoridad pública contra quien se hubiere hecho la solicitud*”.

investigación, litigio e incidencia en distintos temas, incluyendo asuntos relacionados con la satisfacción del derecho fundamental a la salud y a la garantía y justiciabilidad de los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales. Asimismo, hemos intervenido ante la Corte Constitucional en la revisión de constitucionalidad de varios decretos proferidos en el marco de la declaratoria del estado de emergencia económica, social y ecológica por la pandemia del COVID-19².

El asunto que se debate, relativo a la falta de elementos de protección personal (EPP) para quienes trabajan en el Hospital Ismael Roldán Valencia de Quibdó (Chocó) y a la ausencia de equipos, *kits* y adecuaciones mobiliarias para prevenir el contagio del nuevo SARS-CoV-2/COVID-19 dentro de este centro de salud, es de claro interés público y está relacionado con el objeto de trabajo de Dejusticia. Por lo cual, nuestra organización tiene un interés legítimo en participar de este proceso.

En esta intervención sostenemos que, debido al déficit de EPP para el talento humano del hospital como a la ausencia de herramientas y equipos médicos necesarios para cumplir las tareas de detección, tratamiento y prevención del nuevo coronavirus SARS-CoV-2/COVID-19, el juez de tutela debe dictar, en principio, dos tipos de órdenes. La primera debe estar dirigida a salvaguardar los derechos a la salud y al trabajo digno de los trabajadores y las trabajadoras del Hospital Ismael Roldán Valencia de Quibdó, entre los que se incluye no solamente al personal de salud descrito en el artículo 1 de la Ley 1164 de 2007 sobre el Talento Humano en Salud, sino también a todo el personal administrativo, asistencial, de apoyo, trabajadores de aseo, vigilancia, alimentación y quienes están relacionados directa o indirectamente con la prestación del servicio de salud, con independencia de la figura contractual que se tenga entre estas personas y la institución mencionada. Esto implica ordenar la disposición en cantidad suficiente de los elementos necesarios para la protección personal de quienes allí laboran, de cara a prevenir el contagio del nuevo coronavirus. La

² Por ejemplo, en la revisión de la constitucionalidad de los Decretos 417, 441, 444 y 518 de 2020, entre otros. Para más información al respecto, visitar nuestra página web: <https://www.dejusticia.org/>

segunda orden debe estar encaminada a la protección del derecho a la salud de los pacientes y de todas aquellas personas que acuden al hospital. Para ello, se precisa ordenar, entre otras cosas, la disposición de los *kits* médicos necesarios para la detección del SARS-CoV-2 y el tratamiento del COVID-19 y la adecuación del mobiliario para una atención en salud segura para trabajadores, trabajadoras y pacientes. Por último, consideramos pertinente que el juez de tutela analice los reclamos de protección judicial en un marco histórico-estructural de abandono estatal, donde la población étnica, particularmente la afrodescendiente y la indígena, resulta principalmente afectada por la ausencia de medidas de salud pública e individual adecuadas en la ciudad de Quibdó. A esta situación se le conoce como inequidad sanitaria, a saber, aquellas “*diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria*”³.

Así, este escrito está estructurado de la siguiente manera. En primer lugar, presentamos a modo de contexto un breve panorama de la crisis que enfrentan los sistemas sanitarios ante el nuevo coronavirus y las necesidades materiales que revela esta situación. En segundo lugar, realizamos algunas precisiones en torno a la categoría de trabajadoras y trabajadores de la salud y sus derechos fundamentales, con fundamento en la jurisprudencia constitucional y los estándares internacionales de protección de derechos humanos. En esta parte resaltamos el deber de garantizar un sistema de salud y de riesgos laborales que cubra a las trabajadoras y trabajadores de la salud ante el COVID-19. En tercer lugar, abordamos el derecho fundamental a la salud de los pacientes por COVID-19 a la luz del régimen constitucional vigente y lo establecido por organismos internacionales de salud. En cuarto lugar, presentamos las dificultades que enfrenta el sistema de salud en Chocó en un marco de inequidad sanitaria. En este punto hacemos referencia a la crisis multidimensional del E.S.E Hospital Ismael Roldán Valencia de Quibdó y a la urgencia de tomar medidas adecuadas y oportunas para contener la pandemia, que en este caso afecta principalmente a comunidades

³ OMS. Determinantes sociales de la salud. [s. f.] Disponible en: https://www.who.int/social_determinants/es/

étnicas y empobrecidas. Por último, cerramos con una conclusión en donde retomamos los puntos principales de la coadyuvancia y elevamos nuestras solicitudes al juez de tutela.

1. SISTEMAS DE SALUD DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA POR EL COVID-19: UN PANORAMA DE NECESIDADES INSATISFECHAS Y DE MEDIDAS URGENTES POR IMPLEMENTAR

En el actual contexto de emergencia sanitaria por el creciente número de infectados y muertes por el COVID-19, se ha puesto de relieve la urgencia de fortalecer los sistemas de salud y, particularmente, los centros de sanidad pública. Hace algunos años, cuando el Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS) y el Síndrome Respiratorio de Oriente Medio (MERS) cobraban miles de vida en el mundo, organizaciones internacionales observaban una relación estrecha entre la deficiencia de los sistemas de atención de salud y la gestión hospitalaria y tasas más altas de morbilidad y mortalidad⁴. Ahora, en medio de la emergencia global por el COVID-19, que según la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁵ resulta diez veces más letal que la pandemia de gripe H1N1 y más transmisible que el SARS y el MERS⁶, la tarea de fortalecer los centros de salud toma una mayor magnitud. Tal deber resulta especialmente relevante en países con altos índices de desigualdad como el nuestro⁷, donde ciertas regiones adolecen de un sistema de salud precario, cuentan con economías frágiles y carecen de servicio públicos de acueducto, alcantarillado y aseo.

