

**INFORME DEL COMPONENTE DE VERIFICACIÓN DE SALUD EN
EL MARCO DE LA INSPECCIÓN JUDICIAL DE LA HONORABLE
CORTE CONSTITUCIONAL FRENTE A LA SENTENCIA T-302/17**

*Informe elaborado por:
Diego Iván Lucumí Cuesta, MD, MSP, PhD
Profesor Escuela de Gobierno
Universidad de los Andes*

Bogotá D.C., octubre 29 de 2021

**INFORME DEL COMPONENTE DE VERIFICACIÓN DE SALUD EN EL MARCO
DE LA INSPECCIÓN JUDICIAL DE LA HONORABLE CORTE
CONSTITUCIONAL FRENTE A LA SENTENCIA T-302/17**

Contenido	
Introducción	1
Conceptualización	2
Antecedentes	3
Análisis	10
<i>Manifestación de alteraciones en la situación de salud y reportes sobre la atención en salud</i>	10
<i>Condiciones materiales que influyen en la situación de salud</i>	12
Recomendaciones	16
<i>Recomendaciones para atender situaciones prioritarias</i>	17
<i>Recomendación progresiva 1: Adopción efectiva de un modelo de atención en salud adecuado a características de la población y territorio Wayúu</i> ...	19
<i>Recomendación progresiva 2: Fortalecimiento de la capacidad de rectoría, gestión e inspección de la secretaría departamental de salud y las municipales en los municipios de Riohacha, Manaure, Maicao y Uribia</i> ..	20
<i>Recomendación progresiva 3: Establecimiento de un mecanismo de articulación intersectorial con participación social y comunitaria para el abordaje de los determinantes sociales de la salud</i>	21
<i>Recomendación progresiva 4: Desarrollo de un sistema de monitoreo y evaluación articulado a las fuentes de información de vigilancia y estadística existente</i>	22
Referencias	22

INFORME DEL COMPONENTE DE VERIFICACIÓN DE SALUD EN EL MARCO DE LA INSPECCIÓN JUDICIAL DE LA HONORABLE CORTE CONSTITUCIONAL FRENTE A LA SENTENCIA T-302/17

Introducción

Mediante oficio No. C-025/2021 del 07 de septiembre de 2021, emanado de la Secretaría General de la honorable Corte Constitucional fui designado como experto para acompañar en el componente de salud la inspección judicial que esta corte ordenó en el marco de la Sentencia T-302/2017.

El 24 de septiembre de 2021 se realizó por parte de la honorable Corte Constitucional la respectiva visita a los municipios de Manaure y Uribia en el departamento de La Guajira, con el siguiente cronograma:

- Visita a la pila Porky en el municipio de Manaure.
- Visita a comunidad Guarralakatshi en el municipio de Manaure.
- Visita a comunidad Lacantanmana en el municipio de Manaure.
- Visita a pila pública de Arroyo Limón en la comunidad Lacantanmana, en el municipio de Manaure.
- Visita a comunidad Ishashimana en la vía Manaure-Uribia.
- Visita a comunidad Media Luna (pozo de agua y centro educativo) en el municipio de Uribia
- Visita a comunidad de 3 de Abril en el municipio de Uribia.

Este informe, como experto designado para acompañar a la honorable Corte Constitucional en el componente de verificación de salud, lo rindo para dar cuenta de los aspectos relacionados con la atención en salud de las niñas y niños de la comunidad Wayúu, en el contexto de lo planteado por la Sentencia T-302/2017. Así mismo, considera los hechos e información que constate durante la inspección judicial del 24 de septiembre de 2021. Dejo igual constancia de que hay información complementaria que fue solicitada a través de Corte durante la inspección o luego de esta, la cual para el momento del cierre de este reporte no fue posible obtener y que resultaría de especial interés conocer para una valoración más integral de las actividades realizadas por parte de las instituciones con las competencias y responsabilidades legales para el desarrollo de acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y atención sanitaria para la población infantil de las comunidades de Uribia, Manaure, Riohacha y Maicao del pueblo Wayúu, en el departamento de La Guajira.

Este informe se divide en cuatro secciones. En la primera, se realiza una conceptualización que permite ubicar la salud y el bienestar de la población infantil Wayúu en un marco de determinantes sociales de acuerdo a lo propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (1, 2). La segunda sección describe los antecedentes de la situación de salud de la población infantil Wayuu en la Guajira a la luz de lo planteado en la Sentencia T-302/17 y la actualización de la información pertinente. La tercera sección se centra en analizar los hallazgos derivados de la inspección judicial realizada por la honorable Corte Constitucional. Por último, en la cuarta sección, se plantean dos tipos de recomendaciones. Por un lado, se recomiendan medidas a tomar de manera prioritaria con el fin de preservar el derecho a la salud de la población sujeto de la Sentencia. Por otro lado, se sugieren un conjunto de medidas que de manera progresiva

INFORME DEL COMPONENTE DE VERIFICACIÓN DE SALUD EN EL MARCO DE LA INSPECCIÓN JUDICIAL DE LA HONORABLE CORTE CONSTITUCIONAL FRENTE A LA SENTENCIA T-302/17

deberían considerarse para complementar las recomendaciones prioritarias. Todo esto con el fin de buscar el cumplimiento del objetivo #3 de la Sentencia T-302/17, con el que se busca *“aumentar y mejorar las medidas inmediatas y urgentes en materia de salud a cargo del Gobierno Nacional; formular e implementar una política de salud para La Guajira que permita asegurar el goce efectivo del derecho a la salud para todos los Wayúu”*¹.

Conceptualización

La situación de salud de una población o un subgrupo dentro de ella, no puede ser explicada considerando exclusivamente el sistema de salud (2). Esta conclusión resulta de comprender la salud va más allá de la ausencia de enfermedad para reconocerla como un recurso dinámico y cotidiano que permita a las personas, grupos y comunidades alcanzar el máximo nivel posible de desarrollo en una sociedad (2). Así mismo, la conclusión reconoce la importancia de entender el proceso salud-enfermedad en contexto y la influencia de múltiples condiciones más allá de la biología humana o la interacción con los prestadores de servicios de salud. Estas influencias parten de aquellas condiciones estructurales que juegan un papel en los procesos de estratificación social, que al final ponen a ciertos grupos de la sociedad en desventaja, en función de categorías como el género, la raza, la etnia o cualquiera otra distinción relevante en una sociedad dada (2, 3). Estos procesos de estratificación son resultado de múltiples mecanismos que están profundamente vinculados a acuerdos institucionales y a procesos históricos y contextos políticos y sociales (2, 3).

Lo anterior lleva a que la valoración del estado de salud de un determinado grupo de la población no pueda ser visto como un fenómeno aleatorio o aislado, sino que debe ser reconocido como una clara expresión de procesos sistemáticos de exclusión que explican cómo, con respecto al resto de población, el grupo en cuestión está consistentemente en desventaja social y como resultado tiene indicadores más altos de riesgo, morbilidad y mortalidad. De igual forma, la comprensión del papel de estos procesos sistemáticos es útil porque permite analizar como los grupos en desventaja tienen un acceso restringido a los recursos que les posibiliten su bienestar, preservar su salud o recibir respuestas adecuadas cuando surge una situación que demanda atención sanitaria (2, 3). Este conjunto de aspectos es lo que configura las inequidades en salud, entendidas como desigualdades injustas, innecesarias y evitables (4, 5).

En esta perspectiva, las condiciones en las que las personas nacen, crecen y mueren, también conocidas, varían de acuerdo a fenómenos estructurales y los mecanismos de estratificación social a través de los cuales estos operan y que influyen los determinantes intermedios de la salud, que incluyen las condiciones de vida material, las circunstancias psicosociales, los factores biológicos y del comportamiento, al igual que el sistema de salud en sí mismo (2).

En la perspectiva de lo planteado y evidenciado en la Sentencia T-302/17, el acceso a agua, alimentación y atención en salud, son determinantes intermedios de la salud a la luz del enfoque conceptual de determinantes sociales de la salud propuesto por la OMS (2). Estos determinantes intermedios podrían, por tanto, ser explicados a partir de arreglos

¹ Tomado de Sentencia T-302/17.

INFORME DEL COMPONENTE DE VERIFICACIÓN DE SALUD EN EL MARCO DE LA INSPECCIÓN JUDICIAL DE LA HONORABLE CORTE CONSTITUCIONAL FRENTE A LA SENTENCIA T-302/17

institucionales, procesos y contextos políticos sociales que a través de mecanismos de estratificación han puesto de manera sistemática en desventaja a un grupo particular de la población dada su condición étnicoracial y ubicación territorial. Es decir, la situación de salud y los consistentes rezagos de las niñas y niños Wayúu en indicadores de morbilidad y mortalidad al compararse con el mismo grupo del resto de la población colombiana, no se podrían entender a la luz de este enfoque conceptual como eventos aislados o casuales; por el contrario, deberían ubicarse en el campo de las inequidades en salud.

La situación de desventaja en salud que históricamente experimenta un grupo de la población resulta mucho más relevante cuando se trata de la infancia. En la medida que la exposición desde etapas temprana en la vida a circunstancias y contextos con múltiples privaciones pone a las personas en recurrente desventaja en términos de salud, desarrollo integral y bienestar (1, 6, 7). La necesidad de esa valoración especial que requiera la infancia ante circunstancias de exclusión sistemática ha sido ampliamente documentada en la literatura y también reconocida por la UNICEF como un asunto que amerita la consecuente respuesta en términos de intervenciones de política pública que atiendan los fenómenos estructurales que explican el rezago que experimenta la población infantil de ciertos grupos de la población (1), tal como en este caso serían las niñas y niños Wayúu.

Desde el punto de vista normativo, la Ley 1751 de 2015 adopta el enfoque de determinantes sociales de la salud como referente para orientar la acción política del Estado frente a la reducción de las desigualdades en salud y el goce efectivo del derecho a la salud en Colombia (8), por tanto es ineludible usar este enfoque conceptual como referencia al momento de dar respuesta a lo solicitado por la honorable Corte Constitucional en el componente de salud a la luz de la inspección judicial enmarcada en la Sentencia T-302/17.

