

Bogotá, D. C.; 17 de febrero de dos mil veintiuno (2021).

Honorable
Honorable Magistrados
Tribunal Superior de Cundinamarca (Reparto)
E. S. D.

Ref. Acción de tutela

Accionantes: Asociación de Parteras Unidas del Pacifico – ASOPARUPA-, Asociación de la Red interétnica de Parteras y Parteros del Choco – ASOREDIPARCHOCO- e Ilex Acción Jurídica.

Accionados: Ministerio de Salud, Secretaria de Salud, Protección y Bienestar social del departamento del Choco, Secretaría Departamental del Valle del Cauca.

Rosmilda Quiñones Fajardo, representante legal y fundadora de la Asociación de Parteras Unidas del Pacifico (en adelante ASOPARUPA), organización de base conformada por parteras tradicionales negras, con 32 años de experiencia en la visibilización, valoración y fortalecimiento de la partería en Buenaventura y en todo el país.

Elida Córdoba Mosquera, representante legal de la asociación de Red interétnica de Parteras y Parteros del Choco (en adelante, ASOREDIPAR CHOCO) asociación que busca resignificar la partería que incorpora a mujeres y hombres que ejercen esta labor, identificadas como aparecen al pie de nuestras firmas

Dayana Blanco Acendra, directora y fundadora de Ilex Acción jurídica Ilex Acción Jurídica una organización de derechos humanos conformada por abogadas afrodescendientes que lucha contra la discriminación racial y promueve el empoderamiento y la protección de los derechos de las personas afrodescendientes en Colombia.

Actuando en defensa de los intereses de la comunidad afrocolombiana y obrando de forma directa como parteras y miembros de esta comunidad interponemos acción de tutela (art. 86 C.P.) contra el Ministerio de Salud y Protección Social, La Secretaria Departamental de Salud del Chocó y la Secretaria Departamental de Salud del Valle del Cauca, por vulnerar nuestros derechos fundamentales, a la igualdad y no discriminación (art.13 C.P. Art. 3 Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, Art. 5 de la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial), a la protección de la diversidad étnica y

cultural de la nación (Art. 7 y Art 8 C.P.), al trabajo y mínimo vital (Art. 25 C.P) y a la salud (Art. 48 y 49 C.P).

1. HECHOS

PRIMERO. ASOPARUPA y ASOREDIPAR CHOCO son organizaciones de parteras y parteros, sabedores ancestrales, afrodescendientes, pertenecientes a edades etarias avanzadas entre los 50 y 80 años, que se ubican específicamente en las zonas de Choco y Buenaventura en el Valle del Cauca. Su labor se concentra en atender los ciclos reproductivos de las mujeres y hombres, acompañar el embarazo, los procesos de parto y las enfermedades de las comunidades, a través de saberes ancestrales y el uso de plantas medicinales.

SEGUNDO. Las parteras y los parteros de estas comunidades afrodescendientes hacen más de 20 años constituyen para las comunidades, el acceso a la salud y servicios de controles prenatales, en un contexto de difícil acceso a la salud y conflicto armado.

TERCERO. En ese sentido, a través de la Ley 1146 de 2007, el Congreso de la República declaró que las culturas de medicina tradicionales, eso incluye a los parteros y las parteras, hacen parte del talento humano en salud en respeto de su identidad.

CUARTO. En el año 2020, llega el virus COVID 19, lo que produce la declaración de una emergencia sanitaria en el territorio nacional, declarada por el Decreto 417 del 17 de marzo.

QUINTO. La declaración de la emergencia sanitaria trajo consigo medidas de aislamiento en todas las zonas del país, que implicaban restricciones en la movilidad y por lo tanto la imposibilidad de ejercer actividades productivas. No obstante, esto no aplicaba para las parteras y parteros de estos territorios, quienes tenían que seguir atendiendo las necesidades de las comunidades al no tener acceso a centros de salud y temor a acudir a ellos.

SEXTO. Muchas de las parteras de las asociaciones quedaron sin recursos atendiendo a su vulnerabilidad socioeconómica, lo que afectó su sostenimiento, teniendo en cuenta que la práctica de la partería en su mayoría no es una actividad lucrativa y los ingresos surgían de actividades realizadas en la presencialidad en las asociaciones.

SÉPTIMO. Los parteros y las parteras de ASOPARUPA y ASOREDIPAR CHOCÓ, trabajaron y trabajan en la pandemia atendiendo casos de contagio por COVID-19, además de las actividades que comúnmente ejercen. Sumado a que, en medio de la emergencia,

aumentaron la cantidad de nacimientos que tienen que atender y las presiones de la comunidad por ser atendidas.

OCTAVO. La pandemia, obligó a ASOPARUPA a subir los precios de sus servicios para poder sostener, aunque de manera insuficiente, a las parteras más vulnerables, y cerrar la mayoría de los nichos, que son los puntos de atención que tenían en los municipios de Buenaventura, Guapi, Tumaco, López de Micay, y Timbiquí dejando solo uno disponible para la atención de la población, debido al peligro que esto representaba.

NOVENO. Las secretarías departamentales de los departamentos del Chocó y Nariño, Cauca, y Valle del Cauca no han suministrado implementos de protección a los parteros y las parteras de las comunidades y el Ministerio de Salud tampoco ha generado campañas de acompañamiento.

DECIMO. Solo en agosto de 2020 la secretaria distrital de Buenaventura dio implementos a las parteras, pero esto no fue suficiente y nunca se repitió.

DÉCIMO PRIMERO. Las secretarías de salud departamentales no han ejecutado proyectos para llevar la caracterización de parteros y parteras en las comunidades afrodescendientes de su jurisdicción, ni se han dado pruebas de diagnóstico de COVID-19 para garantizar la salud del talento humano. Por el contrario, han solicitado esa información a las comunidades sin implementar ninguna medida. Las parteras y los parteros han tenido que ejercer sus actividades sin implementos de bioseguridad adecuados, al igual que la comunidad con la que conviven, quienes se no pueden suplir esas necesidades.

DÉCIMO SEGUNDO. El 12 de abril de 2020, el Ministerio de Salud, expidió el decreto legislativo 538, en la que hacía un llamado al talento humano para que consecuentemente se pudiera hacer reconocimiento económico temporal estipulado en resolución 1172. Sin embargo, no se mencionó al personal de partería ni personas que ejercen la medicina tradicional perteneciente a las comunidades étnicas.

DÉCIMO TERCERO. La exclusión de las parteras y los parteros de las normatividades del Ministerio de Salud, junto al ausente apoyo de las entidades territoriales, representa una ausencia completa de ingreso de recursos, sumado a la exposición de su vida en las actividades que realizan en sus comunidades.

DÉCIMO CUARTO. ASOPARUPA ha estado en conversaciones con el equipo de talento humano del Ministerio de Salud, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, las secretarías departamentales, sin recibir ayuda alguna.

DÉCIMO QUINTO. A la fecha, han fallecido 7 parteras de ASOPARUPA por COVID-19 o causas preexistentes, sin acceso adecuado a la salud, diagnósticos oportunos o medidas de prevención en sus actividades. Algunas parteras con enfermedades graves vieron suspendidos sus tratamientos, lo que consecuentemente ha generado secuelas irreparables en su salud. En medio de la pandemia y ante la emergencia de seguridad de Buenaventura las parteras de ASOPARUPA se han desplazado de sus zonas.