⁴ Malpass, D. La enfermedad por coronavirus pone de relieve la necesidad de fortalecer los sistemas de salud. 5 de marzo de 2020. Disponible en: <https://blogs.worldbank.org/es/voces/el-coronavirus-resalta-la-necesidad-de-fortalecer-los-sistemas-de-salud>

⁵ Noticias ONU. La pandemia de coronavirus es 10 veces más mortal que la de gripe H1N1 en 2009. 13 de abril de 2020. Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2020/04/1472772>

⁶ Tesini, B. Coronavirus y síndromes respiratorios agudos (COVID-19, MERS y SARS). Disponible en: <https://www.merckmanuals.com/es-us/professional/enfermedades-infecciosas/virus-respiratorios/coronavirus-y-s%C3%ADndromes-respiratorios-agudos-covid-19,-mers-y-sars>

⁷ Centro Latinoamericano para el Desarrollo Rural. (2020). Pobreza y desigualdad. Informe Latinoamericano 2019. Juventud rural y territorio. Disponible en: <https://rimisp.org/informelatinoamericano/wp-content/uploads/2020/04/Rimisp-Informe-Latam-2019-Espanol-Sintesis.pdf>

Sin embargo, la pandemia del COVID-19 ha afectado a distintos países, sacando a la luz las deficiencias para enfrentar una emergencia sanitaria de este tipo. Por ejemplo, ‘Modicare’, como fue apodado el Plan Insignia de Protección Sanitaria en India, uno de los más ambiciosos del mundo, esté el borde del colapso⁸. Un fracaso que obedece, principalmente, a la desatención de los sistemas públicos de salud y de los servicios de atención primaria. La realidad de la India no dista mucho de la española, en Europa. Para los españoles y las españolas, quienes consideraban que tenían “*la mejorar sanidad del mundo*”, el nuevo coronavirus llevó al límite al sistema público de salud y evidenció las graves carencias de los hospitales⁹. En Gran Bretaña, asimismo, el National Health Service (NHS, por sus siglas en inglés) mostró profundas dificultades para atender la coyuntura sanitaria¹⁰ debido a fallas que venían de tiempo atrás¹¹ y que han puesto al personal sanitario en grave peligro¹².

En América Latina, Ecuador enfrentan aún las graves consecuencias de un sistema de salud público débil y poco preparado para atender una enfermedad como el COVID-19¹³. Las lamentables imágenes que ha dejado la capital comercial de ese país, Guayaquil, dan cuenta

⁸ Martínez, A. El fracaso del mayor sistema de salud pública del mundo. En: El País. 21 de abril de 2020. Disponible en: https://elpais.com/elpais/2020/04/15/planeta_futuro/1586948769_225689.html

⁹ Jiménez, D. El secreto letal de España: no teníamos “la mejorar Sanidad del mundo”. En: The New York Times. 9 de abril de 2020. Disponible en: <https://www.nytimes.com/es/2020/04/09/espanol/opinion/espana-coronavirus-hospitales.html>

¹⁰ BBC. Coronavirus: UK failed to stockpile crucial PPE. En: BBC. 28 de abril de 2020. Disponible en: <https://www.bbc.com/news/newsbeat-52440641>

¹¹ Filochowski, J. NHS failure is inevitable – and it will shock those responsible into action. En: The Guardian. 6 de abril de 2018. Disponible en: <https://www.theguardian.com/commentisfree/2018/apr/06/nhs-failure-health-service>

¹² Rech, D. He collapsed in his bathroom from Covid-19. His daughter bales the UK government for his death. En: CNN. 3 de abril de 2020. Disponible en: <https://edition.cnn.com/2020/04/03/uk/thomas-harvey-uk-coronavirus-intl-gbr/index.html>

¹³ El Universo. Coronavirus: “Fuimos a la guerra sin armas”, dice enfermera en Guayaquil, donde un sistema de salud debilidad se prepara para lo peor”. En: El Universo. 6 de abril de 2020. Disponible en: <https://www.eluniverso.com/noticias/2020/04/06/nota/7806417/coronavirus-fuimos-guerra-armas-dice-enfermera-guayaquil-donde>

de ello¹⁴. A su tiempo, Brasil se consolida como el tercer país con más casos de COVID-19¹⁵, detrás de Estados Unidos y Rusia, con un sistema de salud al borde del colapso dado el rápido crecimiento del número de pacientes, la falta de EPP para el personal sanitario¹⁶ y la escasez de medios para la atención en salud. La situación de este país, epicentro del nuevo coronavirus en América Latina, se ha convertido en un verdadero problema regional al tener frontera con 10 países¹⁷. Un estudio reciente encontró que aun cuando los países logren implementar las medidas más estrictas frente al distanciamiento social, los trabajadores y trabajadoras de la salud de América Latina se enfrentan a un 90% de probabilidad de contagio; en cambio, cuando tienen acceso completo a los EPP su riesgo de contagio disminuye a menos del 30% en un escenario de mitigación de la pandemia¹⁸.

Colombia, por su parte, actualmente no cuenta con capacidad para tratar personas que generen complicaciones por COVID-19. A 2017, había menos de dos camas de cuidado intensivo por cada diez mil habitantes¹⁹, 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

¹⁴ León, J. M. y Kurmanayev, A. La Crisis de Ecuador puede ser una advertencia para América Latina. En: The New York Times. 9 de abril de 2020. Disponible en: <https://www.nytimes.com/es/2020/04/09/espanol/america-latina/coronavirus-ecuador.html>

¹⁵ El Tiempo. Brasil se convierte en el tercero país con más casos de covid-19. En: El Tiempo. 19 de mayo de 2020. Disponible en: <https://www.eltiempo.com/mundo/latinoamerica/coronavirus-en-brasil-cifra-de-contagios-y-muertos-hoy-19-de-mayo-496998>

¹⁶ Magalhaes L., Dube R. y Lewis, J. Brazil's Nurses Are Dying as Covid-19 Overwhelms Hospitals. En: The Wall Street Journal. 19 de mayo de 2020. Disponible en: <https://www.wsj.com/articles/brazils-nurses-are-dying-as-covid-19-overwhelms-hospitals-11589843694>; y Infobae. Falta de insumos médicos y medio a contagiarse o morir de coronavirus: el drama que viven los enfermeros brasileños. En: Infobae. 19 de mayo de 2020. Disponible en: <https://www.infobae.com/america/america-latina/2020/05/19/falta-de-insumos-medicos-y-miedo-a-contagiarse-o-morir-de-coronavirus-el-drama-que-viven-los-enfermeros-brasilenos/>

¹⁷ Vanguardia. Alerta regional entre países vecinos de Brasil por el coronavirus. En: Vanguardia. 21 de mayo de 2020. Disponible en: <https://www.vanguardia.com/mundo/alerta-regional-entre-paises-vecinos-de-brasil-por-el-coronavirus-DK2387115>

¹⁸ Razzak, Junaid et al. "Cost-Effectiveness and Return on Investment of Protecting Health Workers in Low-and Middle-Income Countries during the COVID-19 Pandemic". SSRN, 20 de abril de 2020. En: <https://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3581455>

¹⁹ 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>

de aire²⁰. Esta situación es preocupante en municipios pequeños o lugares alejados de cabeceras municipales que tienen acceso a disponibilidad y equipos.

En nuestro país la situación ya se torna crítica en algunas regiones. Por ejemplo, en la región Amazónica a causa de la falta de EPP varios médicos han renunciado al único hospital público del departamento de Amazonas²¹, donde ya se comienza a asomar el colapso del sistema de salud a causa del cada vez más alto número de pacientes²²; un drama social que tiene, además, a las poblaciones indígenas como protagonistas²³. El departamento de Chocó tampoco es ajeno a esta situación: el coronavirus ya ha llevado al principal centro de salud de la región, el Hospital Departamental San Francisco de Asís, a cerrar parcialmente sus servicios²⁴. De no tomarse medidas a tiempo, la situación puede inclusive empeorar.