Antecedentes

La Sentencia T-302/17 señala, de acuerdo con la evidencia recolectada a través de diversas fuentes, la mortalidad infantil en la Guajira como un grave problema de salud pública que resulta de la convergencia de múltiples factores, siendo los relacionados con los componentes de salud, agua y alimentación en lo que se centra la Sentencia.

La Sentencia destaca que para “*el año 2016, el Instituto Nacional de Salud reportó 355 muertes por desnutrición, de las cuales 70 correspondieron a niños en el Departamento de La Guajira*”². De igual forma, en la Sentencia se describe que de acuerdo con Ministerio de Salud y Protección Social, “*la mortalidad por desnutrición se concentra en los quintiles más bajos de pobreza, en los segmentos de población con menor acceso a fuentes de agua mejorada, con mayores necesidades básicas insatisfechas y con mayores barreras a los servicios de salud de la primera infancia.*”³ Para el año 2013, y de acuerdo con datos de esa

² Tomado de Sentencia T-302/17 a partir de consulta en el portal de SIVIGILA (<http://portalsivigila.ins.gov.co>).

³ Tomado de Sentencia T-302/17 a partir de Ministerio de Salud y Protección Social, Análisis de situación de salud (ASIS) Colombia, 2015, páginas 92-93. Respectivamente, los datos son: (i) la mortalidad por desnutrición es 8,92 veces más alta en el primer quintil de pobreza que en el último, (ii) el 72% de la mortalidad por

INFORME DEL COMPONENTE DE VERIFICACIÓN DE SALUD EN EL MARCO DE LA INSPECCIÓN JUDICIAL DE LA HONORABLE CORTE CONSTITUCIONAL FRENTE A LA SENTENCIA T-302/17

misma entidad, la tasa de mortalidad asociada a desnutrición en menores de 5 años en La Guajira fue de 32,54 por cada 1.000 niños, mientras que el promedio nacional fue de 6,76.⁴

La precaria situación de salud también se pudo establecer en la Sentencia a partir la reportado por el Instituto Nacional de Salud, cuando indica que para 2013 *“el 54,6% de los casos notificados de mortalidad en menores de cinco años con desnutrición correspondió a niños indígenas.⁵”* Estimación que, por lo expuesto en la Sentencia por la Defensoría del Pueblo, podría ser mayor al expresar que *“existe un “altísimo subregistro de la información reportada al SIVIGILA”.⁶”*

Esta información se complementa con lo descrito en la Sentencia con relación al *“ejercicio de microfocalización contratado por el ICBF y aportado al proceso en sede de revisión, el porcentaje de desnutrición aguda en las comunidades wayúu encuestadas (2.6%) fue tres veces mayor que la prevalencia nacional registrada en la Encuesta Nacional de Situación Nutricional de 2010 (0.9%).⁷ De manera similar, el porcentaje de desnutrición crónica (51.8%) fue cuatro veces mayor a la prevalencia nacional (13.2%).⁸”*

Un análisis más reciente, con el fin de actualizar el análisis de la situación de salud de los niñas y niños en el departamento de la Guajira permite evidenciar que: 1) durante el periodo

desnutrición se concentra en el 50% de la población que tiene menor porcentaje de acceso a fuentes de agua mejorada, (iii) el 80% se concentra en el 50% de la población con mayor porcentaje de personas con necesidades básicas insatisfechas, (iv) el 80% de la mortalidad por desnutrición se concentra en el 50% de la población con mayor proporción de barreras a los servicios de salud de la primera infancia.

⁴ Tomado de Sentencia T-302/17 a partir de consulta en <http://www.osancolombia.gov.co>, datos oficiales del SISPRO del Ministerio de Salud y Protección Social. El Departamento de La Guajira no es el único con cifras elevadas de muertes por desnutrición. La Sala destaca que otros departamentos periféricos como Guainía (155,7), Vichada (82,15), Vaupés (66,86), Amazonas (48,29) y Chocó (34,79) se encuentran en una situación similar. La cifra más baja se encuentra en Bogotá, con una tasa de 0,16, seguida por Cundinamarca (0,83), Huila (0,88) y Antioquia (1,71).

⁵ Tomado de Sentencia T-302/17 a partir de INS, Informe del evento mortalidad por y asociada a desnutrición en menores de cinco años hasta el periodo epidemiológico IX, Colombia, 2016, p. 9. Pese a que la comparación de las cifras no corresponde a los mismos periodos epidemiológicos, una revisión de los datos recabados en distintos años confirma la misma tendencia: aunque la mayor parte de los casos de desnutrición aguda se presenta en niños no pertenecientes a comunidades étnicas, la mayor parte de casos de mortalidad por desnutrición sí se presenta en comunidades indígenas.

⁶ Tomado de Sentencia T-302/17 a partir de Expediente, Cuaderno de Revisión, folio 566.

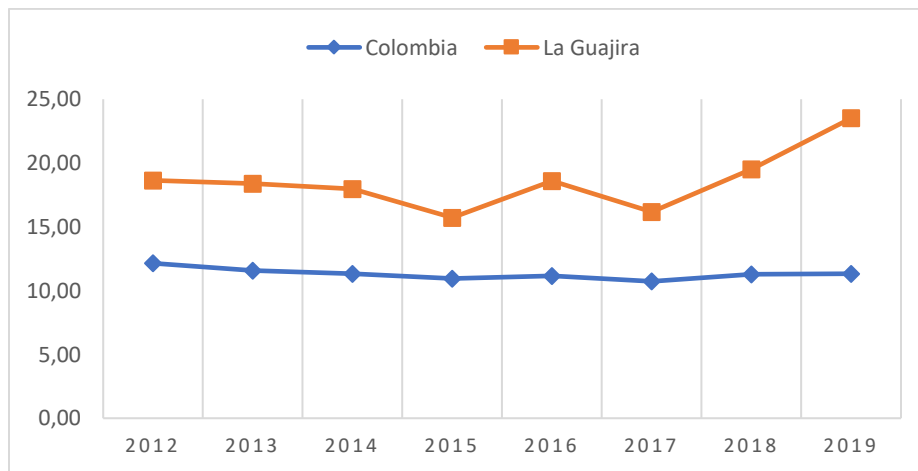
⁷ Tomado de Sentencia T-302/17 a partir de a partir de Oficio del ICBF, fls. 626 y siguientes del cuaderno de pruebas en sede de revisión, anexo en CD, Contrato de aporte No. 1105 de 2015 suscrito entre el ICBF y Fundación para el Trabajo, Desarrollo y Progreso de las Comunidades “Maná” – Segunda fase del proceso de identificación, caracterización nutricional y sociofamiliar de los niños, niñas, adolescentes y sus familias, en los municipios de Uribia, Manaure y Maicao del Departamento de La Guajira – Informe Final, Riohacha, diciembre de 2015, p. 105.

⁸ Tomado de Sentencia T-302/17 a partir de Oficio del ICBF, fls. 626 y siguientes del cuaderno de pruebas en sede de revisión, anexo en CD, Contrato de aporte No. 1105 de 2015 suscrito entre el ICBF y Fundación para el Trabajo, Desarrollo y Progreso de las Comunidades “Maná” – Segunda fase del proceso de identificación, caracterización nutricional y sociofamiliar de los niños, niñas, adolescentes y sus familias, en los municipios de Uribia, Manaure y Maicao del Departamento de La Guajira – Informe Final, Riohacha, diciembre de 2015, p. 106. Dejusticia coincide con esta apreciación. Expediente, cuaderno de instancia, folios 95 y 96.

INFORME DEL COMPONENTE DE VERIFICACIÓN DE SALUD EN EL MARCO DE LA INSPECCIÓN JUDICIAL DE LA HONORABLE CORTE CONSTITUCIONAL FRENTE A LA SENTENCIA T-302/17

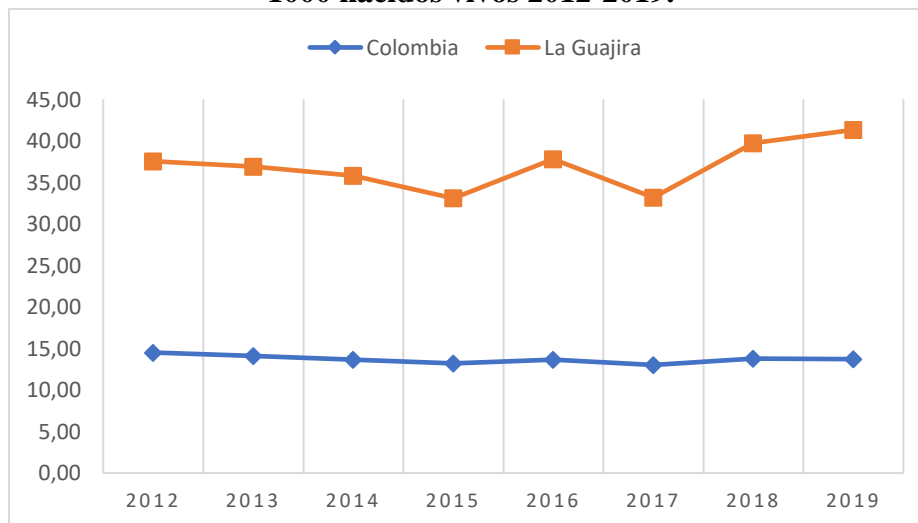
2012 a 2019, la mortalidad infantil⁹ y la mortalidad en menores de cinco años¹⁰ ha sido superior a la tasa nacional y 2) se observa que la brecha entre La Guajira y el país no ha tenido una reducción durante el periodo que se reporta y, por el contrario, se observa un aumento para el departamento a partir del 2017, al tiempo que las tasas para Colombia se mantuvieron constantes. (fig. 1 y fig.2).

Figura 1. Tasa de mortalidad infantil en Colombia y la Guajira por 1000 nacidos vivos 2012-2019.



Fuente: Elaboración previa a partir de datos de Estadísticas Vitales.

Figura 2. Tasa de mortalidad en menores de cinco años en Colombia y la Guajira por 1000 nacidos vivos 2012-2019.



Fuente: Elaboración previa a partir de datos de Estadísticas Vitales.