DÉCIMO SEXTO. Que la Asociación Interétnica de Parteras y Parteros del Chocó-ASOREDIPAR, el departamento cuenta con 881 médicos tradicionales certificados, distribuidos a lo largo y ancho del territorio, principalmente y con mayor presencia en las subregiones del San Juan y del Atrato, realizan actividades, no remuneradas que aportan al logro de los objetivos de la dimensión “Maternidad segura y la salud sexual reproductiva” del Plan Decenal de Salud Pública y entre 2015 y 2020 han atendido un promedio de 446.4 partos por año. Por lo anterior y en concordancia con el comportamiento del evento COVID-19, específicamente en el municipio de Quibdó, hasta el 31 de enero de 2021 en la comuna seis (6) fue donde se registraron el mayor número de muertes por COVID-19 y, según datos de ASOREDIPAR, es donde se asientan la mayoría del personal sanitario comunitario de esta organización, no es comprensible por qué este personal no fue tenido en cuenta para desarrollar actividades de vigilancia epidemiológica comunitaria.

DÉCIMO SÉPTIMO. Sumado a lo anterior, en algunos de los territorios existen escenarios de riesgos asociados a las dinámicas del conflicto armado en Colombia, en donde este personal de salud comunitario está siendo amenazado y obligado a atender sin medidas de protección por grupos armados ilegales.

DECIMO OCTAVO. Adicionalmente, del total de fallecidos notificados en Quibdó, con corte al 31 de enero de 202, el 92.1% (94) contaba con afiliación a alguna Empresa Administradora de Planes de Beneficio-EPS, lo cual pone de manifiesto las limitaciones que estas instituciones privadas han tenido para desarrollar actividades de salud pública como respuesta a esta crisis, tal como lo son la vigilancia oportuna clínica y epidemiológica del evento. La inclusión de las parteras como médicos tradicionales, es decir de este talento humano en salud en sus equipos básicos, puede constituirse en un modelo de intervención intersectorial (proveedores de salud comunitarios-empresa privada- entes territoriales).

2. REQUISITOS DE PROCEDIBILIDAD

3.1. Subsidiariedad

El artículo 86 de la Constitución el artículo 5 del Decreto Ley 2591 de 1991 advierte que la tutela “*solo procederá cuando el afectado no disponga de otro medio de defensa judicial, salvo que aquella se utilice como mecanismo transitorio para evitar un perjuicio irremediable.*”

En términos concretos, la Corte Constitucional ha dicho que la acción de tutela es procedente en los siguientes supuestos: “*(i) cuando no existe otro mecanismo de defensa judicial que permita al accionante salvaguardar sus derechos; (ii) cuando existiendo otro mecanismo de defensa judicial, este resulta inidóneo o ineficaz para lograr la protección pretendida; o (iii) cuando existiendo otros mecanismos de defensa idóneos y efectivos, se está frente a la posibilidad de sufrir un perjuicio irremediable.*”¹

El presente caso se acoge a la causal de que si bien, se puede adelantar una acción popular entendida como una forma de hacer cesar la amenaza de un grupo, se está frente a un perjuicio irremediable que ya ha tenido implicaciones en las comunidades de parteras y para la comunidad afrodescendiente de los departamentos de Chocó y Valle del Cauca. El perjuicio irremediable según la jurisprudencia de la Corte Constitucional, en sentencia T-451 de 2010 se define como:

(...) un perjuicio irremediable se configura cuando el peligro que se cierne sobre el derecho fundamental es de tal magnitud que afecta con inminencia y de manera grave su subsistencia, requiriendo por tanto de medidas impostergables que lo neutralicen. Sobre las características jurídicas del perjuicio irremediable la Corte dice en su jurisprudencia lo siguiente:

“En primer lugar, el perjuicio debe ser inminente o próximo a suceder. Este exige un considerable grado de certeza y suficientes elementos fácticos que así lo demuestren, tomando en cuenta, además, la causa del daño. En segundo lugar, el perjuicio ha de ser grave, es decir, que suponga un detrimento sobre un bien altamente significativo para la persona (moral o material), pero que sea susceptible de determinación jurídica. En tercer lugar, deben requerirse medidas urgentes para superar el daño, entendidas éstas desde una doble perspectiva: como una respuesta adecuada frente a la inminencia del perjuicio, y como respuesta que armonice con las particularidades del caso. Por último, las medidas de protección deben ser impostergables, esto es, que respondan a criterios de oportunidad y eficiencia a fin de evitar la consumación de un daño antijurídico irreparable”.

¹ Corte Constitucional. Sentencia T-528 de 2015, M. P. María Victoria Calle Correa.

Los miembros de ASOPARUPA y ASOREDIPAR CHOCÓ en medio de la contingencia sanitaria por el COVID-19 se ven y se han visto expuestos a un perjuicio que pone en peligro su derecho a la salud, que se determina estrictamente con las posibilidades de subsistencia y condiciones de bioseguridad. Se ha amenazado su integridad física y la exposición desproporcionada al virus en un contexto con condiciones de vulnerabilidad preexistente que son agravados por las omisiones de las administraciones. Igualmente, han sido sometidos a condiciones de trabajo insalubres y poco seguras que pone en peligro su vida y su mínimo vital, lo que afecta individualmente bienes altamente significativos, como lo son la vida, la salud y la dignidad humana. Además, estas vulneraciones constantes de sus derechos humanos, pone en riesgo la existencia de prácticas culturales que han sido reconocidas como patrimonio, como es la partería, lo que representa la pérdida de la identidad étnica y cultural de los pueblos, por las pocas garantías y exclusiones a las que son sometidas las prácticas de la partería en las regiones.

La situación de las parteras y los parteros del Chocó y Valle del Cauca, está en un punto en que su propia existencia se ve amenazada, sobre todo para quienes han ejercido su labor como una actividad social y comunitaria que garantiza la vida de muchas mujeres, junto a la función de servir de actores de contingencia contra el COVID-19 en las comunidades donde el sistema de salud es insuficiente. Lo anterior, exige medidas urgentes que no se han tomado hasta ahora, para garantizar los derechos fundamentales y medir los impactos que el abandono estatal ha implicado para las comunidades. En ese sentido, el perjuicio irremediable es más que evidente cuando las condiciones socioeconómicas de los parteros y las parteras está marcada por la pobreza, por las pocas garantías de medidas de bioseguridad, la ausencia de pagos por su labor, que implica también la imposibilidad de suplir necesidades básicas que le permitan una vida digna. Sumado a verse en medio de un conflicto armado que azota a Buenaventura y genera desplazamientos de las parteras de ASOPARUPA, quienes se han visto amenazadas y confinadas.

Se está ante un daño de la salud físico y mental de las personas que han estado sometidas a estas condiciones y que aún siguen con las posibilidades a que se recrudezcan los efectos, si no se pone en funcionamiento las instituciones que deben velar por sus derechos de manera eficiente e impostergable. Teniendo en cuenta que junto a la marginalización y pobreza multidimensional a la que han sido sometidos quienes hacen parte de las practicas ancestrales, que además son la posibilidad de acceso a la salud de las comunidades, son paradójicamente los más afectados, reiterando el hecho de que las caracterizaciones de quienes interponen la acción de tutela está dada por en su mayoría mujeres de la tercera edad con preexistencias, población de por sí en riesgo. Aunado a lo anterior, la emergencia social que vive especialmente el municipio de Buenaventura en estos momentos, donde se encuentran mucha de las accionantes, no permite más que entender el requisito de subsidiariedad.