Dada la experiencia comparada sobre las capacidades y necesidades de los sistemas de salud para enfrentar los efectos del nuevo coronavirus, es entonces lógico concluir lo siguiente: para garantizar la atención en salud y evitar la propagación de la pandemia, resulta *vital* fortalecer los hospitales y las condiciones de trabajo de quienes día a día allí laboran. En el

²⁰ Semana. ¿Habrà 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>

²¹ El Tiempo. Renuncia masiva de médicos en el único hospital público de Amazonas. En: El Tiempo. 20 de abril de 2020. Disponible en: <https://www.eltiempo.com/salud/coronavirus-en-colombia-renuncia-masiva-de-medicos-en-hospital-de-amazonas-486518>

²² El País. Covid-19 pone en alerta al Amazonas colombianos: van más de 700 casos. En: El País. 12 de mayo de 2020. Disponible en: <https://www.elpais.com.co/colombia/el-amazonas-demanda-atencion-urgente-a-causa-del-coronavirus-van-mas-de-700-casos.html>

²³ El Tiempo. Retrato de Leticia: pueblo que llora la peor tragedia de su historia. En: El Tiempo. 17 de mayo de 2020. Disponible en: <https://www.eltiempo.com/colombia/otras-ciudades/coronavirus-en-leticia-amazonas-drama-de-indigenas-y-numero-de-casos-496418>

²⁴ El Colombiano. Principal hospital de Chocó, con cierre parcial por contagios de covid-19. En: El Colombiano. 18 de abril de 2020. Disponible en: <https://www.elcolombiano.com/colombia/cierre-parcial-de-hospital-san-francisco-de-asis-en-choco-por-casos-de-covid-19-AI12834037>; y El Heraldó. Crisis en Chocó por contagios de COVID-19 en hospital. En: El Heraldó. 18 de abril de 2020. Disponible en: <https://www.elheraldo.co/colombia/crisis-en-choco-por-contagios-de-covid-19-en-hospital-718897>

caso de Quibdó, la capital del departamento con mayor índice de pobreza monetaria (58%)²⁵ y con uno de los mayores índices de pobreza multidimensional (59,6%)²⁶ en Colombia, significa, además, atender las necesidades del personal de salud teniendo en cuenta el contexto territorial, poblacional y los efectos de la desigualdad estructural en dicho lugar.

2. SOBRE LOS TRABAJADORES Y LAS TRABAJADORAS DE LA SALUD Y SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA SALUD Y AL TRABAJO DURANTE LA PANDEMIA

A la luz del anterior panorama, consideramos pertinente realizar algunas precisiones en torno a la categoría de trabajador y trabajadora de la salud, y la protección de sus derechos fundamentales, pues ello permitirá solucionar de mejor manera la controversia judicial que aquí se plantea.

Para comenzar, los trabajadores y las trabajadoras de la salud son todas aquellas personas que, por su actividad, están en contacto con pacientes. Esta categoría incluye tanto auxiliares, técnicos, tecnólogos y profesionales de la salud (con un título académico formal en las áreas de medicina, enfermería, bacteriología, instrumentación quirúrgica, nutrición y dietética, odontología, fisioterapia, terapia ocupacional, química farmacéutica, fonoaudiología, etc.), y, en general, al *talento humano en salud* de acuerdo con el artículo 1° de la Ley 1164 de 2007. Igualmente, incluye al personal de apoyo de las instituciones prestadoras de servicios de salud (personal de servicios generales, personal administrativo y de vigilancia privada) quienes, en virtud de sus labores y a la luz del artículo 3° y 18 de la Ley 1751 de 2015 (Ley Estatutaria de la Salud), hacen parte de la estructura organizacional de este sector.

²⁵ DANE. Boletín Técnico. Pobreza Monetaria Departamental año 2018. 12 de julio de 2019. Disponible en: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/pobreza/2018/bt_pobreza_monetaria_18_departamentos.pdf

²⁶ DANE. 2019. Pobreza Multidimensional por departamentos 2018. Resultados. Julio de 2019. Disponible en: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/pobreza/2018/presentacion_pobreza_multidimensional_18_departamento.pdf

Al ser la primera línea de atención de los y las pacientes con COVID-19, y debido al riesgo que corren de contraer esta enfermedad²⁷, los derechos fundamentales a la salud y al trabajo de quienes laboran en los centros de salud han de ser analizados bajo una lente especial, ya que, como ha sido reconocido por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH)²⁸, se encuentran en una situación de especial vulnerabilidad. De acuerdo con este organismo internacional, de manera general, los Estados de la región deben proteger los derechos humanos, y particularmente los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales (DESCA), de las personas trabajadoras en mayor situación de riesgo por la pandemia y sus consecuencias. Esto implica asegurar: igualdad de condiciones para cumplir las medidas de contención o protección durante la pandemia; ingresos económicos y medios de subsistencia; condiciones de acceso a la alimentación; salarios; libertad sindical y negociación colectiva; pensiones, y demás derechos sociales en material laboral y sindical²⁹. Frente al personal de salud la CIDH recomienda de manera concreta:

“asegurar la disponibilidad y provisión oportuna de cantidades suficientes de material de bioseguridad, insumos y suplementos médicos esenciales de uso del personal de salud, fortalecer su capacitación técnica y profesional para el manejo de pandemias y crisis infecciosas, garantizar la protección de sus derechos, así como la disposición de recursos específicos mínimos destinados a enfrentar este tipo de situaciones de emergencia sanitaria”³⁰.

²⁷ OIT. Observatorio de la OIT: El COVID-19 y el mundo del trabajo. Segunda Edición. Estimaciones actualizadas y análisis. 7 de abril de 2020. Disponible en: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/documents/briefingnote/wcms_740981.pdf

²⁸ CIDH. Pandemia y Derechos Humanos en las Américas. Resolución 1/2020: Parte considerativa, III. 10 de abril de 2020. Disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/decisiones/pdf/Resolucion-1-20-es.pdf>

²⁹ Ibid. Parte resolutive 4.

³⁰ Ibid. Parte resolutive 10.

En el mismo sentido se ha referido el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU (Comité DESC), que puntualizó que los trabajadores y las trabajadoras de la salud hacen parte de los grupos poblacionales desfavorecidos o gravemente afectados por la crisis sanitaria, pues, a pesar de estar en la primera línea de respuesta a la pandemia, se están infectando debido a la falta de equipos, elementos y ropa de protección personal³¹. Por ello, el Comité señaló que los Estados deben proveerles los EPP contra el contagio del nuevo coronavirus y prestar toda su disposición para que los recursos se movilicen hacia la atención en salud, de forma que se garantice un servicio médico amplio, coordinado y sin discriminación³².