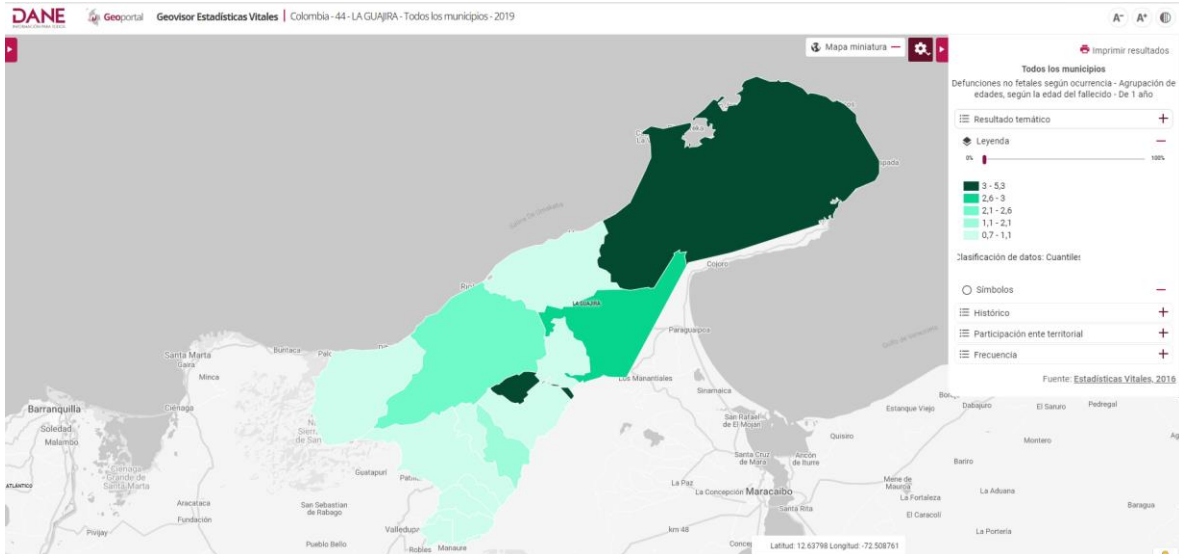
⁹ Tasa de mortalidad infantil es el número de defunciones de niños menores de 1 año por cada 1.000 nacidos vivos para un año

¹⁰ Tasa de mortalidad en menores de 5 años: número de defunciones de niños menores de 5 años por cada 1.000 nacidos vivos para un año determinado.

INFORME DEL COMPONENTE DE VERIFICACIÓN DE SALUD EN EL MARCO DE LA INSPECCIÓN JUDICIAL DE LA HONORABLE CORTE CONSTITUCIONAL FRENTE A LA SENTENCIA T-302/17

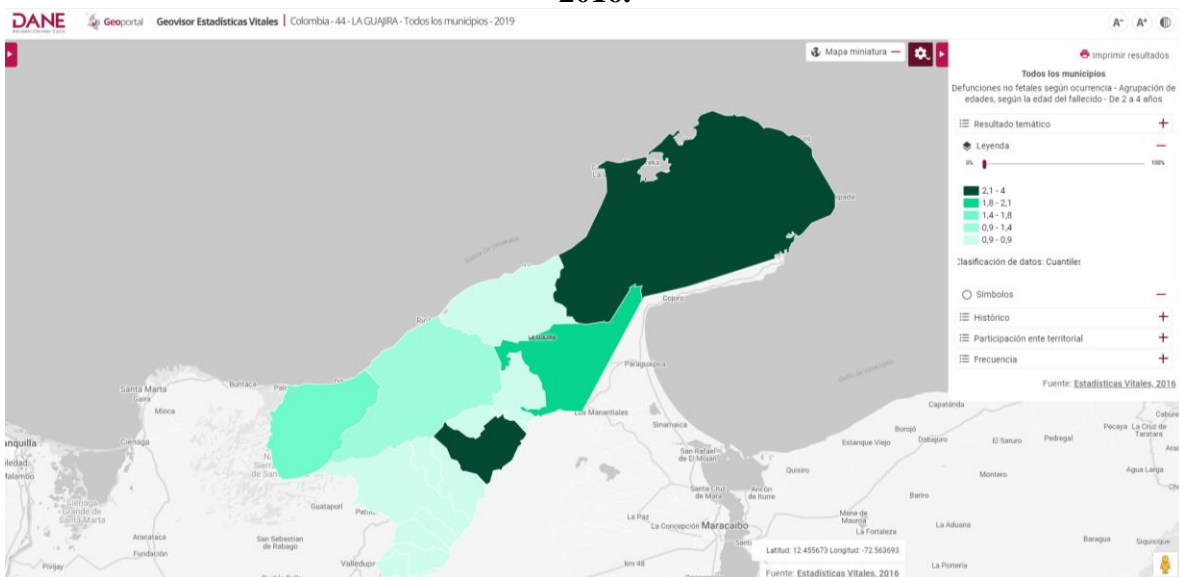
Tal como se observa en los mapas 1 a 3 obtenidos del Geovisor de Estadísticas Vitales del DANE, la situación de mortalidad infantil en La Guajira se distribuye de manera desigual entre sus municipios, con recurrencia de una alta mortalidad en el municipio de Uribia

Mapa 1. Defunciones de niñas y niños de 1 año en el Departamento de la Guajira, 2016.



Fuente: [Geoportel del DANE - Geovisor Estadísticas Vitales](#). Fecha de acceso 24 de octubre de 2021.

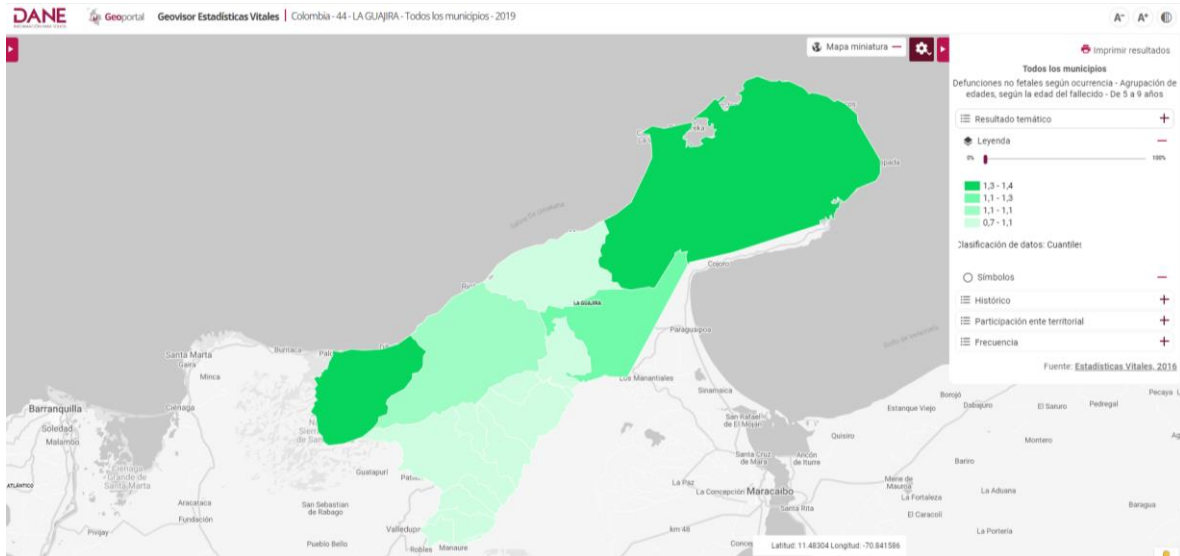
Mapa 2. Defunciones de niñas y niños de 2 a 4 años en el Departamento de la Guajira, 2016.



Fuente: [Geoportel del DANE - Geovisor Estadísticas Vitales](#). Fecha de acceso 24 de octubre de 2021.

INFORME DEL COMPONENTE DE VERIFICACIÓN DE SALUD EN EL MARCO DE LA INSPECCIÓN JUDICIAL DE LA HONORABLE CORTE CONSTITUCIONAL FRENTE A LA SENTENCIA T-302/17

Mapa 3. Defunciones de niñas y niños de 5 a 9 años en el Departamento de la Guajira, 2016.



Fuente: [Geoportal del DANE - Geovisor Estadísticas Vitales](#). Fecha de acceso 24 de octubre de 2021.

La situación de salud de La Guajira también ha sido descrita desde el Análisis de Situación de Salud (ASIS) elaborado por la Secretaría Departamental de Salud. El ASIS 2019, que es el más reciente al que se puede acceder de manera electrónica, muestra que del 2005 al 2017 la causa con mayor tasa de mortalidad en la población de 1 a 4 años fueron las enfermedades endocrinas nutricionales y metabólicas con una tasa de 16,52 muertes por cada 100.000 niños menores de 1 a 4 años para el 2005 y una tendencia al aumento siendo para el año 2017 esta tasa de 24,89 muertes por cada 100.000 menores, con un promedio para el periodo de 21,59 muertes por cada 100.000 menores. Este informe destaca una importante reducción durante este periodo de la mortalidad asociada a enfermedades infecciosas para la población menor de 5 años en el departamento (9).

Del ejercicio que se hace en el ASIS de 2019 de La Guajira, en el cual se toman como referencia los indicadores de salud para 2017 y 2016 y el comportamiento para el periodo 2005-2017, se derivan las siguientes conclusiones (9):

- Tasa de mortalidad infantil ajustada (DANE): El indicador fue significativamente¹¹ más alto en La Guajira comparado con Colombia; con comportamiento irregular durante el periodo y disminución entre 2016 y 2017.
- Tasa de mortalidad en la niñez ajustada (DANE): El indicador fue significativamente¹¹ más alto en La Guajira comparado con Colombia; con comportamiento irregular durante el periodo y disminución entre 2016 y 2017.
- Tasa de mortalidad por infección respiratoria aguda en menores de cinco años: El indicador fue significativamente¹¹ más alto en La Guajira comparado con Colombia; con comportamiento irregular durante el periodo y disminución entre 2016 y 2017.

¹¹ Hace referencia a significancia desde el punto de vista estadístico.