3.2. Inmediatez

A través de la jurisprudencia de la Corte Constitucional se ha establecido que, si bien la acción de tutela no tiene un término de caducidad, esta debe ser presentada en un plazo razonable pues lo que se pretende es la protección inmediata de los derechos amenazados. Se han desarrollado tres reglas del requisito de la inmediatez:

En primer término, la inmediatez es un principio orientado a la protección de la seguridad jurídica y los intereses de terceros, y no una regla o término de caducidad, posibilidad opuesta a la literalidad del artículo 86 de la Constitución. En segundo lugar, la satisfacción del requisito debe analizarse bajo el concepto de plazo razonable y en atención a las circunstancias de cada caso concreto. Finalmente, esa razonabilidad se relaciona con la finalidad de la acción, que supone a su vez la protección urgente e inmediata de un derecho constitucional fundamental.²

La interposición de la presente acción de tutela está dada en un termino más que razonable, pues las condiciones que vulneran los derechos fundamentales están latentes y lo que se busca precisamente es la protección inmediata de ellos, representando entonces que el ejercicio es pertinente, cumpliéndose el requisito de inmediatez.

3.3. Legitimación en la causa

Según el artículo 10 del Decreto Ley 2591 de 1991: *“La acción de tutela podrá ser ejercida, en todo momento y lugar, por cualquier persona vulnerada o amenazada en uno de sus derechos fundamentales, quien actuará por sí misma o a través de representante.”*

En sentencia T-176 de 2011, reitera que la jurisprudencia ha configurado la legitimación de la causa por activa en los siguientes casos: (i) cuando quien la presenta es la persona afectada directamente, en su propio nombre; (ii) cuando se ejerce mediante un representante legal del titular de los derechos; (iii) cuando se actúa como apoderado judicial del afectado; (iv) cuando se interpone a través de un agente oficioso; y por ultimo (v), cuando se hace a través del Defensor del pueblo, los personeros municipales y el Procurador General de la Nación, en ejercicio de sus obligaciones constitucionales y legales.

Para el caso concreto nos vemos en la situación de que quienes presenta la acción de tutela son las personas directamente afectadas, que además hacen parte de la comunidad afrodescendiente, en virtud de que se protege la identidad étnica y cultural de la población.

² Corte Constitucional. Sentencia SU-189 de 2012. M.P Gabriel Mendoza Martelo

En este sentido, la jurisprudencia ha dicho que para la legitimarse por activa en representación de comunidades étnicas, tanto los dirigentes como los miembros individuales de las colectividades tienen la potestad³. En este caso, los parteros y las parteras de las asociaciones de ASOPARUPA, ASOREDICAR CHOCO e ILEX Acción Jurídica son organizaciones conformadas por personas afrodescendientes legitimados para la protección de los derechos de la comunidad.

Debe señalarse que la Corte Constitucional ha reconocido que grupos de personas y organizaciones sociales pueden interponer acciones de tutela para velar por la garantía de sus derechos fundamentales y de los grupos cuyos derechos agencian. En dicho sentido, la sentencia T- 627 de 2012 señaló:

“[P]ara considerar satisfecho el requisito de legitimación por activa lo único que se necesita es verificar si las peticionarias son titulares de los derechos fundamentales presuntamente amenazados o vulnerados, como en efecto lo son. (...) En este orden de ideas, otras mujeres distintas a las accionantes también hubieran podido interponer el amparo que se estudia, pero ello no desestima la legitimación activa pues, se insiste, la clave es que las peticionarias son en efecto titulares de derechos.”

La legitimación por pasiva esta en manos de las autoridades quienes tienen los deberes constitucionales de proteger a las personas individualmente y las comunidades, especialmente a los sujetos de especial protección constitucional, como lo es la comunidad afrodescendiente. En ese sentido, el Ministerio de Salud está legitimado por pasiva, sustentado en que la ley 489 de 1998 en su artículo 59, le dio las funciones de:

(...)

3. Formular la política, dirigir, orientar, adoptar y evaluar la ejecución, planes, programas y proyectos del Gobierno Nacional en materia de salud, salud pública, riesgos profesionales, y de control de los riesgos provenientes de enfermedades comunes, ambientales, sanitarias y psicosociales, que afecten a las personas, grupos, familias o comunidades.

4. Formular, adoptar, coordinar la ejecución y evaluar estrategias de promoción de la salud y la calidad de vida, y de prevención y control de enfermedades transmisibles y de las enfermedades crónicas no transmisibles.

³ Corte Constitucional. Sentencia T-213 de 2016. M.P Jorge Pretelt Chaljub

6. Formular, adoptar y coordinar las acciones del Gobierno Nacional en materia de salud en situaciones de emergencia o desastres naturales.

(...)

24. Promover acciones para la divulgación del reconocimiento y goce de los derechos de las personas en materia de salud, promoción social, y en el cuidado, protección y mejoramiento de la calidad de vida.

25. Promover, de conformidad con los principios constitucionales, la participación de las organizaciones comunitarias, las entidades no gubernamentales, las instituciones asociativas, solidarias, mutuales y demás participantes en el desarrollo de las acciones de salud.

En medio de la emergencia sanitaria, social y económica del COVID-19, es el Ministerio quien debe velar por las comunidades, pues es en su cabeza que se pone la regulación y órdenes para proteger los derechos. Además, en materia general, es el articulador para que las políticas de salud realmente cumplan sus objetivos. Por contera, las omisiones del cuidado y reconocimiento de la partería ancestral y la labor de los parteros y las parteras, así como la protección de sus garantías en el ejercicio, está en el marco de sus obligaciones.

Junto al Ministerio, las secretarías departamentales de los departamentos del Choco y Valle del Cauca, también se encuentran legitimados por pasiva, toda vez que en el decreto departamental no. 1138 de 2016, para el departamento del Valle del Cauca, dispone dentro de sus obligaciones:

6. Garantizar la asesoría y asistencia técnica a los municipios y a los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud en las temáticas relacionadas.

7. Supervisar las fuentes y usos de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud mediante la administración del Fondo Seccional de Salud.

Igualmente, para el departamento del Choco, el decreto departamental 0133 de 2020, en la que determina las funciones del personal de planta, constituye que, este debe “*garantizar a la población el acceso a los servicios de atención de salud, el aseguramiento, así como la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, vigilancia en salud pública y el control de factores de riesgo dirigidos a la colectividad.*”

Asimismo, las anteriores instituciones están regidas por la ley 1751 de 2015, que regula el derecho fundamental a la salud, que dentro de sus principios está la interculturalidad, que se refiere al respeto por las diferencias existentes y el esfuerzo de que el sistema de salud evalúe

los mecanismos para integrar esas diferencias. De ahí que se reconozcan los saberes, prácticas y medios tradicionales, alternativos y complementarios para la recuperación de la salud en el sistema global. Paralelamente, se concibe la protección del derecho a la salud de los pueblos y comunidades indígenas, ROM y negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, como fundamental y de manera concertadas, respetando su costumbre se constituirá los modos de protección. En ese sentido, estas autoridades quedan legitimadas por pasiva en la acción presentada.