Al aplicar estos estándares internacionales de protección de derechos en el contexto local, el juez de tutela debe procurar, entonces, varias cosas. En primer lugar, ha de asegurar que las trabajadoras y los trabajadores de la salud cuenten con los EPP necesarios desde el punto de vista ocupacional y laboral (seguridad social y derechos laborales)³³. En segundo lugar, en el análisis judicial es importante que el fallador mantenga una perspectiva constitucional centrada en la dignidad humana, conforme con la cual se abarque la fragilidad y las necesidades de quienes prestan servicios en o para los hospitales y la importancia social de sus labores. Al respecto, Ley Estatutaria de Salud en su artículo 18 establece que el “[l]os trabajadores, y en general el talento humano en salud, estarán amparados por condiciones laborales justas y dignas, con estabilidad y facilidad para incrementar sus conocimientos, de acuerdo con las necesidades institucionales”. Para la Corte Constitucional, este derecho implica que la carga laboral no vaya “*más allá de lo que puede soportar quien las desempeña y que, por tanto, hagan su existencia indigna*”³⁴. Este límite también abarca circunstancias que obliguen a estas personas a arriesgar su “*integridad física, su salud, ni su vida en*

³¹ Comité DESC. Declaración sobre la pandemia de Covid-19 y los derechos económicos, sociales y culturales. Párr. 13, 16. Disponible en: <http://unsr.vtaulicorpuz.org/site/index.php/es/press-releases/320-cescr-covid19>

³² Ibid. III. Recomendaciones. Parágrafo 13.

³³ Ibid.

³⁴ Corte Constitucional, sentencia C-313 de 2014, M.P. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo.

*condiciones dignas, ni verse sometido a padecer dolores, ni incomodidades excesivas, ni a arriesgar el funcionamiento de su organismo”*³⁵. Por último, resulta central garantizar una retribución económica extraordinaria por sus labores durante la emergencia³⁶ y las prestaciones básicas corrientes atadas a su ejercicio, tal como lo ha resaltado la Corte Constitucional³⁷. Entre las prestaciones se incluye el pago de un salario justo, la estabilidad reforzada por encontrarse en una situación de vulnerabilidad especial³⁸ y un sistema de seguridad social y de riesgos laborales sólido en caso de infección por COVID-19³⁹.

Sobre este último punto, vale señalar que los derechos fundamentales al trabajo y a la salud de las personas que hacen parte del talento humano de los centros de salud dependen tanto de las administradoras de riesgos laborales (ARL) como de los empleadores⁴⁰. De un lado, las ARL⁴¹ en coordinación con las entidades promotoras de salud deben brindar servicios asistenciales a los trabajadores y las trabajadoras que contraigan el SARS-CoV-2⁴², y garantizar que estos no se vean interrumpidos por confusiones o negligencia que “*obstruyan el acceso a tratamiento y medicamentos que son indispensables para conservar la vida digna de las personas*”⁴³. Entre las obligaciones de las ARL se destaca, además, el deber de prestar asesoría y capacitación para la identificación de peligros, evaluación, valoración de riesgos,

³⁵ Íbid.

³⁶ Al respecto, el Decreto 538 y 676 de 2020 establece algunas medidas de incentivo económico para quienes estén trabajando durante la emergencia sanitaria por el COVID-19 y la inclusión de esta patología como enfermedad laboral

³⁷ Ver, entre otras, Corte Constitucional, sentencias C-614 de 2009, M. P. Jorge Ignacio Pretelt Chaljub; C-580 de 1996, M. P. Antonio Barrera Carbonell; C-100 de 2005, M. P. Álvaro Tafur Galvis; C-177 de 2005, M.P. Manuel José Cepeda Espinosa.

³⁸ Corte Constitucional, sentencia T-029 de 2016, M.P. Alberto Rojas Ríos.

³⁹ Al respecto, se deberá acudir a las medidas de protección contra riesgos laborales para los trabajadores y las trabajadoras de salud dispuestas en el Decreto 676 de 2020.

⁴⁰ Así lo reconoce también el Decreto 676 de 2020.

⁴¹ Las ARL están regidas, en términos generales, por la Ley 100 de 1993, el Decreto 1295 de 1994, la Ley 1562 de 2012, el Decreto 1443 de 2014, el Decreto 1072 de 2015 y la Ley 1751 de 2015.

⁴² Ello, de conformidad con lo establecido por la Corte Constitucional en las sentencias C-452 de 2002, M.P. Jaime Araújo Rentería; C-453 de 2002, M.P. Álvaro Tafur Galvis; C-250 de 2004, M.P. Alfredo Beltrán Sierra; T-417 de 2017, M.P. Cristina Pardo Shlesinger.

⁴³ Corte Constitucional, Sentencia T-417 de 2017, M.P. Cristina Pardo Shlesinger.

determinación de controles y prevención del COVID-19 en los centros de salud, todo ello de conformidad con la Ley 1562 de 2012⁴⁴ y el Decreto 1072 de 2015⁴⁵.

De otro lado, los empleadores o contratantes, quienes están involucrados en la garantía del Sistema General de Riesgo Laborales de conformidad con el Decreto 1443 de 2014⁴⁶ y la Resolución 2400 de 1979⁴⁷ del entonces Ministerio del Trabajo y Seguridad Social, deben desarrollar medidas de identificación, evaluación, prevención y control de riesgos, suministrando los equipos y EPP sin ningún costo para el trabajador. Esta medida es de sobremanera importante ya que contribuye a prevenir contagios en cadena, dado el riesgo de transmisión del virus a las familias del talento humano en salud. Un EPP adecuado y una política de prevención de riesgos de contagio es, entonces, relevante en aras de proteger la salud de las personas en un espectro más amplio.

En suma, consideramos que las obligaciones de las ARL y los empleadores frente a los EPP, en particular, y los riesgos laborales, en general, deben fortalecerse en el marco de la pandemia. Ello es una condición básica para el cuidado de salud de los trabajadores y las trabajadoras, sus familias y todos aquellos y aquellas que tienen relación directa o indirecta con hospitales, a la luz de la Ley Estatutaria de Salud, los estándares de protección humanos desarrollados por la CIDH y el Comité DESC en el marco de la pandemia, y los Decretos 538 y 676 de 2020. Por último, las obligaciones con respecto al personal de salud deben estar acorde con la Resolución 666 de 2020 del Ministerio de Salud y Protección Social, conforme con el cual se establece el protocolo general de bioseguridad para mitigar, controlar y realizar el adecuado manejo de la pandemia del COVID-19, y con las recomendaciones médicas para

⁴⁴ “Por la cual se modifica el Sistema de Riesgos Laborales y se dictan otras disposiciones en materia de Salud Ocupacional”.

⁴⁵ “Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo”.

⁴⁶ “Por el cual se dictan disposiciones para la implementación del Sistema de gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST)”.