INFORME DEL COMPONENTE DE VERIFICACIÓN DE SALUD EN EL MARCO DE LA INSPECCIÓN JUDICIAL DE LA HONORABLE CORTE CONSTITUCIONAL FRENTE A LA SENTENCIA T-302/17

- Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años: El indicador fue significativamente¹¹ más alto en La Guajira comparado con Colombia; con comportamiento irregular durante el periodo y disminución entre 2016 y 2017.
- Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años: El indicador fue significativamente¹¹ más alto en La Guajira comparado con Colombia; con comportamiento irregular durante el periodo y disminución entre 2016 y 2017.

En este mismo ASIS se reporta que de manera consistente las tasas de mortalidad infantil y por las causas específicas indicadas arriba son más altas en municipios con mayores índices de necesidades básicas insatisfechas (NBI), en comparación con aquellos con menores NBI. En términos de riesgo atribuible poblacional (RAP), una medida epidemiológica útil para entender el efecto que se podría alcanzar si se lograra eliminar una condición que se asume como causal o llegar a una condición esperada en la reducción de esta (10), muestra que si La Guajira tuviera el NBI de los municipios del mismo departamento donde este es índice es menor, se lograrían en promedio 18 muertes menos por desnutrición en menores de cinco años y 8,6 muertes menos en menores de cinco años por cada 100.000 niños de este mismo grupo de edad. Uribia, Manaure, Maicao y Dibulla fueron los municipios que para el periodo de análisis del ASIS tenían los mayores índices de NBI en el departamento de La Guajira (88,26%, 80,78%, 59,98% y 53,54%, respectivamente) (9).

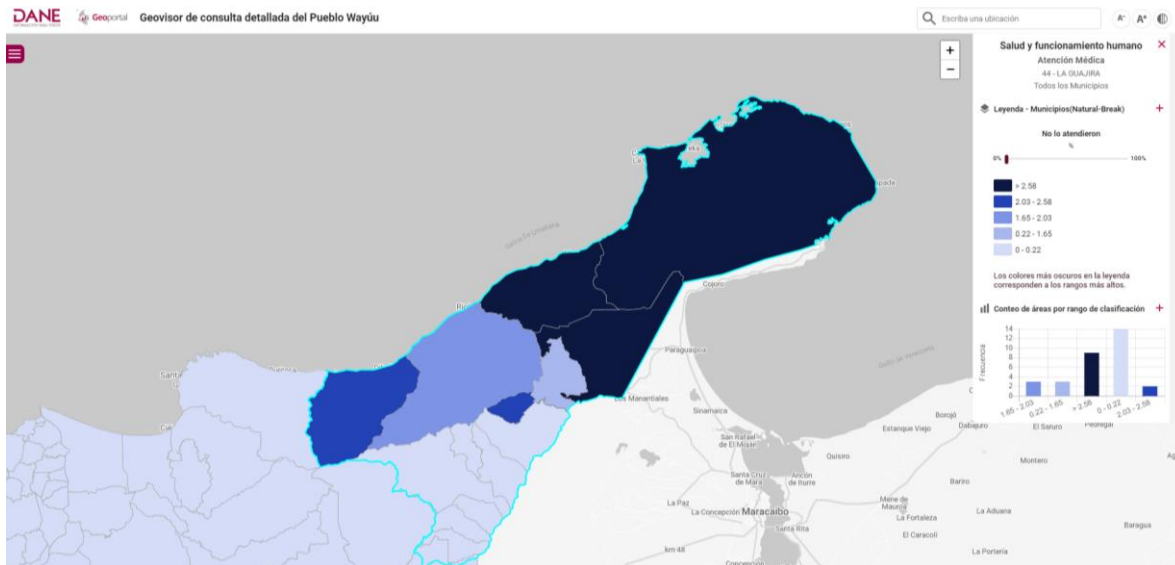
Este análisis es sin duda relevante desde el punto de vista de políticas públicas orientadas a las inequidades en salud, pues evidencia que, dentro de un mismo contexto, en este caso el departamental, hay condiciones que podrían generar mejores resultados en salud para la población de los municipios con mayores niveles de NBI. Dado que el índice de NBI de La Guajira es mayor que para Colombia, se esperaría que a partir de un análisis del RAP que, si el departamento tuviera el índice de NBI igual al del país como un todo, habría una reducción más marcada del número de muertes por desnutrición y en general de la mortalidad infantil.

En términos de morbilidad el ASIS de 2019 para La Guajira muestra que para el año 2018 en niños en la primera infancia la principal causa de atención fueron las condiciones transmisibles y nutricionales con un 50,22%, para las niñas en este mismo grupo de edad estas también fueron la primera causa de atención en ese año con 50,21% (9).

Por su parte, tomando como referencia la información del Censo Nacional de 2018 se encuentra que, frente a indicadores de atención en salud para el Pueblo Wayúu, también hay una distribución desigual en algunos indicadores, concentrándose el mayor reporte de no atención en salud en los municipios de Uribia, Manaure y Maicao (mapa 4).

INFORME DEL COMPONENTE DE VERIFICACIÓN DE SALUD EN EL MARCO DE LA INSPECCIÓN JUDICIAL DE LA HONORABLE CORTE CONSTITUCIONAL FRENTE A LA SENTENCIA T-302/17

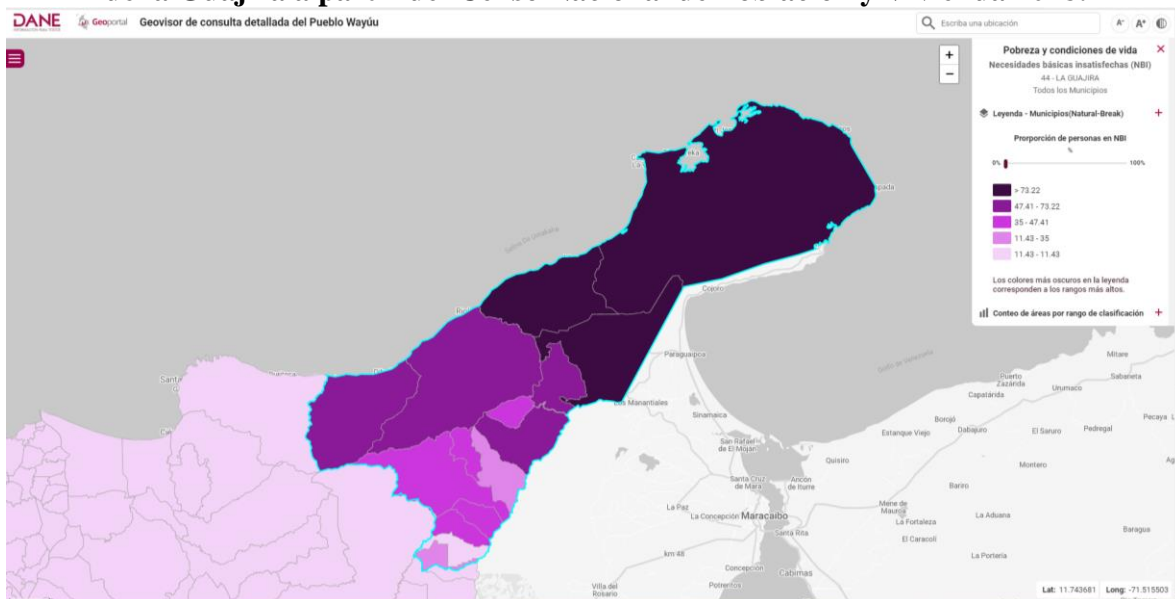
Mapa 4. Reporte de no atención en salud según necesidad en la población Wayúu en el Departamento de la Guajira a partir del Censo Nacional de Población y Vivienda 2018.



Fuente: [Geoportal DANE - Geovisor detallado del Pueblo Wayúu](#). Fecha de acceso 24 de octubre de 2021.

Como determinante estructural de la salud, las condiciones de pobreza medida a través de Necesidades Básicas Insatisfechas, evidencian una alta concentración de este indicador en la población Wayúu en los mismos tres municipios (mapa 5).

Mapa 5. Necesidades básicas insatisfechas en la población Wayúu en el Departamento de la Guajira a partir del Censo Nacional de Población y Vivienda 2018.



Fuente: [Geoportal DANE - Geovisor detallado del Pueblo Wayúu](#). Fecha de acceso 24 de octubre de 2021.

INFORME DEL COMPONENTE DE VERIFICACIÓN DE SALUD EN EL MARCO DE LA INSPECCIÓN JUDICIAL DE LA HONORABLE CORTE CONSTITUCIONAL FRENTE A LA SENTENCIA T-302/17

La Sentencia T-302/2017 describe que en materia de salud diferentes instituciones han realizado acciones orientadas a responder a la situación de la población Wayúu en este componente de la inspección judicial. Entre las medidas que allí se mencionan se encuentran la realización de actividades extramurales, el fortalecimiento de la vigilancia en salud pública y la propuesta del Modelo Integral de Atención en Salud—MIAS para el Departamento de la Guajira. Sin embargo, también se indica la ausencia de un enfoque diferencial en relación con la cultura Wayúu por parte de las Empresas Administradoras del Plan de Beneficios (EAPB) en Salud e instituciones prestadoras de servicios de salud (IP) para esta población, problemas en los criterios de focalización de las acciones de prestación extramural de servicios de salud por parte de EAPB e IPS, afiliación a múltiple EAPB por parte de integrantes de la familia y debilidades en el sistema de información en salud.

Análisis

El análisis de lo observado durante la visita judicial se aborda en este informe a partir de dos grandes categorías: 1) manifestaciones de alteraciones en la situación de salud y reporte de los actores involucrados sobre la atención en salud y 2) condiciones materiales observadas que influyen en la situación de salud.

Manifestación de alteraciones en la situación de salud y reportes sobre la atención en salud

Durante la inspección judicial no se realizó una verificación directa de la prestación de servicios de salud, tampoco una valoración exhaustiva que permitiera hacer una comprobación del estado de salud de las personas y comunidades visitadas. No obstante, fue posible constatar manifestaciones que dan cuenta de la necesidad de revisar la manera en la que se realizan las acciones de prevención de la enfermedad a nivel colectivo e individual, así como de prestación de servicios de salud en los casos que la población así lo requiere.