1. DERECHOS VULNERADOS

Los hechos señalados vulneran los derechos fundamentales establecidos en los artículos 7,8 13, 25, 48 y 49 de la constitución política, en razón de que existe una afectación a: el derecho a la identidad étnica y cultural, por cuanto, las omisiones de las obligaciones de las autoridades aludidas pone en riesgo la subsistencia de prácticas ancestrales que definen la identidad de las comunidades del pacífico colombiano y afectan a actores fundamentales en la construcción del tejido social de los pueblos. Vulnera el derecho a la igualdad y no discriminación, al Ministerio de salud no reconocer a las parteras y parteros como personal de talento humano de salud, cuando sí lo hace con otros sujetos que tienen igual importancia, realizando exclusiones sin justificaciones y desconociendo las labores vitales de nosotras como parteras de la propagación del COVID-19. También, existe una afectación al derecho al trabajo en condiciones dignas, justas y seguras, ante la exclusión y la omisión de las entidades departamentales al no suplir condiciones de bioseguridad para el ejercicio de nuestras actividades, al igual que no realiza acompañamientos para garantizar la subsistencia, toda vez que no existe ningún tipo de reconocimiento económico, afectando nuestro mínimo vital. Añadiendo los procesos de desplazamiento de las que estamos siendo víctimas y en la que tampoco se han dado garantías. Por último, se afecta el derecho a la salud, porque las inexistentes condiciones de seguridad, pocas acciones de control sanitario de las autoridades, expone de sobremanera e injustificadamente los contagios en las poblaciones, poniendo en riesgo la vida y la salud física y mental.

1.1 Derecho a la identidad étnica y cultural

El derecho fundamental a la diversidad étnica y cultural está fundado en la constitución política colombiana desde los artículos 7 y 8. El primero establece que “el Estado reconoce y protege la diversidad cultural de la nación colombiana”, mientras que el segundo nos dice que en ese sentido, es deber del Estado y de las personas proteger las riquezas culturales de

la nación. De ello se colige la importancia de reconocer y velar por la supervivencia de manifestaciones y prácticas culturales de las comunidades étnicas.

Además, Colombia, ratificó el artículo 169⁴ de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), que exige la salvaguarda de las comunidades indígenas y tribales, para su subsistencia como grupo diferenciado. Tal como ha comprendido la jurisprudencia⁵, este convenio tiene los propósitos de:

(i) lograr las aspiraciones de los pueblos indígenas y tribales a asumir el control de sus propias instituciones y formas de vida y de su desarrollo económico y a mantener y fortalecer sus identidades, lenguas y religiones, dentro del marco de los Estados en que viven; y (ii) superar esquemas predominantes en muchas partes del mundo, en que dichos pueblos no pueden gozar de los derechos humanos fundamentales en el mismo grado que el resto de la población de los Estados en que viven y que sus leyes, valores, costumbres y perspectivas han sufrido a menudo una erosión.

La identidad cultural, es el conjunto de rasgos característicos de un grupo que se relaciona con su forma de vida, sus tradiciones y creencias en todos los ámbitos que la componen, y que generan un sentido de pertenencia entre sus integrantes⁶, permitiendo que las prácticas persistan de generación en generación. Añadiendo, el hecho de que esta identidad cultural, está compuesta por prácticas simbólicas, como lo dice Stuart Hall, que nacen del pensamiento de la ancestralidad, las cuales simbólicamente sostienen un significado y a través de la praxis pueden perpetuarse⁷. Esto se fundamenta en la intención del Estado Colombiano por garantizar el pluralismo, la libertad y la dignidad de las comunidades; de ahí su deber de protegerlo, porque el sostenimiento de las comunidades es al mismo tiempo y en su justa proporción, los derechos sociales, económicos y culturales. En ese sentido, la protección de la identidad cultural de las comunidades trasciende al ejercicio de la supervivencia, que, junto al derecho a la vida, es un principio axiológico del Estado Social de Derecho. El derecho a la diversidad étnica y cultural responde entonces, a que ellas puedan ejercer sus derechos fundamentales de acuerdo con su forma de ver el mundo o cosmovisión.

Junto a lo anterior, las comunidades afrodescendientes son acreedoras de que el Estado vele por la supervivencia de sus prácticas que determinan la identidad cultural, desde su reconocimiento constitucional en el artículo 55 transitorio de la Carta Nacional y la ley 70 de

⁴ Organización Internacional del Trabajo (OIT), Convenio (N. 169) sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes, 27 Junio 1989, C169, Ver en: <https://www.refworld.org/es/docid/50ab8efa2.html>

⁵ Corte Constitucional. Sentencia T-485 de 2015.M.P Miriam Avila Roldan

⁶ Corte Constitucional. Sentencia T-357 de 2018. M.P Cristina Pardo Schlesinger

⁷ Samboni, O. (2014) Una mirada a la partería ancestral afro como practica simbólica y biopolítica en Colombia. Universidad San Buenaventura.

1993, sustentado también en los distintos desarrollos legales y jurisprudenciales. La Corte Constitucional en sentencia T-823 de 2012 ha dicho que:

“las comunidades afrocolombianas son un grupo culturalmente diferenciado titular de derechos grupales especiales y que puede clasificarse como “pueblo tribal” para efectos de la aplicación del Convenio. La Corte ha rechazado que criterios raciales, espaciales –ubicación geográfica- o jurídico formales –existencia de una organización legalmente reconocida- sean criterios determinantes de la existencia de las comunidades negras como grupo étnico diferenciado. Para la Corporación, siguiendo el Convenio 169 de la OIT, los factores que ayudan en mayor medida a la identificación de “los pueblos tribales” –como las comunidades negras- son, en primer lugar, uno objetivo relacionado con la existencia de rasgos culturales y sociales compartidos por los miembros del grupo y que lo diferencian de los demás sectores sociales; y uno subjetivo que hace referencia a la existencia de una identidad grupal que lleva a sus integrantes a asumirse como miembros de la colectividad“.

En ese sentido, para el caso concreto es importante reconocer que la partería es un elemento esencial de la identidad étnico cultural de la población afrodescendiente, reconocida en la resolución 1077 de 2017 *“por la cual se incluye la manifestación “saberes asociados a la partería afro del pacífico” en la lista representativa de patrimonio cultural inmaterial del ámbito nacional, y se aprueba su plan especial de salvaguarda.”* El Ministerio de Cultura afirma que los saberes asociados a la partería conforman un sistema de conocimientos y técnicas sobre el cuidado del cuerpo y el uso de las plantas, donde los parteros y parteras, entienden no solo el ciclo reproductivo de las mujeres, sino que tratan enfermedades de la comunidad general.

La partería se remonta a la trata esclavista, en la que especialmente las mujeres de origen africano trajeron consigo los conocimientos ancestrales y prácticas culturales sobre el parto y la salud reproductiva. Esto se fue asentando especialmente en el pacífico colombiano, siendo los departamentos como Chocó y Valle del Cauca, sus principales representantes, donde las prácticas han persistido hasta nuestros días, en un proceso continuo de adaptación y diálogo con las comunidades.