⁴⁷ “Por la cual se establecen algunas disposiciones sobre vivienda, higiene y seguridad en los establecimientos de trabajo”.

la atención, diagnóstico y manejo de la infección por SARS-CoV-2 en establecimientos de atención en salud⁴⁸.

3. EL DERECHO A LA SALUD DE LOS Y LAS PACIENTES POR COVID-19 Y EL DEBER ESTATAL DE ATENDER SUS NECESIDADES MÉDICAS

En términos generales, el derecho a la salud implica el deber del Estado de implementar medidas progresivas para generar una cobertura universal de la red hospitalaria, ejecutar acciones con el fin de que la atención en salud se brinde de manera adecuada, pertinente y sin discriminación, y vigilar su debida satisfacción y cumplimiento a través de mecanismos de protección⁴⁹. En un escenario de pandemia como el actual, el goce de este derecho fundamental implica, con todo, una tarea adicional: la puesta en marcha de acciones urgentes y eficientes, incluida la disposición de los elementos médicos necesarios para la detección y tratamiento del COVID-19, pues de ello depende no solo la vida del paciente, sino también la del personal de salud y la de sus familias.

Este derecho de los pacientes/deber del Estado en la pandemia se deriva, en primer lugar, del artículo 2° de la Ley Estatutaria de Salud, que establece que el derecho a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. De acuerdo con este artículo, el derecho a la salud comprende tanto el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud; como el deber del Estado de adoptar políticas para asegurarle a todas las personas la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación.

⁴⁸ IETS y ACIN (2020). 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. Vol. 4 (3). marzo de 2020. Disponible en: <http://www.iets.org.co/Archivos/853-2765-1-PB.pdf>

⁴⁹ Inclusive, la Ley Estatutaria de la Salud establece, en el artículo 7°, que el Ministerio de Salud y Protección Social deberá divulgar evaluaciones anuales sobre los resultados de goce efectivo del derecho a la salud, en función de la accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y calidad.

En relación con los derechos de las personas que acuden a los servicios de salud, el artículo 10 de la Ley Estatutaria señala las garantías a: acceder a los servicios y tecnologías de salud que garanticen una atención integral, oportuna y de alta calidad; la provisión y acceso oportuno a las tecnologías y a los medicamentos requeridos; recibir los servicios de salud en condiciones de higiene, seguridad y respeto; y agotar las posibilidades de tratamiento para la superación de la enfermedad.

Par la satisfacción de estos derechos, el Estado tiene a su cargo la ejecución de una serie de acciones, las cuales, como se ha resaltado, tiene el carácter de tareas urgentes en virtud de la pandemia. Con base en el artículo 5° de la Ley Estatutaria de Salud, encontramos que es deber del Estado, por ejemplo: formular y adoptar políticas dirigidas a garantizar el derecho a la salud en igualdad de trato y oportunidades para toda la población, para lo cual asegurará la coordinación armónica de las acciones de todos los agentes del sistema de salud; adoptar la regulación y las políticas indispensables para financiar de manera sostenible los servicios de salud y garantizar el flujo de recursos para atender de manera oportuna y suficiente las necesidades de salud de la población; intervenir en el mercado de medicamentos, dispositivos médicos e insumos de salud con el fin de optimizar su uso, evitar inequidades en el acceso, asegurar su calidad o cuando pueda derivarse una afectación grave a la prestación del servicio; y velar por el cumplimiento de los principios de derecho a la salud en todo el territorio nacional, de acuerdo a las necesidades de salud de la población.

Además, ya que en este caso se debaten los derechos fundamentales de personas que habitan una región cuya población en su mayoría pertenece a grupos étnicos, casi la mitad vive en la ruralidad y presenta altos índices de pobreza⁵⁰, vale señalar dos disposiciones de la Ley Estatutaria al respecto. Por un lado, los literales n y m del artículo 6°, que establecen como elementos esenciales e interrelacionados con el derecho a la salud la protección de los

⁵⁰ Sobre este aspecto se profundizará en el siguiente punto.

pueblos indígenas y de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras. Por otro lado, el artículo 24, que estipula el deber de garantizar la disponibilidad de servicios de salud especialmente en zonas marginadas o con bajas densidad poblacionales. En este sentido, resalta que *“la extensión de la red pública hospitalaria no depende de la rentabilidad económica, sino de la rentabilidad social”*.

Por último, resaltamos algunas propuestas diseñadas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para la debida atención en salud de los pacientes con COVID-19. Por un lado, el documento técnico *‘Recomendaciones para la Reorganización y Ampliación Progresiva de los Servicios de Salud para la Respuesta a la Pandemia de COVID-19’*, el cual indica que en la letalidad del cuadro clínico de esta pandemia influye decisivamente *“la capacidad de respuesta de la red asistencial, especialmente la identificación temprana de casos y, disponibilidad y acceso a cuidados críticos proporcionados por personal de salud suficiente y competente”*⁵¹. Por ello, la OPS aclara que la reorganización y ampliación de los servicios de salud no se limita a un mayor número de camas o a aumentar la complejidad de estas; se trata a su vez de:

“un conjunto de acciones desplegadas en el Primer Nivel de Atención que aumentan su capacidad de identificación y control de casos, seguimiento de pacientes en domicilio e identificación de complicaciones tempranas, triaje, referencia de pacientes y educación a la población; mantener servicios para pacientes con otras condiciones agudas y/o crónicas que requieren de un manejo prioritario. Esto en articulación con acciones de reorganización y ampliación de capacidades a nivel hospitalario; movilización y gestión efectiva de los recursos humanos, suministros y

⁵¹ OPS. (2010). Recomendaciones para la Reorganización y Ampliación Progresiva de los Servicios de Salud para la Respuesta a la Pandemia de COVID-19. Versión 1.0. p. 3. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/recomendaciones-para-reorganizacion-ampliacion-progresiva-servicios-salud-para-respuesta>

tecnológicos, financieros y; manteniendo las condiciones de protección y seguridad de todo su personal”⁵².

Por otro lado, en la nota técnica ‘*La adaptación del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia COVID-19: intervenciones, modalidades y ámbitos*’, la OPS indica que la atención en salud centrada en el COVID-19 está sustentada en cuatro pilares: identificar, reportar, contener, manejar y referir⁵³. En ellos, destacamos las siguientes actividades que deberán adelantar los Estados para garantizar el derecho a la salud de los pacientes: facilitar el diagnóstico tras la sospecha clínica de las personas con COVID-19, de acuerdo con las reglas nacionales de realización de pruebas diagnósticas; asegurar la atención, cuidados y seguimiento de las personas con síntomas de COVID-19, bien sean en sus hogares o en los centros de salud; y provisión de medicamentos y dispositivos para el manejo de síntomas. En síntesis, tanto la Ley Estatutaria de Salud como los documentos técnicos de la OPS establecen medidas para atender las necesidades en salud de los pacientes por COVID-19. Con fundamento en ello, existe el derecho a reclamar la disposición de los elementos médicos necesarios para detectar y tratar el nuevo coronavirus, y el deber del Estado de satisfacerlos de manera oportuna y urgente. Como lo sostiene la ONU: “*toda persona tiene derecho a cuidados médicos si se infecta con el coronavirus: es un derecho humano*”⁵⁴.