Con relación a la gestión del riesgo en salud a nivel colectivo e individual, lo observado y reportado por las comunidades evidencia potenciales problemas en las acciones de planeación y focalización de las acciones de prevención de la enfermedad que impiden que estas cubran todos los grupos y sectores de la población, en especial aquellos que están en condición desventaja como es en el caso de las niñas y niños Wayúu. Muestra de esto es el reporte que hicieron miembros de la comunidad durante la visita sobre la falta de acciones extramurales por parte de las entidades de salud responsables de estas.

Otro aspecto que evidencia lo anterior son los problemas de rectoría, seguimiento y capacidad operativa por parte de las secretarías de salud en los municipios de Manaure y Uribia, con obligaciones frente a garantizar el desarrollo de las acciones de prevención de la enfermedad en su territorio, ya sea a través de las acciones de salud pública que están directamente a su cargo por prestación directa o contratación o las que deben realizar las EAPB en la población afiliada en la respectiva jurisdicción. Queda también en duda la concurrencia que es necesaria por parte de la Secretaría Departamental de Salud de La Guajira.

INFORME DEL COMPONENTE DE VERIFICACIÓN DE SALUD EN EL MARCO DE LA INSPECCIÓN JUDICIAL DE LA HONORABLE CORTE CONSTITUCIONAL FRENTE A LA SENTENCIA T-302/17

Los documentos requeridos posterior a la visita a las EAPB y enviados por dos de ellas, Anas Wayúu y Cajocopi, evidencian contrastes frente a la adaptación de un modelo de atención adecuado a las particularidades de la población y el territorio Wayúu ¹². Mientras la primera se propone un modelo de atención que busca reconocer esas particularidades, no es el caso para la segunda. No obstante la EAPB Anas Wayúu propone un abordaje intercultural y acciones que podrían ser más cercanas a las necesidades de esta población, hay varios retos que deben seguir siendo abordados. Primero, es necesario tener una evaluación formal sobre la efectividad de las acciones prestadas en el contexto de este modelo y los otros que se hayan propuesto para la atención de la población Wayúu en el departamento de La Guajira. Segundo, aún ante la efectividad de un tipo particular de modelo, se requiere revisar la cobertura que este tendría dado que no se logra evidenciar un modelo compartido por las EAPB con presencia en municipios con alta proporción de población Wayúu. En este mismo sentido, un asunto ya planteado en la Sentencia, tiene que ver con las múltiples EAPB presentes en el departamento, los municipios e incluso dentro de un mismo hogar Wayúu. Por ejemplo, Anas Wayúu como EAPB indígena, reporta que su población afiliada corresponde al 21,4% de la población del departamento, con mayores porcentajes de afiliación en Maicao (43.1%) y Uribía (34.1%)¹³. Tercero, tal como se señaló previamente, es necesario un ejercicio de rectoría del sector más fuerte que permita orientar la acción de los diferentes actores del sistema y el desarrollo de un modelo de atención que se haya valorado es acorde con la población y el territorio Wayúu. Cuarto, dado que, tal como se indicó en la conceptualización, la atención en salud como componente a cargo de las EAPB, es solamente uno de los determinantes intermedios de la salud. Por lo cual es necesario establecer claros vínculos con la acción de otros sectores de gobierno y sociales con el fin de responder al resto de determinantes sociales de la salud de la población Wayúu.

Si bien lo realizado durante la inspección está por fuera de una valoración clínica formal, si fue evidente en la observación que realice de niñas y niños presentes durante la inspección, la presencia de tres de las cinco categorías de signos más comunes para identificar la desnutrición en los niños menores de 5 años (11, 12): 1) emaciación o adelgazamiento visible (enflaquecimiento de tórax, brazos, muslos y cara; 2) lesiones dermatológicas (piel reseca y fisuras lineales en sitios de pliegue); y 3) lesiones en cabello (delgado, seco y de varios tonos, en lo conocido como signo de bandera dado sus colores café y rojizo pálido). Si bien esto no constituye un ejercicio de valoración nutricional formal, si preocupa lo fácil que fue observar estos signos en varios niñas y niños de las comunidades visitadas.

Lo mencionado por las comunidades también hizo evidente la falta de actividades regulares orientadas a la desparasitación intestinal de las niñas y los niños. Esta resulta en una

¹² Según revisión de los siguientes documentos requeridos por la honorable Corte Constitucional a las EAPB con presencia mayoritaria en el departamento de La Guajira: 1) Anas Wayúu. Modelo Integral de Atención en Salud. Código MD-300-03. Versión 7.3-19-05-21. 2) Cajacopi EPS. Documento operativo para la atención de los afiliados al programa de salud de la caja de compensación familiar Cajacopi en el departamento de La Guajira. Código: GRS-OT-28. Septiembre de 2019

¹³ Tomado de Anas Wayúu. Modelo Integral de Atención en Salud. . Código MD-300-03. Versión 7.3-19-05-21.

INFORME DEL COMPONENTE DE VERIFICACIÓN DE SALUD EN EL MARCO DE LA INSPECCIÓN JUDICIAL DE LA HONORABLE CORTE CONSTITUCIONAL FRENTE A LA SENTENCIA T-302/17

actividad clave si se tiene en cuenta que el parasitismo intestinal es una condición usual en contextos donde no hay problemas para garantizar los determinantes sociales de la salud, evidenciado, por ejemplo, por el limitado acceso a agua potable. Siendo, además un problema de salud que complica los cuadros de desnutrición que puedan existir en la población infantil (13). Es también preocupante que este tipo de actividades no se realicen en niñas o niños que de manera individual lo requieran considerando el bajo costo y facilidad de realización de la desparasitación.

De lo indagado, es posible que la aplicación de los biológicos incluidos en el Plan Ampliado de Inmunizaciones se esté realizado en condiciones aceptables. Una conclusión definitiva al respecto pasa por la valoración detallada de coberturas frente al total de la población a la que se orienta el PAI que efectivamente exista en los municipios de interés para la Sentencia. Sin embargo, la cobertura real de los sistemas de información en salud podría ser cuestionada ante lo evidenciado en el municipio de Uribí con relación a la comunidad de 23 de Abril, que fue señalada como no identificada previamente por parte de funcionarios del gobierno local y la de la seccional del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

Condiciones materiales que influyen en la situación de salud

La observación realizada durante la inspección me permite indicar que desde la perspectiva de los determinantes intermedios de la salud hay una serie de aspectos que es importante tener en cuenta para efectos de los fines que persigue la Sentencia en el componente de salud.

- El acceso a agua potable, como un elemento fundamental para garantizar un adecuado estado de salud a nivel individual y poblacional no estaba garantizado en todas las comunidades visitadas. Si bien se observó la presencia de pilas de agua que buscan garantizar este servicio en dos de las comunidades en las que se hizo la inspección, en las otras fue evidente que el suministro de agua es muy irregular o inexistente. Estas dos situaciones, acceso irregular o inexistente suministro de agua potable, va en contravía de lo estimado por la OMS frente a una cantidad mínima de agua para satisfacer las necesidades básicas de una persona, más si se considera dicho acceso como un derecho (14). La Tabla 1 describe las implicaciones que tienen los diferentes niveles de acceso a agua (14, 15).
- En relación con lo anterior, el tipo de agua a la que acceden los residentes de 3 de Abril, está vinculado a riesgos adicionales para su salud a los que plantea la ausencia de suministro regular de agua apta para consumo humano, en cuanto el acceso a aguas no tratadas y proveniente de fuentes contaminadas está asociada al desarrollo de múltiples patologías (15).
- La falta de suministro de agua de forma regular o la ausencia completa de esta, incrementa condiciones riesgo para la salud como las vinculadas a la eliminación de excretas, tal como se pudo evidenciar a nivel comunitario en 3 de Abril o la institución educativa de Media Luna. Para la comunidad escolar, con 464 estudiantes hay dos

**INFORME DEL COMPONENTE DE VERIFICACIÓN DE SALUD EN EL MARCO
DE LA INSPECCIÓN JUDICIAL DE LA HONORABLE CORTE
CONSTITUCIONAL FRENTE A LA SENTENCIA T-302/17**

situaciones adicionales que, al agregarse a la falta de disponibilidad de agua incrementan los riesgos de enfermedad o los efectos de estas. Por un lado, las condiciones de hacinamiento en las que residen los estudiantes podrían aumentar el riesgo de infecciones, influenciando su evolución y desenlace. Ejemplo de esto son ciertos procesos infecciosos en la piel o enfermedades gastrointestinales (15).

La otra situación por considerar tiene que ver con el hecho de que, dado que una proporción de estudiantes de la comunidad Media Luna deben realizar sus actividades educativas diarias a la intemperie, por las condiciones climáticas de la región requieren niveles de hidratación que no pueden ser garantizadas por la situación observada durante la visita. En otras palabras, el riesgo de deshidratación crónica y aguda es mayor (15). Las implicaciones de la deshidratación crónica no deben subestimarse, pues incluyen aspectos como el desempeño cognitivo hasta otros como problemas de tipo circulatorio, tal como ha sido reportado en la literatura (15). Aquí, claramente, se evidencia como el acceso agua no tiene repercusiones directas sobre la salud de estas poblaciones, sino que los efectos se extrapolan a otras dimensiones del bienestar.

- Resulta pertinente revisar el tipo de instalaciones en las que se hacen las actividades de manipulación y preparación de alimentos de los programas de alimentación ofrecidos a los niños en las comunidades. Lo observado en la cocina de la comunidad Lacantanmana plantea dudas sobre cómo se garantizan las condiciones de higiene de los alimentos. La realización de ambas actividades en condiciones inapropiadas puede incrementar un riesgo en salud para las niñas y niños receptores de alimentos provenientes de estas instalaciones.
- Un elemento clave frente al acceso efectivo a los servicios de salud está referido a la categoría de accesibilidad geográfica. Frente a esto, se evidenció que para varias de las comunidades visitadas hay una distancia y tiempo considerables para poder acceder a los centros urbanos donde se ubican predominante los servicios de salud. Para la comunidad de 3 de Abril, con una ubicación geográfica relativamente cercana al área urbana de Uribe, se pudo observar que las condiciones de acceso vial constituyen una barrera importante para este fin. Aquí se evidencia la importancia de considerar que el goce efectivo al derecho a la salud desde una perspectiva de los determinantes sociales de la salud debe considerar aspectos como el aquí señalado y también planteado en la Sentencia con relación a las condiciones de movilidad de la población.