Las comunidades afrodescendientes del pacífico han reconocido a las parteras como médicas tradicionales, que conservan los vínculos de territorio con las personas, porque no solo se habla de un conocimiento práctico de las plantas, también es un entramado de la tradición oral, la observación, el acompañamiento, el aprendizaje empírico y un intercambio de saberes entre pares. En este contexto, la partería, como la mayoría de las tradiciones, está basada en la oralidad y espacios propios de enseñanza en la que se vinculan las personas llamadas a ejercer una labor con una significativa carga social.

La ancestralidad y la espiritualidad es otra de las grandes características de la partería, en la multiplicidad de creencias que se pueden encontrar, existe una convergencia entre las figuras religiosas, la naturaleza y el territorio en general, que se acompaña con rezos, oraciones y alabanzas. De ahí, que esto cobre una dimensión nueva en los procesos internos de las comunidades, porque afianza su identidad y la conexión con sus ancestros. Cuando las parteras interactúan con todos estos elementos, también reafirman la medicina tradicional y el conocimiento que tienen sobre el entorno, lo que ha permitido que incluso pese a los procesos de desplazamiento por la violencia en estas zonas, persista el cultivo en espacios domésticos como las casas o azoteas de las parteras y sus practicantes, lo que también se ha convertido en un ejercicio de resistencia. Liceth Quiñones, había expresado en una oportunidad: *“La partera aporta identidad cultural y territorial en las comunidades. Simboliza y refuerza esos diálogos ancestrales en relación con el autocuidado y el cuidado mutuo del cuerpo”*⁸

Otro punto importante al que debe hacer alusión para entender cómo esta ha construido la identidad afro, viene de la relación que edifican las parteras con las madres y sus hijos, y el ejercicio de libertad con el que este se practica. El plan Especial de Salvaguarda, construido por algunas de las accionantes, enseña de una manera muy amplia, los significados que están detrás de la partería y como su ejercicio constante está basado en la libertad, el respeto por el cuerpo y los deseos de la mujer. El nacimiento y el cuidado del embarazo es una forma de garantizar que los seres humanos al salir de su madre, se conecte con su otra madre, la tierra, *mirando al territorio como el ombligo de la vida, el lugar donde las comunidades negras del Pacífico establecemos una estrecha relación con nuestro origen y las características de los diferentes ecosistemas que la conforman, tales como la selva humedad tropical, los manglares, el mar y el piedemonte*⁹. Además, ofrecerle la vida y el cuidado a una partera, es un ejercicio de confianza colectivo, que, al contar con las familias, el recién nacido y la madre, construye los lazos de solidaridad, en la que todos participan y se abre a nuevas relaciones.

Yazmin Giraldo y Janny López, en su tesis *“La partería tradicional afro del pacífico colombiano como patrimonio cultural y la importancia de sus prácticas en la comunicación.”*¹⁰, son muy concretas al definir la importancia de la partería en Buenaventura y en el pacífico, explicando lo siguiente:

⁸ Agudelo, A. (2020) Las parteras y su lucha por no desaparecer. Semana Rural. 19 de noviembre de 2020. Ver en: <https://semanarural.com/web/articulo/las-parteras-y-su-lucha-por-no-desaparecer/1683>

⁹ Giraldo, Y. & Lopez, J. (2019) La partería tradicional afro del pacífico colombiano como patrimonio cultural y la importancia de sus prácticas en la comunicación. Universidad Autónoma de Occidente.

¹⁰ Ibidem.

El ejercicio de la partería en Buenaventura y el pacífico colombiano presenta una larga tradición en medio de la aceptación social y las dificultades de legitimación de parte de la institucionalidad. Pese a lo anterior, hay aspectos vitales tales como un alto grado de elementos identitarios de tipo sociocultural, de modo que en las prácticas de las parteras existe una conjunción indisoluble entre las trayectorias vitales de las comunidades en las cuales estas fueron socializadas, a partir de las cuales han construido una serie de simbolismos que articula lo humano con lo divino, lo natural y lo habitual mediante las prácticas de la partería como tal, en la que confluyen los conocimientos adquiridos por cada una de ellas de sus ancestros y las bondades de la flora y fauna de Buenaventura y el pacífico colombiano.

Por otro lado, la partería tradicional afro se considera una práctica simbólica dentro de la cultura del pacífico colombiano, la cual permite establecer lazos discursivos con una biopolítica que está inmersa en aspectos cosmogónicos e históricos del ser afro.

La práctica de la partería es un elemento esencial de la identidad afro, especialmente del pacífico colombiano, por ello es por lo que su supervivencia está intrínsecamente ligado al derecho a la identidad y diversidad cultural. La práctica, los conocimientos que representa y la figura de las parteras como actor social para la unidad de las comunidades, no obstante, están en riesgo debido a las omisiones del Estado, vulnerando derechos fundamentales.

El hecho de que las poblaciones hayan sido sometidas al abandono y a la exposición de la integridad de las prácticas sin la importancia cultural que tiene esto en medio de condiciones de aislamiento, sin las garantías para poder ejercerlo, representa el resquebrajamiento de la estructura social de los territorios del Chocó y Valle del Cauca. Cuando no se han brindado las condiciones para que exista la conversación, el intercambio de saberes, la importancia de la medicina tradicional como forma de contingencia emocional y médica, se han generado impactos latentes en las asociaciones que individual y conjuntamente expresamos los saberes que son intercambiados desde la tradición oral y la importancia de nosotras como parteras. Si no se cumplen con los deberes del Estado, las consecuencias se hacen manifiestas, lo que no hace viable la continuación de las prácticas culturales del pacífico colombiano.

En medio del contexto de la pandemia, las dificultades para transportarse, las medidas administrativas que no toman en cuenta el reconocimiento de las/os parteras/os como actoras/es de salud y ninguna contraprestación económica, junto a las pocas garantías de seguridad en medio de un contexto que es azotado por la violencia, ha menguado paulatinamente el ejercicio de la partería, desconociendo los principios constitucionales, el convenio 169 y el objetivo del Ministerio de Cultura, que supone, debe salvaguardar los saberes asociados a la partería afro como forma de garantizar su continuidad, poniendo claramente en peligro la identidad étnica y cultural de la población afrodescendiente.

1.2 Derecho a la igualdad y no discriminación

Desde la declaración universal de los derechos humanos, su artículo 1, establece que “*Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros.*” Y el artículo 13 constitucional en el mismo sentido expresa: “*Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica.(...)*”. El derecho a la igualdad rechaza todo trato excluyente o diferenciador que no esté debidamente justificado. La discriminación por lo tanto es un acto arbitrario que perjudica a una persona o a un grupo de personas, que tal como ha definido la Corte:

El acto discriminatorio es la conducta, actitud o trato que pretende - consciente o inconscientemente - anular, dominar o ignorar a una persona o grupo de personas, con frecuencia apelando a preconcepciones o prejuicios sociales o personales, y que trae como resultado la violación de sus derechos fundamentales, también dijo que Constituye un acto discriminatorio, el trato desigual e injustificado que, por lo común, se presenta en el lenguaje de las normas o en las prácticas institucionales o sociales, de forma generalizada, hasta confundirse con la institucionalidad misma, o con el modo de vida de la comunidad, siendo contrario a los valores constitucionales de la dignidad humana y la igualdad, por imponer una carga, no exigible jurídica ni moralmente, a la persona.¹¹