4. EL SISTEMA DE SALUD EN EL DEPARTAMENTO DE CHOCÓ Y LA CIUDAD DE QUIBDÓ: COROLARIO DE LA DESIGUALDAD

En la primera parte de este texto se indicó que distintos sistemas de sanidad alrededor del mundo no han sido capaces de atender la emergencia sanitaria provocada por el COVID-19,

⁵² Ibid.

⁵³ OPS. (2020). Nota técnica. La adaptación del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia COVID-19: intervenciones, modalidades y ámbitos. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/nota-tecnica-sobre-adaptacion-primer-nivel-atencion-contexto-pandemia-covid-19>

⁵⁴ ONU. Toda persona tiene derecho a cuidados médicos si se infecta con el coronavirus: es un derecho humano. 26 de marzo de 2020. Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2020/03/1471802>

llegando incluso a colapsar. Sumado a ello, es sabido que el acceso a servicios de salud de calidad es tremendamente desigual, dependiendo tanto de factores geográficos como del poder adquisitivo de las personas. Esto quiere decir que serán los sectores más pobres de la población, en especial aquellos que habitan lugares distantes a los centros de la burocracia estatal, quienes sufrirán en mayor medida las consecuencias de la pandemia, una situación que ya se constató en Guayaquil, Ecuador⁵⁵.

El estado de salud de los individuos y comunidades no depende únicamente de su biología o del sistema de salud, sino que en este inciden también las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen.⁵⁶ A estas circunstancias o factores se les conoce como los determinantes sociales de la salud, un concepto adoptado por la Asamblea Mundial de la Salud en 2009 y a través del cual se invita a los Estados a que:

“luchen contra las inequidades sanitarias en los países y entre éstos mediante el compromiso político sobre el principio fundamental de interés nacional de «subsanan las desigualdades en una generación», según corresponda, y coordinen y gestionen las acciones intersectoriales en pro de la salud con el fin de incorporar la equidad sanitaria en todas las políticas”⁵⁷.

El concepto de los determinantes sociales de la salud también está incorporado en la definición del derecho fundamental a la salud en Colombia, tal como lo señala el artículo 9 de la Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015 y como lo ha señalado la Corte Constitucional en sentencia C-313 de 2014⁵⁸. La garantía del derecho fundamental a la salud incluye entonces una interpretación mucho más amplia que la biología y el sistema de salud.

⁵⁵ León, J. M. y Kurmanaev, A. Ob. Cit.

⁵⁶ OMS. Determinantes sociales de la salud. Disponible en: https://www.who.int/social_determinants/es/

⁵⁷ Asamblea Mundial de la Salud. (2009). WHA62.14 Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_R14-sp.pdf?ua=1

⁵⁸ M.P. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo

Entre los determinantes sociales de la salud se encuentra el ingreso y la situación de pobreza de las personas. Los bajos niveles de ingreso en una comunidad limitan el acceso a servicios de salud de calidad y, a su vez, un mal estado de salud puede crear pobreza⁵⁹. Existen, además, factores económicos que influyen en mayor medida en la falta de acceso a servicios de salud, entre ellos la falta de agua potable, saneamiento básico y electricidad⁶⁰. Este tipo de problema se agudiza en contextos de epidemias o pandemia, pues las personas que asisten a los centros médicos no son atendidas de la manera más adecuada y pueden contaminar a las personas que los rodean, como sucedió en Guinea, Liberia, Sierra Leona y la República Democrática del Congo en la epidemia del Ébola⁶¹.

La correlación entre bajos niveles de ingreso y el limitado acceso a servicios de salud es mucho más evidente en comunidades étnicas y racializadas⁶². Sudáfrica es un claro ejemplo de ello: la diferencia en acceso a la salud entre personas negras y personas asiáticas o blancas es de por lo menos 30 puntos porcentuales⁶³. Por su parte, de acuerdo con datos recogidos en estados y ciudades de Estados Unidos, la población afrodescendiente es la que se encuentra en mayor riesgo de contraer el COVID-19, lo cual no resulta extraño si se tienen en cuenta las inequidades sociales que ponen a los afroamericanos en desventaja frente al resto de la sociedad norteamericana⁶⁴. Por ejemplo, en Nueva York, centro de la pandemia en este país, casi el 30% de las muertes por el nuevo coronavirus pertenecían a esta población; en Chicago,

⁵⁹ Agencia francesa para el desarrollo. The big challenge is to improve poor countries' health care systems. En: Agencia Francesa para el desarrollo. 20 de mayo de 2020. Disponible en: <https://www.afd.fr/en/actualites/big-challenge-improve-poor-countries-health-care-systems-christophe-paquet>

⁶⁰ Ibid.

⁶¹ Ibid.

⁶² El Espectador. Los afroamericanos en Estados Unidos están llevando la peor parte de la pandemia. En: El Espectador. 20 de mayo de 2020. Disponible en: <https://www.elespectador.com/coronavirus/los-afroamericanos-en-estados-unidos-estan-llevando-la-peor-parte-de-la-pandemia-articulo-920432>

⁶³ Kon, Zeida. Lackan, Nuha. Ethnic disparities in access to care in post-apartheid South Africa. En: National Center for Biotechnology Information. 20 de mayo de 2020. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2636545/>

⁶⁴ Serrano, C. Coronavirus en EE.UU. El devastador impacto del covid-19 entre los afroamericanos. En BBC. Disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-internacional-52219474>

cerca de la mitad de los contagiados era de origen afro; y en el estado de Michigan, donde los afroamericanos conforman el 14% de la población, acumulan el 33% de los casos por COVID-19 y el 41% de las muertes⁶⁵.

En el caso particular de Colombia, las comunidades étnicas generalmente habitan zonas apartadas con bajo acceso a servicios públicos y educativos y cuentan con menos ingresos que el resto de la sociedad⁶⁶. Por ende, tienen una mayor probabilidad a tener un acceso más bajo, y en ocasiones nulo, a servicios de salud de calidad. Según el censo de 2018 realizado por el DANE, el departamento del Chocó tiene 457.412 habitantes y cerca del 97% de ellos son miembros de comunidades étnicas⁶⁷. Para el 2019, este departamento tuvo el mayor índice de pobreza monetaria en el país: el DANE reportó que cerca del 61% de la población del Chocó vive con menos de \$222.032 pesos al mes, lo que contrasta con el promedio nacional, el cuál es de 27%. Adicionalmente, para este mismo periodo, el 34% de la población del Chocó se encontraba en pobreza monetaria extrema con ingresos mensuales no mayores a \$110.000 pesos, cifra aún más preocupante si se tiene en cuenta que el promedio nacional para este indicador es 7,2%⁶⁸.