INFORME DEL COMPONENTE DE VERIFICACIÓN DE SALUD EN EL MARCO DE LA INSPECCIÓN JUDICIAL DE LA HONORABLE CORTE CONSTITUCIONAL FRENTE A LA SENTENCIA T-302/17

Tabla 1. Servicio y calidad de agua recolectada

Nivel de servicio	Distancia/tiempo	Posibles volúmenes recolectados	Adecuación a las necesidades sanitarias	Nivel de prioridad	Intervención prioritaria
Sin acceso	Más de un kilómetro o más de 30 minutos para recolección.	Menos de 5 litros per cápita / día.	Consumo: no asegurado. Uso en cocina: no asegurado. Higiene: no asegurada en la vivienda.	Muy alta	Proveer el servicio básico.
Acceso básico	Dentro de un kilómetro y 100 metros, 5-30 minutos para recolección.	Promedio con poca probabilidad superar 20 litros per cápita / día.	Consumo: debe estar asegurada. Uso en cocina: debe estar asegurado. Higiene: lavado de manos podría estar asegurado. Lavado y baño podrían no estar asegurados dentro de la casa.	Alta	Educación en higiene. Proveer el servicio intermedio.
Acceso intermedio	El agua se suministra a través de un grifo, dentro de 100 metros o a 5 minutos.	Promedio con poca probabilidad superar 50 litros per cápita / día.	Consumo: asegurado. Uso en cocina: asegurado. Higiene: lavado de manos asegurado. Higiene mejorada durante brotes epidémicos no asegurada. Lavado y baño podrían estar asegurados dentro de la casa.	Media	Promoción de la higiene deja ganancias en salud. Promover acceso óptimo
Acceso óptimo	Suministro de agua a través de múltiples grifos y disponible de manera continua	Promedio 100-200 litros per cápita / día.	Consumo: todas las necesidades satisfechas. Uso en cocina: Todas las necesidades satisfechas. Higiene: Todas las necesidades satisfechas.	Baja	Promoción de la higiene deja ganancias en salud.

Traducido y adaptado de: World Health Organization. Right to water. Geneva: World Health Organization; 2003. Howard G, Bartram J, Williams A, Overbo A, Fuente D, Geere J-A. Domestic water quantity, service level and health. Geneva: World Health Organization; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

INFORME DEL COMPONENTE DE VERIFICACIÓN DE SALUD EN EL MARCO DE LA INSPECCIÓN JUDICIAL DE LA HONORABLE CORTE CONSTITUCIONAL FRENTE A LA SENTENCIA T-302/17

Lo descrito en las secciones previas sugiere la existencia de una vulneración consistente del derecho a la salud de la población infantil Wayúu de la Guajira, tomando como referencia los parámetros establecidos por la Ley 1751 de 2015 (8). Los hechos que llevan a sugerir esta vulneración se pueden sintetizar en los dos siguientes aspectos:

1. Falta implementar de manera efectiva un modelo de atención en salud que sea apropiado a las necesidades culturales, territoriales, socioeconómicas y epidemiológicas del departamento de La Guajira y la población Wayúu que en él reside, partiendo de la articulación de los diferentes actores con competencias y responsabilidades en el sector salud en los diferentes niveles de gobierno. En este sentido, el incumplimiento se plantea en términos de la obligación del Estado frente:
 - Formular y adoptar políticas de salud dirigidas a garantizar el goce efectivo del derecho en igualdad de trato y oportunidades para toda la población, asegurando para ello la coordinación armónica de las acciones de todos los agentes del Sistema (literal b Ley 1751 de 2015) (8).
 - Formular y adoptar políticas que propendan por la promoción de la salud prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, mediante acciones colectivas e individuales (literal c Ley 1751 de 2015) (8).
2. No están dadas todas condiciones para garantizar la atención oportuna de los principales problemas de salud de la población Wayuu, en particular de aquellas causas vinculadas a morbilidad prevenible de la población infantil. Esto como resultado de la falta de avances esperados en la adopción de mecanismos efectivos que permitan de manera progresiva responder a dichas condiciones de salud que, tal como se describen en la Sentencia, son resultado de acciones propias del sector salud, pero también de aquellas articuladas a los derechos al agua y la alimentación, cuya garantía vincula a otros sectores de gobierno y la sociedad.

De igual forma, se evidencian retrasos en la configuración de un esquema de monitoreo y evaluación integrado y adecuado a las acciones que tienen implicaciones en la salud de población infantil Wayúu en La Guajira, ya sea que estas son propias del sector salud o en articulación o bajo responsabilidad completa de otros sectores.

En resumen, debe preocupar a la honorable Corte Constitucional que, si bien la literatura y la Sentencia señalan la importancia de la articulación intersectorial efectiva para garantizar el derecho a la salud de las niñas y niños Wayúu, lo observado a partir de la inspección judicial evidencia bastantes vacíos en materia de la acción conjunta entre sectores para responder a los problemas de salud de la población infantil de interés. Esto incluso aplica para el nivel municipal, donde en principio esa articulación podría ser más factible.

Para este segundo punto, la vulneración del derecho a la salud se vincula al no cumplimiento integral de las obligaciones orientadas a:

INFORME DEL COMPONENTE DE VERIFICACIÓN DE SALUD EN EL MARCO DE LA INSPECCIÓN JUDICIAL DE LA HONORABLE CORTE CONSTITUCIONAL FRENTE A LA SENTENCIA T-302/17

- Velar por el cumplimiento de los principios del derecho fundamental a la salud en todo el territorio nacional, según las necesidades de salud de la población (literal f Ley 1751 de 2015) (8).
- Realizar el seguimiento continuo de la evolución de las condiciones de salud de la población a lo largo del ciclo de vida de las personas (literal g Ley 1751 de 2015) (8).

En el contexto de la Ley 1751 de 2015 y la situación de salud documentada para la población infantil Wayúu en La Guajira, la vulneración del derecho a la salud estaría vinculada a la no garantía de los principios de (8):

- Disponibilidad.
- Aceptabilidad.
- Equidad.
- Prevalencia de derechos.
- Progresividad del derecho.
- Eficiencia.
- Interculturalidad.
- Protección pueblos y comunidades indígenas, ROM y negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras.

Recomendaciones

Tal como se lo plantea la honorable Corte Constitucional en la sentencia T-302/17, “*Los derechos enunciados en la Constitución no son una lista dispersa de prestaciones o beneficios. En su conjunto forman una red de obligaciones a cargo del Estado, de cuyo cumplimiento depende el logro de la garantía de la dignidad humana.*¹⁴”. En este sentido, el derecho fundamental a la salud en los términos establecidos por la Constitución Política de Colombia y la Ley 1751 de 2015 (8), deben vincularse claramente con los demás componentes abordados en la Sentencia. También, siguiendo lo establecido en esta, resulta necesario tener presente consideraciones con respecto a la progresividad y sostenibilidad de las medidas que se adopten para garantizar el derecho a la salud de las niñas y los niños Wayúu, y en general para toda la población de esta etnia en el departamento de La Guajira.

Tomando en cuenta lo observado como parte del acompañamiento realizado a la visita efectuada por la honorable Corte Constitucional, el análisis de la Sentencia y la valoración de documentos adicionales, propongo un grupo de cinco recomendaciones para atender situaciones prioritarias en salud y cuatro que requieren un desarrollo progresivo. Este

¹⁴ Tomado de Sentencia T-302/17 a partir de Corte Constitucional, sentencia T-227 de 2003 (MP Eduardo Montealegre Lynett). En un caso relacionado con el derecho a la información la Corte discutió los criterios de identificación de los derechos fundamentales y sostuvo que “[s]erá fundamental todo derecho constitucional que funcionalmente esté dirigido a lograr la dignidad humana y sea traducible en un derecho subjetivo. Es decir, en la medida en que resulte necesario para lograr la libertad de elección de un plan de vida concreto y la posibilidad de funcionar en sociedad y desarrollar un papel activo en ella.”

INFORME DEL COMPONENTE DE VERIFICACIÓN DE SALUD EN EL MARCO DE LA INSPECCIÓN JUDICIAL DE LA HONORABLE CORTE CONSTITUCIONAL FRENTE A LA SENTENCIA T-302/17

conjunto de nueve recomendaciones podría servir a la Corte como referente al momento de dar orientaciones frente al cumplimiento de la Sentencia T-302/17 en lo relacionado con el objetivo 3, que propone: “*augmentar y mejorar las medidas inmediatas y urgentes en materia de salud a cargo del Gobierno Nacional; formular e implementar una política de salud para La Guajira que permita asegurar el goce efectivo del derecho a la salud para todos los Wayúu*”¹⁵.

Recomendaciones para atender situaciones prioritarias

Lo descrito frente a lo observado durante la inspección judicial lleva a sugerir a la honorable Corte Constitucional urja a las diferentes instituciones involucradas para que tomen en el corto plazo las siguientes cinco medidas prioritarias relacionadas con el componente de salud:

1. Garantizar la identificación completa de la población infantil en los municipios de interés para la Sentencia, incorporando a través de los medios necesarios información sobre el estado nutricional, cobertura en vacunación y aplicación de medidas de prevención de la enfermedad contempladas como parte de la gestión del riesgo colectivo e individual en salud. Además, esta identificación debería permitir una adecuada georreferenciación de las comunidades para efectos de planeación y seguimiento de la prestación de acciones en salud y prestación de servicios sanitarios.
2. Adecuación inmediata y técnicamente adecuada del plan de intervenciones colectivas (PIC), por parte de las secretarías de salud de los municipios de interés para la Sentencia. Esto deberá hacerse en conjunto con la Secretaría Departamental de Salud de La Guajira y extenderse en lo que corresponda a las acciones de prevención de la enfermedad desarrolladas por las EAPB con presencia en los cuatro municipios que incluye la Sentencia. Los planes de todas estas instituciones de salud orientados a la población infantil Wayúu en el departamento de La Guajira deberán concretarse en cronogramas específicos y mecanismos de verificación que permitan su pronta implementación y adecuado seguimiento por parte de la Superintendencia de Salud.