En este caso, existe una diferencia marcada entre lo que llamaremos, medicina “convencional” que es la que funciona en hospitales, consultorios de medicina occidental, y la medicina tradicional, especialmente las prácticas de las parteras, quienes no han sido reconocidas como parte del personal médico. Desconociendo que, la OIT en 2007, había alentado a los Estados para que definiera a las parteras como grupo profesional primario en la prestación de servicios de partería y la Organización Mundial de la Salud ha definido que las parteras tradicionales son mujeres (generalmente) que asisten en el parto y que también tiene en su conocimiento atender otros cuidados básicos de atención primaria de salud, inclusive la identificación de enfermedades y envío de pacientes cuando se encuentran en estado de riesgo. En consecuencia, de lo anterior, el artículo 20 de la ley 1164 de 2007 estipulo que *en ejercicio de los artículos 7 y 8 de la constitución, se garantizará el respeto de las culturas medicas tradicionales propias de los diversos grupos étnicos, las cuales solo podrán ser practicadas por quienes sean reconocidos en cada una de sus culturas de acuerdo a sus propios mecanismos de relacionamiento social.* Es decir, se incluyó el reconocimiento

¹¹ Corte Constitucional. Sentencia T-098 de 1994. M.P Eduardo Cifuentes Muñoz

de las prácticas tradicionales como parte del servicio de salud, que bajo vigilancia tendrá la misma categoría que los servicios médicos generales. Además, la ley 1438 de 2011 en su artículo 13, que contiene la implementación de la atención primaria en salud, cuenta como uno de sus elementos, la interculturalidad, que contiene los elementos de prácticas tradicionales, alternativas y complementarias para la atención.

No obstante, a este reconocimiento nacional e internacional, en medio de la pandemia se ha marcado una diferenciación sin justificación, excluyendo a las parteras, desconociendo garantías laborales, condiciones de bioseguridad y el reconocimiento de que ellas también están en un nivel de exposición de primer nivel. Esto último ha sido sustentado en instancias internacionales como lo hizo el Fondo de población de las Naciones Unidas¹², que, en un informe técnico, en medio de la pandemia, declaró que:

*Las mujeres representan el setenta por ciento del personal de servicio social y salud en el mundo. **Las parteras, las enfermeras y el personal de salud comunitario se encuentran en la primera línea de esfuerzos para combatir y contener los brotes de las enfermedades y requieren de equipo de protección personal** (negrilla y subrayado propio). El embarazo y el parto seguros dependen de contar con números suficientes de personal de atención de salud calificado, en particular parteras, y de instalaciones adecuadas para poder ofrecer atención esencial y la emergencia de calidad las 24 horas los 7 días de la semana.*

De la misma manera, la Confederación Internacional¹³ de parteras ha dicho que:

Las parteras son fundamentales para la salud y la protección de las mujeres y los recién nacidos durante el embarazo, el parto y en los primeros días y meses críticos una vez que nace un bebé. Las parteras también desempeñan un papel importante en el acceso de las mujeres a los servicios de anticoncepción y otros servicios de salud reproductiva. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que el 83% de todas las muertes maternas, mortinato y muertes de recién nacidos podrían evitarse con el paquete completo de atención obstétrica. Sin embargo, en la batalla por gestionar COVID-19, los servicios esenciales de salud materna y neonatal han perdido prioridad en algunos países. La Confederación Internacional de Parteras (ICM) ha escuchado a sus Asociaciones Miembros en todas las regiones, y las cuentas de las parteras que trabajan en el frente durante esta pandemia son desgarradoras (...)

¹² UNFPA (2020) COVID-19: Un enfoque de género. Proteger la salud y los derechos sexuales y reproductivos y promover la igualdad de género. Ver en: <https://www.unfpa.org/es/resources/covid-19-un-enfoque-de-g%C3%A9nero>

¹³ International Confederation of Midwives. (2020) Protecting Midwives to sustain care for women, newborns and their families in the COVID-19 pandemic. Ver: <https://www.unfpa.org/es/node/24328>

Las parteras, tanto del Valle del Cauca, especialmente de Buenaventura, como del Chocó, tienen niveles de exposición comparables a los médicos de primera línea, agravados porque no se nos ha dado condiciones de bioseguridad. Este personal sanitario comunitario es quien atiende los casos de nacimientos en nuestras poblaciones, porque muchas de las mujeres tienen miedo a acudir a hospitales por el posible contagio al COVID-19 o no tienen las condiciones para llegar a los centros médicos por las condiciones de la infraestructura de las carreteras o el insuficiente sistema de salud de las zonas. Además, hemos sido la representación de la salud en las veredas y municipios alejados, que a través de la medicina tradicional han encontrado otras formas de combatir los síntomas del virus. Se ha llegado a la situación, en que al ser portadoras de este conocimiento, somos obligadas a prestar nuestros servicios, aunque algunas de nosotras ya rondan los 80 años.

Empero, esto no ha sido suficiente para ser tenidas en cuenta. Ni antes, ni ahora, aunque la OMS¹⁴ diga que los sistemas informales de la atención perinatal (incluyendo las parteras tradicionales) deben coexistir con el sistema oficial, y el propio ordenamiento jurídico Colombiano haya reconocido estos sistemas tradicionales de salud como legítimos, las regulaciones expedidas en medio de la pandemia y las medidas concretas de las administraciones han sido excluyentes, vulnerando los derechos de la igualdad y no discriminación. Como una muestra de ello son las resoluciones y decretos expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, que no han tenido en cuenta a las parteras, dejándolas en una inseguridad sobre las garantías de sus derechos. Por ejemplo, el Decreto Legislativo no. 538 de 2020, que da la autorización transitorios para la prestación de servicios de salud, que permite que se presten servicios en modalidad o complejidades diferentes a las habilitadas e incluso se da paso a que se presten otros servicios de salud no habilitados, no menciona en ningún punto a la medicina tradicional, como tampoco lo hace en el llamado al talento humano para la prestación de servicios de salud.

En la misma línea de exclusión, se manifiesta la resolución 1172 de 2020, que define los términos y condiciones del reporte de información del talento humano que presta sus servicios a pacientes, en el que en su artículo 8, da la definición del reconocimiento temporal para el talento humano de salud durante el coronavirus, tampoco hace referencia a las parteras como talento humano de salud. En la misma situación cae la resolución 1774 de 2020 que define los perfiles ocupacionales para el reconocimiento económico por una única vez en favor del talento humano.

¹⁴ OMS. 2010. “Herramientas para el fortalecimiento de la partería profesional: lineamientos para tomadores de decisiones y planificadores para fortalecer la regulación, acreditación y educación de las parteras tradicionales.” CLAP/SMR.

Como punto a añadir, y que es esencial para seguir demostrando la discriminación a la que estamos siendo sometidas, es resaltar que el Decreto del Plan Nacional de Vacunación, Decreto 109 de 2021, que en su artículo 7, frente a la priorización de la población objeto, fases y etapas para la vacunación contra el COVID-19 y objetivos de cada fase, si bien establece en la etapa 2 de la fase 1 (inciso 7.1.2.5) se encuentran las parteras y médicos tradicionales, desconoce que las parteras tal como se mencionan en los criterios de la etapa 1, tenemos contacto directo con la población contagiada que se encuentra en condiciones extramurales.