La cobertura en servicios públicos es, a su vez, determinante para tener acceso a un servicio de salud de calidad, sobre todo si los centros de salud cuentan con acceso a estos servicios⁶⁹. Sin embargo, las cifras de acceso a servicios públicos en el departamento del Chocó se encuentran por debajo del promedio nacional. Por ejemplo, la cobertura de energía eléctrica es del 76% para el departamento, mientras que el promedio nacional es de 97%. En este

⁶⁵ Ibid.

⁶⁶ DANE. Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera. En: Departamento Administrativo Nacional de Estadística. 20 de mayo de 2020. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/grupos-etnicos/presentacion-grupos-etnicos-poblacion-NARP-2019.pdf>

⁶⁷ Ibid.

⁶⁸ DANE Pobreza monetaria por departamentos en Colombia. 20 de mayo de 2020. Disponible en: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/pobreza/2018/bt_pobreza_monetaria_18_departamentos.pdf

⁶⁹ Butler, A. Underdeveloped: healthcare in developing countries. En: Orbis Biosciences. 20 de mayo de 2020. Disponible en: <https://orbisbio.com/underdeveloped-healthcare-in-developing-nations/>

sentido, vale la pena resaltar que el acceso a energía eléctrica se da principalmente en las zonas urbanas y el Chocó es un departamento con alta presencia de comunidades afrodescendientes e indígenas en zonas rurales y apartadas. Además, la cobertura de acueducto a nivel departamental es del 29%, sin embargo, el promedio nacional es cercano al 87%. Asimismo, solamente el 20% de los habitantes del Chocó cuentan con alcantarillado, 56 puntos porcentuales por debajo del promedio nacional, que equivale a 76%. En el departamento del Chocó únicamente el 2.4% de la población tiene servicio de gas natural, teniendo una diferencia de 65 puntos porcentuales con el promedio nacional (equivalente a 67%). El 52% de los habitantes del Chocó no cuenta con servicio de recolección de basuras, mientras que el promedio nacional de personas que no cuentan con este servicio es del 18%. Tan solo el 14% de los habitantes de este departamento cuentan con acceso a internet, y el promedio nacional es del 44%. Para cerrar, en este departamento el 93,7% de las viviendas que cuentan con servicio de energía eléctrica pertenecen al estrato 1; 4,6% al estrato 2; 1,6% al estrato 3; y 0,07% pertenecen a los estratos 4, 5, y 6. En relación con su ubicación, del 100% de las viviendas censadas por el DANE para 2018, el 52% se encuentran en cabeceras municipales y el 48% en centros poblados y la ruralidad⁷⁰.

Lo dicho muestra pues que, frente al resto del país, el departamento de Chocó está en graves condiciones de desigualdad, lo cual afecta la prestación de servicios públicos y la atención en salud. Al ser un departamento habitado casi en su totalidad por comunidades étnicas, la desigualdad tiene repercusiones aún más profundas, pues reproduce y estabiliza lo que han denominado discriminación institucional⁷¹: la historia de exclusión, segregación y olvido de regiones del país habitadas por comunidades étnicas y afrodescendientes.

⁷⁰ Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Resultados Censo Nacional de población y vivienda 2018. En: Departamento Administrativo Nacional de Estadística. 20 de mayo 2020. Disponible en: dane.gov.co/files/censo2018/informacion-tecnica/presentaciones-territorio/190806-CNPV-presentacion-Choco.pdf

⁷¹ Maya, L. Racismo institucional, violencia y políticas culturales. Legados coloniales y políticas de la diferencia en Colombia. En: Historia Crítica. 2009, pp. 218-245. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81112369012>

Ahora, a nivel municipal, las condiciones de los hospitales y centros médicos de Quibdó, y en general del departamento, son un reflejo de la pobreza estructural en la que viven sus habitantes. El nivel de acceso y calidad en los servicios de salud que se presentan en el departamento del Chocó tiene una correlación directa, no solamente con el nivel de acceso a servicios públicos, que, como se ha podido evidenciar, es inferior al promedio nacional, sino también con otros determinantes sociales de la pobreza, tales como el acceso a la educación, condiciones de vida y afiliación al sistema general de seguridad social.

En Quibdó existe un problema estructural en el sistema público de salud que afecta tanto el derecho a la salud de los usuarios, como el derecho a trabajar dignamente para los médicos y demás trabajadores de los distintos centros de salud presentes en el municipio. La pandemia ha agudizado los problemas de desigualdad, principalmente, con respecto al derecho a la salud de las comunidades más vulnerables y apartadas.

Quibdó, con alrededor de 131.000 habitantes, es una de las 5 capitales de departamento más pobres de Colombia. Sus índices de pobreza son de 47.9% y de pobreza extrema equivalen a un 17.7%. Al igual que los indicadores del departamento del Chocó, Quibdó cuenta con unos índices muy bajos de acceso a servicios públicos. Dentro de los indicadores más preocupantes se encuentran la cobertura de acueducto y alcantarillado que corresponden a un 25% y 17% respectivamente, y el acceso a gas natural que es del 3%. Dichos niveles de pobreza son tan altos que hacen de esta población una de las más vulnerables en contextos de pandemia. De esta manera, no es extraño encontrar, como lo señala la acción de tutela, que actualmente el Hospital Ismael Roldán Valencia:

“cuenta con una planta de tratamiento para el suministro de agua potable que funciona de manera irregular, por falta de insumos para el tratamiento del agua y

repuestos de las máquinas; la sede administrativa tiene pozo séptico y no está conectada a la red pública sanitaria; y no posee planta generadora de oxígeno”⁷².

En cuanto a la cobertura de la seguridad social, 56% de los trabajadores no laboran en el sector formal. Esto quiere decir que ante un aumento de casos por COVID-19 las personas van a asistir a los centros de salud públicos que hay en la ciudad, lo que generaría un temprano colapso del sistema de salud público en el municipio, dadas las condiciones precarias de sus dos principales centros de salud: el Hospital Departamental San Francisco de Asís y el Hospital Ismael Roldán Valencia.