Estas acciones deben complementarse con aquellas de atención sanitaria a través de brigadas integrales de salud a cargo de las EAPB con presencia en cada municipio, las cuales deberían concurrir de manera articulada y bajo orientación de las respectivas secretarías de salud. La confluencia conjunta de las EAPB en estas brigadas debería contribuir a evitar negación de servicios dado lo reportado en cuanto a la afiliación a varias aseguradoras por los integrantes del mismo núcleo familiar. Resulta necesario que estas brigadas tengan capacidad resolutoria básica para el primer nivel de atención en salud y la presten los servicios bajo el enfoque de atención primaria. A su vez se deben garantizar las condiciones técnicas, administrativas y operativas que permita la adecuada y oportuna remisión y continuidad de la atención en los casos que se requiera de servicios de mayor complejidad.

¹⁵ Tomado de Sentencia T-302/17.

**INFORME DEL COMPONENTE DE VERIFICACIÓN DE SALUD EN EL MARCO
DE LA INSPECCIÓN JUDICIAL DE LA HONORABLE CORTE
CONSTITUCIONAL FRENTE A LA SENTENCIA T-302/17**

Si bien durante la inspección se aseguró por parte del Ministerio de Salud y Protección Social y las secretarías de salud que no existen barreras frente al acceso a los servicios por condiciones derivadas de estatus migratorio en el marco de las medidas tomadas por el gobierno nacional para este fin, es indispensable el monitoreo permanente en esta materia, el cual debe ser acompañado de la suficiente y adecuada socialización de estas medidas a la población Wayúu.

3. Adoptar en el corto plazo un mecanismo que permita el acceso básico y continuo al agua a la población Wayúu, en especial en aquellas comunidades a las que se les viola este derecho porque tienen un acceso muy bajo según lo evidenciado en las comunidades de 3 de Abril y Media Luna, o en aquellas donde la calidad del agua puede no ser la adecuada como lo observado en la comunidad de Guarralakatshi. Tal como se indica en la Tabla 1, esta falta de acceso tiene serias implicaciones en salud en el corto y largo plazo porque compromete el consumo mínimo vital de este líquido, la preparación de alimentos y las condiciones de higiene básicas para la población, lo que lleva a que su abordaje amerite una prioridad muy alta.
4. Garantizar en materia de alimentación los siguientes aspectos vinculados de manera directa y prioritaria con el componente de salud:
 - La cobertura inmediata de aquellos grupos de la población infantil que como producto de la aplicación de la recomendación No.1 no estén cubiertos por ningún tipo de programa de asistencia alimentaria y cuya situación nutricional así lo requiera.
 - Los mecanismos que permitan el seguimiento de los menores que ya hacen parte de un programa de alimentación y en los cuales se haya evidenciado un estado nutricional que ponga en riesgo de enfermar o morir. Para estos casos se debe garantizar la adecuada y suficiente coordinación con las instituciones de salud en cada uno de los municipios.
 - Que la reapertura de comedores comunitarios en los cuales se hace preparación de alimentos en las comunidades se haga al menos con condiciones básicas de acceso agua e infraestructura que permitan una adecuada manipulación y preparación de alimentos. El acompañamiento y seguimiento de esta recomendación debe hacerse por parte de los equipos de saneamiento básico de las respectivas secretarías municipales de salud.
5. Establecer un mecanismo de verificación efectivo de las medidas de choque y corto plazo que se establezcan en respuesta a lo observado y reportado durante la inspección judicial en materia de salud o de condiciones que influencien esta. La selección de estas medidas debe responder a las situaciones que de manera inminente ponen o incrementan los riesgos para la salud de la población infantil de la comunidad Wayúu en La Guajira. Se sugiere a la Corte que oriente frente a la adopción de un tablero de control que les permita a los organismos que a bien designe, la verificación del cumplimiento de estas medidas y la activación de las alertas correspondientes, toda

INFORME DEL COMPONENTE DE VERIFICACIÓN DE SALUD EN EL MARCO DE LA INSPECCIÓN JUDICIAL DE LA HONORABLE CORTE CONSTITUCIONAL FRENTE A LA SENTENCIA T-302/17

vez que las cuatro recomendaciones previas tienen en el corto plazo implicaciones en términos de morbilidad en este grupo de la población.

Recomendación progresiva 1: Adopción efectiva de un modelo de atención en salud adecuado a características de la población y territorio Wayúu

Es necesario, tal como fue previsto en la Sentencia T-302/17, la adopción efectiva de un modelo único de atención en salud que responda a las particularidades de la población y territorio Wayúu. Si bien, lo reportado por el Ministerio de Salud y Protección Social da cuenta de la formulación de este modelo, la evidencia obtenida de dos de las EAPB con presencia en los municipios de Riohacha, Manaure, Maicao y Uribia muestra que cada una de estas instituciones tiene una aproximación diferente para orientar la atención en salud a la población de interés.

La adopción de este modelo, con participación de la población Wayúu, debe hacerse de acuerdo con lo establecido en la Ley 1751 de 2015 y tomando en cuenta desarrollos técnicos posteriores a esta como la Política Integral de Atención en Salud (PAIS) y el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) y el Modelo de Atención Integral Territorial (MAITE) (8, 16, 17). Frente a estos insumos técnicos, es necesario llamar la atención de las diferentes instituciones, empezando por el Ministerio de Salud y Protección Social, para que estas orientaciones tengan claros mecanismos y cronogramas de adopción más allá de las coyunturas de los cambios de gobierno.

En este sentido, un modelo de atención que responda a las necesidades y particularidades del territorio y población Wayúu debe tener varias características a concertar con los diferentes actores comunitarios e institucionales del nivel local, departamental y nacional. Una de estas características es que debe centrarse en el marco de la Atención Primaria en Salud con enfoque comunitario y de medicina familiar, vinculado a un claro establecimiento de redes de atención que atiendan de manera integral ellos diferentes niveles de complejidad en la prestación de servicios de salud. La perspectiva comunitaria del modelo debe reconocer el sistema de organización en clanes propios de la cultura y organización Wayúu.

Otra característica importante en la estructuración de este modelo es la interculturalidad. Frente a esto, se requiere una valoración y reconocimiento efectivo de las aproximaciones que el pueblo Wayúu hace para la preservación de salud y la atención de la enfermedad cuando esta aparece. Esto va más allá de un asunto puramente declarativo y debe involucrar la inclusión de, por ejemplo, de actores y terapias propias de la población Wayúu que respondan a su cosmovisión y planteen puentes con la medicina alopática u occidental. En todo caso, es necesario que los tipos de prestación de servicios de salud que se definan consideraren la eliminación de barreras para el oportuno acceso a los tipos de servicios que se definan para la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la atención sanitaria en todas sus modalidades. La eliminación de barreras debe darse incluso valorando las situaciones en las que las prácticas culturales de la población Wayúu pueda significar un retraso para la respuesta sanitaria adecuada. Para esto es clave el trabajo

INFORME DEL COMPONENTE DE VERIFICACIÓN DE SALUD EN EL MARCO DE LA INSPECCIÓN JUDICIAL DE LA HONORABLE CORTE CONSTITUCIONAL FRENTE A LA SENTENCIA T-302/17

armónico con la comunidad frente a la valoración de sus prácticas y la concertación respetuosa de rutas de atención que salvaguarden los derechos de las niñas y los niños.

Adicional a valorar temas de infraestructura y logística, que respondan a la operación de un modelo en poblaciones en zonas dispersas, el tema del recurso humano en salud resulta fundamental. En ese caso este debe reconocer desde los actores comunitarios hasta aquellos de carácter profesional que trabajen en los servicios de mayor complejidad. La formación e inclusión en todo el espectro de atención en salud de recurso humano que hagan parte de la población de Wayúu debería ser parte fundamental de la política de talento humano en salud.

En la estructuración del modelo se deben aportar los estudios técnicos que permitan tomar decisiones sobre cómo garantizar la sostenibilidad financiera, garantizando que la prestación de servicios no se vea limitada por la falta de incentivos para estructurar la red de atención en los niveles de complejidad más relevantes para el contexto de La Guajira. Esto debe ir de la mano con decisiones frente a abordar el problema que impone la dispersión de EAPB, incluso dentro del mismo núcleo familiar, lo que en términos prácticos termina generando ineficiencias y sobre todo limitando el abordaje integral que requiere la respuesta a muchos de los problemas que en materia de salud tienen las familias y comunidades Wayúu. Cabe advertir que una pobre valoración de la sostenibilidad del modelo puede llevar a ampliar las inequidades relacionadas con la prestación de servicios de salud.

Considerando que en la Sentencia T-302/17 ya se había definido de manera perentoria un plazo de dos (2) años para poner en marcha este modelo y que según lo reportado por el Ministerio de Salud y Protección Social se hicieron avances en la estructuración del mismo, resulta clave que la honorable Corte Constitucional urja a los actores para que idealmente antes de la finalización de este gobierno nacional se avance en la concertación que aún falte y se establezca un cronograma preciso para la adopción efectiva del mismo por parte del próximo gobierno.

Recomendación progresiva 2: Fortalecimiento de la capacidad de rectoría, gestión e inspección de la secretaría departamental de salud y las municipales en los municipios de Riohacha, Manaure, Maicao y Uribia

La débil capacidad de las instituciones en salud locales para responder a los retos que tienen las poblaciones y para administrar el sistema de salud es útil para complementar el análisis de inequidades en salud entre entidades territoriales (18). A su vez, la literatura en este campo ha reconocido que las capacidades y el desempeño de las organizaciones en salud son aspectos críticos influenciados por situaciones del contexto, como por asuntos al interior de estas organizaciones (19-21). Este asunto, al que en ocasiones se le presta poca atención, cobra toda la importancia porque es un prerrequisito para el desarrollo de intervenciones en salud y el impacto de estas (22).