Desde lo anterior, se les está vulnerando el derecho a la igualdad y no discriminación, toda vez que no se nos reconoce el mismo estatus que el talento humano de salud y como consecuencia no se nos están dando las mismas garantías a nivel prestacional y garantías de bioseguridad teniendo en cuenta nuestro nivel de exposición y las condiciones específicas de los territorios de los que hacemos parte. En ese sentido, tanto la normatividad del Ministerio del interior, como las medidas administrativas de las secretarías de salud departamentales, que han estado ausentes de cualquier gestión, como se ha expuesto en los hechos, han omitido los riesgos y han hecho diferenciaciones injustificadas, lo que resulta discriminatorio y vulnerador de nuestros derechos fundamentales.

1.3 Derecho al trabajo y mínimo vital

El Derecho al trabajo, está garantizado en el ordenamiento constitucional, desde el artículo 25 que dispone: *El trabajo es un derecho y una obligación social y goza, en todas sus modalidades, de la especial protección del Estado. Toda persona tiene derecho a un trabajo en condiciones dignas y justas.* De la misma manera, el artículo 6 de la Declaración de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, define el trabajo como un derecho esencial para la realización de otros derechos y que es una parte inseparable e inherente de la dignidad humana, es por ello por lo que a toda persona debe garantizársele las garantías que le permitan a través de su trabajo alcanzar un nivel de vida adecuado. *El derecho al trabajo sirve, al mismo tiempo, a la supervivencia del individuo y de su familia y contribuye también, en tanto que el trabajo es libremente escogido o aceptado, a su plena realización y a su reconocimiento en el seno de la comunidad*¹⁵.

Para la Corte Constitucional¹⁶, el derecho al trabajo es uno de los pilares de la organización política colombiana, por ello, es reconocido como un derecho fundamental en la que las personas deben desempeñarse en condiciones **justas y dignas**. En ese sentido, garantizar

¹⁵ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General No 18, el Derecho al Trabajo, aprobada el 24 de noviembre. Ginebra, Naciones Unidas, 2005. Disponible en: http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E%2fC.12%2fGC%-2f18&Lang=en

¹⁶ Corte Constitucional. Sentencia T-611 de 2001. M.P Jaime Cordoba Triviño

buenas condiciones laborales es de vital importancia para el respeto de la condición humana. Además, la ley estatutaria 1751 de 2015, en su artículo 18, establece que se debe respetar la dignidad de los profesionales y trabajadores de salud – en la que nos incluimos-. También dice que se darán condiciones laborales justas y dignas, con estabilidad y facilidades para incrementar sus conocimientos.

Ahora bien, en medio de la contingencia del COVID-19, la garantía del derecho al trabajo ha cobrado nueva relevancia, especialmente para el personal de salud, incluyendo a las parteras tradicionales, quienes en ejercicio de sus labores se exponen constantemente al virus. No obstante, el derecho al trabajo en condiciones dignas no está garantizado, debido a que no se han establecido medidas para la protección en términos de bioseguridad para atender a las comunidades, tampoco se ha dado un plan en el que se garantice la subsistencia a partir de nuestro trabajo, que, si bien tiene una base cultural y social, no elimina el hecho de que se ha visto afectada nuestra subsistencia y garantías esenciales, en medio de nuestro ejercicio en la pandemia. Omitiendo que la Confederación Internacional de Parteras ha solicitado:

Es crucial que los gobiernos, las instituciones de salud, los donantes, las ONG y la comunidad mundial de la salud se unan y se aseguren de que los servicios de partería esenciales y basados en la evidencia se mantengan hasta donde sea posible a través de esta emergencia sanitaria global. Si no protegemos los servicios dirigidos por mujeres de mediana edad, existe un alto riesgo de que los resultados de la salud materna sean deficientes y de que las parteras sufran daños evitables por la transmisión de COVID-19.

Las parteras y parteros como médicos tradicionales han visto menguados sus ingresos, en donde no se le ha dado algún tipo de subsidio o contraprestación por la labor que están cumpliendo. Además, no tienen apoyo para los elementos de bioseguridad, igualmente se ven expuestas a que la comunidad se acerque a ellas sin las medidas de protección y en ocasiones se han visto obligadas a atender a las personas que hace parte del conflicto armado, lo que las pone en un estado de inseguridad latente en todas las dimensiones¹⁷.

Las parteras, quienes trabajan incansablemente han tenido que soportar las cargas de un sistema que, tanto en el departamento del Chocó, como en el Valle del Cauca, especialmente en Buenaventura, se caracteriza por su acceso limitado y donde las comunidades étnicas no están acostumbrados a tener contacto con el sistema de salud por las condiciones geográficas y culturales. En las comunidades que están alejadas de las cabeceras municipales o que no cuentan con condiciones materiales, las mujeres siguen quedando embarazadas, lo que

¹⁷ Quintero, K. (2020) La partería en época de COVID-19. El Espectador. 5 de junio de 2020. Ver : <https://www.elespectador.com/noticias/nacional/parteria-durante-el-covid-19/>

implica que están en la primera línea, arriesgando la vida para salvar la de mujeres y recién nacidos.

Lo anterior refleja, que se están vulnerando y poniendo en riesgo la vida, desde las pocas o inexistentes garantías, el derecho al trabajo en condiciones dignas y justas, pues como ya hemos dicho, la exclusión y la poca capacidad del sistema de salud, nos somete a condiciones que no son garantes de los derechos humanos.

En ese sentido, tanto el Ministerio de Salud, quién nos excluyó en el decreto legislativo no. 538 de 2020 y consecuentemente del reconocimiento económico con la resolución 1182 de 2020 y que en las informaciones presentadas en la respuesta que dio el Ministerio, declaró que no había giros de recursos específicos a atender a las parteras, así como las omisiones de las administraciones locales, impiden que contemos con recursos suficientes para sostenernos a nosotras y nuestras familias. Sumado a que la mayoría de las parteras son personas mayores, lo que hace aún más difícil tratar de conseguir un sustento en medio de la pandemia sobre todo cuando suplen una tarea fundamental, como lo es estar en la primera línea de las comunidades retiradas.

Lo anterior también representa que estas omisiones, especialmente en orden territorial, desde las funciones que debe cumplir las secretarías departamentales, afecten actividades básicas como la alimentación. Si bien, dentro de sus asociaciones han hecho el mayor esfuerzo posible por tratar de brindar ayuda a las parteras mayores, que no pueden salir en ninguna circunstancia, esto no ha sido suficiente, vulnerando la dignidad y la autonomía alimentaria a la que tienen derecho.

1.4 Derecho a la salud

El derecho a la salud es un derecho humano fundamental, ya consolidado por la Declaración de Derechos Económicos Sociales y Culturales, como esencial para el ejercicio de los demás derechos humanos. Como establece la Observación General No. 14, en referencia al artículo 12 de la Declaración: *Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente*. De manera amplia, la Declaración Universal de los Derechos Humanos en su artículo 25 también dispone que: *"toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios"*. La salud está inmersa en todas las dimensiones del ser humano, por eso la Organización Mundial de la Salud, la ha entendido a un estado completo de bienestar que incluye la condición física y mental de las personas, no es solamente la ausencia de enfermedades o afecciones.