Concretamente, estos centros de salud presentan diferentes tipos de fallas y problemáticas que deben ser subsanadas para poder atender de la manera más adecuada a las personas que sean contagiados por el virus que causa el COVID-19. Dentro de estas problemáticas se encuentra: el no pago a los trabajadores de los hospitales por hasta 10 meses en algunos casos, lo que refleja los problemas administrativos y de presupuesto⁷³; la falta de camas de cuidados intensivos en hospitales públicos⁷⁴, pues las 24 existentes no hacen parte de la red pública; la falta de garantías mínimas para el personal médico, específicamente, la compra elementos de bioseguridad de protección personal para atender la contingencia sanitaria⁷⁵; la escasez de ambulancias en la red pública⁷⁶, que afecta el acceso a servicios de salud de las personas que viven en los municipios aledaños a Quibdó; el bajo número de personal médico para enfrentar la pandemia, que debe ser incrementado de manera urgente para poder atender los casos que se presenten por el contagio del virus; entre otros.

⁷² Hecho cuarto de la acción de tutela del proceso de la referencia.

⁷³ Las dos orillas. Arruinados, abandonados e infectados: así están los médicos en el Chocó. 20 de mayo de 2020. Disponible en: <https://www.las2orillas.co/arruinados-abandonados-e-infectados-asi-est-an-los-medicos-del-choco/>

⁷⁴ El Espectador. Chocó: sin camas de UCI en la red de salud pública ni bioseguridad para médicos. En: El Espectador. 20 de mayo de 2020. Disponible en: <https://www.elespectador.com/coronavirus/choco-sin-camas-de-uci-en-la-red-de-salud-publica-ni-bioseguridad-para-medicos-articulo-914426>

⁷⁵ Ibid.

⁷⁶ Las dos orillas. Ob. Cit.

En suma, la situación del sistema sanitario tanto en el departamento de Chocó como en su capital, Quibdó, es preocupante. La amenaza de un número creciente de casos por COVID-19 en esta región no hace más que encender las alarmas sobre la urgencia de medidas para satisfacer, por un lado, los EPP requeridos por el talento humano que labora en los centros de salud, y, por otro lado, para reforzar la capacidad de atención en salud de dichos centros de salud. De no tomarse medidas al respecto, las poblaciones perjudicadas serán principalmente las étnicas, quienes, de acuerdo con los datos anteriormente expuesto, su poder adquisitivo es mínimo, no cuentan con acceso a servicios público de calidad y han sido objeto de la más cruda desatención estatal.

5. CONCLUSIÓN Y PETICIONES

Con el fin de evitar una catástrofe sanitaria en el departamento de Chocó y, particularmente, en el municipio de Quibdó, dada la pobreza del sistema de sanidad de esta región, es necesario dictar órdenes urgentes con el fin de satisfacer los derechos fundamentales de los trabajadores y las trabajadoras del sector salud, quienes, como se ha venido resaltando, son el primer frente de atención de la pandemia.

La salvaguardia de sus garantías debe pasar, en primer lugar, por la disposición de los EPP necesarios para evitar el contagio y la transmisión del nuevo coronavirus. Para ello, los sujetos obligados, principalmente el empleador (E.S.E Hospital Ismael Roldán Valencia) y la ARL (Positiva Compañía de Seguros S.A), deben aunar esfuerzos para que, junto con las entidades territoriales estatales (departamento y municipio), se garantice al personal de salud la disponibilidad de dichos equipos. En segundo lugar, la protección de los derechos fundamentales del talento humano en salud y del personal administrativo, de aseo y de vigilancia de los centros médicos debe estar atado a la satisfacción de las prestaciones laborales ordinarias y extraordinarias en virtud de la pandemia. El cumplimiento de estos dos puntos redundará no solo en favor de estos sujetos, sino también en la protección del derecho a la salud y la estabilidad de sus familias. En tercer lugar, la protección de los derechos de

las trabajadoras y los trabajadores de la salud de contar con un plan de prevención y reducción del riesgo al contagio del virus, tarea que se deberá adelantar en conjunto con la ARL accionada.

En cuarto lugar, es necesario que los sujetos obligados a generar estas prestaciones diseñen, formulen y ejecuten en el menor tiempo posible la identificación de peligros, evaluación, valoración de riesgos y determinación de controles en el hospital, dada la alerta sanitaria por el COVID-19. Para ello, se deberán llevar a cabo, por un lado, las transformaciones locativas necesarias para atender a los pacientes regulares y quienes ingresar por COVID-19; y, por otro lado, la disposición de los *kits* médicos necesarios para la detención y tratamiento de esta enfermedad.

Finalmente, consideramos pertinente que el juez constitucional analice esta acción de tutela en un panorama más amplio de insatisfacción de derechos: en un contexto donde se evidencia la más grave desigualdad territorial y una profunda inequidad sanitaria. Los deficientes indicadores de validez, confiabilidad y veracidad de los servicios de salud ofrecidos por el Hospital Ismael Roldán Valencia⁷⁷ son el reflejo de una región que posee uno de los mayores índices de pobreza multidimensional y el mayor índice de pobreza monetaria. Las soluciones que se implementen de cara a la emergencia sanitaria deben tener, entonces, la vocación de permanecer en el tiempo: ser capaces de solventar una crisis de largo aliento que obstaculiza la debida prestación de la atención en salud durante la pandemia.

Por ello, solicitamos respetuosamente al Juez Primero Administrativo Oral del Circuito de Quibdó acceder a las pretensiones de los accionantes y dictar medidas estructurales para la recuperación financiera y física del E.S.E Hospital Ismael Roldán Valencia de Quibdó (Chocó). Así:

⁷⁷ Hecho tercero de conformidad con la acción de tutela del proceso de la referencia.

- Con respecto a la primera solicitud, consideramos que las órdenes del juez de tutela deben conminar a todas las entidades accionadas a su debida satisfacción, a saber, a la ARL Positiva Compañía de Seguros S.A., a la E.S.E Hospital Ismael Roldán Valencia y al Municipio de Quibdó (Chocó). En línea con esta solicitud, consideramos que el juez debe ordenar al Municipio de Quibdó (incluida la Secretaria de Salud municipal) a adelantar las gestiones necesarias para recibir, tanto del departamento como de la Nación, los recursos que permitan ampliar y fortalecer la capacidad de atención del Hospital Ismael Roldán Valencia durante la pandemia.
- Con respecto a la segunda solicitud, consideramos necesario que el juez de tutela ordene al Municipio de Quibdó a establecer un plan de recuperación de este centro de salud en compañía de las entidades pertinentes a nivel local, departamental y nacional. Este plan deberá contener términos, estrategias, metas e indicadores de cumplimiento, los cuales deberán estar atados a condiciones de accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y calidad.

Para notificaciones: a los correos electrónicos notificaciones@dejusticia.org y jmedina@dejusticia.org y a la dirección física Calle 35 No. 24 - 31 de la ciudad de Bogotá D.C.

Cordialmente,

MAURICIO ALBARRACÍN CABALLERO

DAVID MURILLO MOSQUERA

JOHNATTAN GARCÍA RUIZ

JESÚS DAVID MEDINA CARREÑO

ISABEL CRISTINA ANNEAR CAMERO

ALEJANDRO JIMÉNEZ OSPINA