INFORME DEL COMPONENTE DE VERIFICACIÓN DE SALUD EN EL MARCO DE LA INSPECCIÓN JUDICIAL DE LA HONORABLE CORTE CONSTITUCIONAL FRENTE A LA SENTENCIA T-302/17

Frente a esto, si bien se han realizado intervenciones desde el gobierno nacional a instituciones como la Secretaría Departamental de Salud de La Guajira, por la evidencia reportada en la literatura en este campo se requieren acciones que modifiquen la estructura o arquitectura institucional, las capacidades y estabilidad del recurso humano, el liderazgo y procesos de seguimiento y certificación (23), especialmente en contextos donde se experimentan marcadas inequidades en salud (24). Estas mismas acciones podrían requerirse a nivel de las secretarías municipales. Por tanto, la estructuración de un programa especial técnicamente fundamentado y adecuadamente financiado para el fortalecimiento de las capacidades y el desempeño de las instituciones de salud de La Guajira debe ser considerado como una de las recomendaciones a implementar en articulación con todos los niveles de gobierno.

Esta recomendación va en línea con la número 1, porque en las instituciones del Estado recae la obligación de rectoría del sistema de salud, incluyendo la orientar las acciones de todos los actores institucionales y comunitarios que deben converger frente a garantizar la salud de la población en La Guajira. En ese mismo sentido, se requiere de instituciones territoriales más fortalecidas para la gestión de la salud pública y las acciones de inspección y vigilancia, frente a la cual se deben hacer efectivos principios como los de complementariedad y concurrencia entre los diferentes niveles de gobierno.

Recomendación progresiva 3: Establecimiento de un mecanismo de articulación intersectorial con participación social y comunitaria para el abordaje de los determinantes sociales de la salud

La situación en salud de las niñas y los niños de La Guajira claramente supera las competencias sectoriales. Partiendo de esto y el marco que plantea el enfoque de determinantes sociales de la salud resulta necesario que se constituya de manera efectiva el espacio que articule a los diferentes sectores de gobierno y las comunidades en la identificación y definición de un plan de ruta que establezca en el mediano y largo plazo el conjunto de acciones que a nivel de condiciones estructurales y determinantes intermedios de la salud deben ser abordados (1, 2).

La evidencia frente al desarrollo de acciones intersectoriales de la salud, si bien es altamente deseable para atender problemas como los abordados en la sentencia, también ha mostrado ser desafiante.

El análisis de las experiencias en América Latina sobre necesidades y experiencias de trabajo intersectorial en salud evidencian que es necesario avanzar más allá de la coordinación entre sectores a mecanismos de integración para el logro de propósitos compartidos. Esto es evidente en asuntos relacionados con agua, alimentación y salud, que no se pueden ver o materializar de manera aislada. De manera progresiva se puede avanzar desde relaciones entre sectores basadas en el intercambio de información, pasando por la cooperación para una mayor eficiencia en el trabajo de cada sector, la coordinación en la que se espera haya un ajuste de las políticas y programas encabeza de cada uno de los sectores con el propósito de lograr mayor eficiencia y eficacia. La coordinación busca una

INFORME DEL COMPONENTE DE VERIFICACIÓN DE SALUD EN EL MARCO DE LA INSPECCIÓN JUDICIAL DE LA HONORABLE CORTE CONSTITUCIONAL FRENTE A LA SENTENCIA T-302/17

red más horizontal de trabajo entre los sectores; con la constitución de una estructura más formal de trabajo y una fuente de financiación común. Finalmente, se debe buscar llegar a la integración, entendida como una política o programa conjunto entre los sectores involucrados en los temas de salud, agua y alimentación. De este modo, se espera que la acción intersectorial en estos tres componentes se vea reflejada no solo en la ejecución o aplicación de políticas conjuntas, sino en la formulación y el financiamiento conjuntos con base en el logro de los fines sociales compartidos (18).

En el logro de los propósitos de la acción intersectorial aquí propuesta, se requiere avanzar en los espacios y nivel de participación social, tanto en los procesos de planificación, como en los de implementación, seguimiento y veeduría. Aquí surge una clara recomendación frente a que en el marco de lo propuesto por la Sentencia se adopte un mecanismo de gobernanza para el logro de los fines de política pública que persiga la acción conjunta de las instituciones de los diferentes sectores y la participación social a través de sus diferentes formas de organización.

Recomendación progresiva 4: Desarrollo de un sistema de monitoreo y evaluación articulado a las fuentes de información de vigilancia y estadística existente

Las tres recomendaciones requieren necesariamente de un información oportuna y pertinente que permita orientar frente a si se está avanzando frente a los logros planteados para alcanzar lo establecido en la Sentencia con respecto al desarrollo de una política en salud que lleva a garantizar el goce efectivo del derecho a la salud por parte de las niñas y niños de Wayúu, pero en general de toda la población de esa comunidad y el departamento de La Guajira.

En la estructuración de este tipo de sistema es importante partir de las fuentes rutinarias que el país ya cuenta en vigilancia en salud pública, registros de prestación de servicios, estadísticas vitales y encuestas poblacionales, entre otros. El reto fundamental, tomando en cuenta estas fuentes es su integración, análisis, interpretación y diseminación a los diferentes actores que requieran de las mismas para los ejercicios de planeación, implementación y evaluación de las acciones. Un asunto crítico, es asignar a alguna instancia involucrada y con la suficiente capacidad técnica estas funciones.

Dado que, como se señala en la recomendación 3, se debe avanzar hacia el establecimiento de un modelo intersectorial con participación social, es necesario adoptar indicadores integrales y conjuntos de evaluación del desempeño frente a los procesos e impactos con relación a los fines que busca la Sentencia. De igual forma, se requiere un sistema de rendición de cuentas de responsabilización colaborativa para documentar los efectos de las intervenciones de política pública en los componentes de agua, alimentación y salud a lo largo del tiempo (18).

Referencias

1. UNICEF. The structural determinants of child well-being. Florence: UNICEF; 2012.

**INFORME DEL COMPONENTE DE VERIFICACIÓN DE SALUD EN EL MARCO
DE LA INSPECCIÓN JUDICIAL DE LA HONORABLE CORTE
CONSTITUCIONAL FRENTE A LA SENTENCIA T-302/17**

2. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Death Discussion Paper 2. Geneva: World Health Organization; 2010.
3. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Geneva: WHO Regional Office for Europe; 2000.
4. Braveman PA, Kumanyika S, Fielding J, LaVeist T, Borrell LN, Manderscheid R, et al. Health disparities and health equity: The issue is justice. *American Journal of Public Health*. 2011;101:S149-S55.
5. Braveman P. Defining equity in health. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2003;57(4):254-8.
6. Komro KA, Flay BR, Biglan A, Promise Neighborhoods R. Creating nurturing environments: a science-based framework for promoting child health and development within high-poverty neighborhoods. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2011;14(2):111-34.
7. Braveman P. What is health equity: And how does a life-course approach take us further toward it? *Matern Child Health J*. 2014;18(2):366-72.
8. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones, Ley 1751 (2015).
9. Gobernación de La Guajira. Administración Temporal Sector Salud. Análisis de situación de salud con el modelo de los determinantes sociales de la salud 2019. Riohacha: Gobernación de La Guajira. Administración Temporal Sector Salud; 2019..
10. Rockhill B, Newman B, Weinberg C. Use and misuse of population attributable fractions. *American Journal of Public Health*. 1998;88(1):15-9.
11. Dirección Seccional de Salud de Antioquia. Guía diagnóstica y manejo inicial de la malnutrición en menores de cinco años. Medellín: Dirección Seccional de Salud de Antioquia; 2007.
12. Ministerio de Salud y Protección Social, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia – UNICEF. Lineamiento para el manejo integrado de la desnutrición aguda moderada y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad. Bogotá D.C.: Ministerio de Salud y Protección Social. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia – UNICEF; 2017.
13. Cardona-Arias JA. Determinantes sociales del parasitismo intestinal, la desnutrición y la anemia: revisión sistemática. *Revista panamericana de salud pública = Pan American journal of public health*. 2018;41:e143.
14. World Health Organization. Right to water. Geneva: World Health Organization; 2003.
15. Howard G, Bartram J, Williams A, Overbo A, Fuente D, Geere J. Domestic water quantity, service level and health. Geneva: World Health Organization; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
16. Ministerio de Salud y Protección Social. Política de atención integral en salud. Bogotá D.C.: Ministerio de Salud y Protección Social; 2016.
17. Por medio de la cual se modifica la Política de Atención en Integral en Salud -PAIS- y se adopta el Modelo de Atención Integral Territorial -MAITE, (2019).
18. Organización Panamericana de la Salud. Intersectorialidad y equidad en salud en América Latina: una aproximación analítica. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2015.

**INFORME DEL COMPONENTE DE VERIFICACIÓN DE SALUD EN EL MARCO
DE LA INSPECCIÓN JUDICIAL DE LA HONORABLE CORTE
CONSTITUCIONAL FRENTE A LA SENTENCIA T-302/17**

19. Mays GP, Smith SA, Ingram RC, Racster LJ, Lamberth CD, Lovely ES. Public health delivery systems: evidence, uncertainty, and emerging research needs. *American Journal of Preventive Medicine*. 2009;36(3):256-65.
20. Meyer AM, Davis M, Mays GP. Defining organizational capacity for public health services and systems research. *Journal of Public Health Management and Practice*. 2012;18(6):535-44.
21. Lucumí D. Salud pública en Colombia: aportes de política y gestión tras 30 años de reformas. In: Escuela de Gobierno. Universidad de los Andes, editor. *Apuntes de Gestión y Políticas Públicas de la Escuela de Gobierno Alberto Lleras Camargo*. Bogotá D.C.: Escuela de Gobierno. Universidad de los Andes; 2020.
22. LaFond AK, Brown L, Macintyre K. Mapping capacity in the health sector: a conceptual framework. *The International Journal of Health Planning and Management*. 2002;17(1):3-22.
23. Nu'Man J, King W, Bhalakia A, Criss S. A framework for building organizational capacity integrating planning, monitoring, and evaluation. *Journal of Public Health Management and Practice*. 2007;Suppl:S24-32.
24. Shah GH, Sheahan JP. Local health departments' activities to address health disparities and inequities: Are we moving in the right direction? *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2015;13(1):ijerph13010044.