El ordenamiento jurídico Colombiano, específicamente la constitución, define el derecho a la salud de la siguiente manera en su artículo 48: “*es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad en los términos que establezca la ley*”, y lo complementa con el artículo 49, donde señala que la salud es un servicio a cargo del Estado, quien garantizará que todas las personas tengan acceso para su protección y recuperación. En ese sentido, la Ley 1751 de 2016, menciona que el servicio de salud se debe guiar por la universalidad, equidad, continuidad, oportunidad, progresividad, integralidad, sostenibilidad, interculturalidad y la protección de grupos poblacionales específicos, dentro de ellos, la población afrodescendiente a la que pertenecemos.

De lo anterior, la jurisprudencia colige que la salud tiene dos dimensiones, uno como derecho fundamental y otro como servicio. En sentencia T-228 de 2020 ha dispuesto la interpretación en la primera dimensión:

(...) en ley estatutaria el legislador le atribuyó a la salud el carácter de derecho fundamental autónomo e irrenunciable. De igual manera, estableció un precepto general de cobertura al indicar que su acceso debe ser oportuno, eficaz, de calidad y en condiciones de igualdad a todos los servicios, establecimientos y bienes que se requieran para garantizarlo, el cual se cumple mediante la instauración del denominado Sistema de Salud.

La salud debe estar enfocada en la integralidad, desde la efectiva prestación del servicio, lo que implica que se puedan brindar las condiciones de promoción, prevención, diagnóstico y todo lo necesario para alcanzar el nivel más alto posible y que las personas padezcan el menor sufrimiento. Por ello, todas las personas tienen el derecho a que se garantice su integridad física y mental en todas las facetas.

Además, en el convenio 169 de la OIT, en su parte V, dice en términos específicos de las comunidades étnicas, que, los sistemas de seguridad social y salud deben extenderse progresivamente a los pueblos interesados y aplicárselos sin discriminación alguna. Junto a ello, es deber del Estado que pongan en disposición los servicios de salud adecuados o proporcionar en los pueblos las formas para organizar y que ellos puedan prestar sus servicios bajo su responsabilidad y control, a fin de garantizar el derecho a la salud. Los gobiernos deben escuchar a las comunidades y tener en cuenta las condiciones geográficas, económicas y sus prácticas curativas.

Sin embargo, las comunidades afrocolombianas han sido sometidas a la vulneración de su derecho a la salud, que se ve expuesto en medio de la pandemia. Los territorios del Chocó y Valle del Cauca, especialmente de Buenaventura, se caracterizan por una crisis generalizada

en su sistema de salud, lo que impide la prestación dentro de la institucionalidad. En el Chocó, solo poder acceder a servicios públicos se encuentra por debajo del promedio nacional. Una condición básica como el derecho al agua, que también es un derecho ligado a la salud, no se garantiza, por lo que suplir el saneamiento pone en riesgo a todas las personas. En términos concretos de prestación de salud, la discriminación estructural ha sido el reflejo de la situación del sistema, al tener una atención precaria, en la que no existe un seguimiento oportuno de las entidades prestadoras de salud, la insuficiencia de personal médico¹⁸ y la crisis financiera que tienen los hospitales, especialmente el hospital San Francisco de Asís, a la que la Corte le ha concentrado un seguimiento especial. Según el Informe técnico “Capacidad de respuesta en salud del departamento de salud del departamento del Chocó frente al COVID-19 y recomendaciones prácticas” de la Universidad Tecnológica del Chocó, las principales IPS del departamento, reportaron que no tienen insumos básicos suficientes para atender la emergencia.

El Pacífico, centrándonos en Buenaventura, donde trabajan las parteras de ASOPARUPA, tampoco dista de esta realidad. Buenaventura no cuenta con acceso a la salud suficiente, sumada a que muchas de las veredas están muy alejadas del casco urbano, que se caracterizan por poca o nula presencia de la institucionalidad y en la que las parteras, los médicos ancestrales pasan a brindar y actuar como agentes para garantizar el derecho. Tanto el hospital distrital como la clínica privada están colapsados. El primero, tiene una deuda financiera enorme, cuenta con muy pocas camas y al momento de empezar la pandemia, no contaba con Unidades de Cuidados Intensivos; mientras el segundo, presenta quejas en la atención de salud, instalaciones insuficientes para la cantidad de pacientes y poca infraestructura¹⁹.

Ahora bien, en medio de la emergencia por COVID-19, garantizar el derecho a la salud se convirtió en prioridad nacional, porque todos vieron expuestos su integridad física y mental, de la que aún no hay seguridad de preservar. Sin embargo, esto no tiene las mismas implicaciones ni para todos los territorios, ni para todas las personas, especialmente para las poblaciones afrocolombianas quienes se encuentran en las zonas con menos capacidad en su sistema de salud para atender esta contingencia, lo que se puso en evidencia y que afectó desproporcionadamente a la comunidad, y especialmente a nosotras, que pese a ser parte del

¹⁸ El departamento del Chocó tiene el menos número de profesionales en cualquier área de la salud.

¹⁹ CODHES. (2020) Situación de las víctimas en Buenaventura en Crisis de Coronavirus

Documento realizado por Oficina Buenaventura CODHES. Ver:

<https://codhes.files.wordpress.com/2020/04/situacion-3b3n-de-las-victimas-en-buenaventura-en-crisis-de-coronavirus-3.04.20.pdf>

Huffington, D. (2020) Los desafíos de Buenaventura frente al COVID-19. PARES. Ver :

<https://pares.com.co/2020/03/28/los-desafios-de-buenaventura-frente-al-covid-19/>

talento humano de salud, la exposición que enfrentamos, hemos visto afectada nuestro derecho fundamental.

Ya de por sí, el derecho a la salud es vulnerado prima facie por el sistema que tiene que cubrir nuestras necesidades. A eso se le suma el hecho de que quienes garantizan esta función en los territorios, no cuentan con los elementos de protección suficientes lo que es una vulneración fehaciente a los derechos constitucionales e internacionales constituidos. La ausencia de medidas nacionales y departamentales para poder articular las campañas de prevención y protección de las parteras ya ha cobrado la vida de siete (7) parteras de la red ASOPARUPA, quienes, además, como lo hemos resaltado múltiples veces, también hacen parte de los grupos de riesgo, no solo por ser parte del personal que está en la contingencia del virus, también por la edad de la mayoría. Consecuentemente, con esto también se vulnera el derecho a la salud de las comunidades afrocolombianas, quienes al solo contar con la medicina tradicional ven menguado la capacidad de atender sus enfermedades, generando impactos en los índices de mortalidad materno-infantil, las complicaciones en el embarazo, la atención primaria de salud de los pueblos. En ese mismo sentido, la falta de protección sanitaria y la inexistencia de insumos para atender a las personas, expone a las familias, impactando negativamente nuestros entornos.

Sumado a lo anterior, el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 fue validado por los ciudadanos y ciudadanas como la expresión concreta de la política de Estado que reconoce la salud como un derecho interdependiente y una dimensión central del desarrollo humano, específicamente desde su enfoque diferencial “El derecho a la salud es inherente a la persona, es irrevocable, inalienable e irrenunciable, es igualitario y universal para todos los seres humanos, es atemporal e independiente de los contextos sociales e históricos, por lo cual es un tema de la ética de la función pública, la ética del autocuidado y la equidad” y desde el enfoque étnico que busca “desarrollar de un conjunto de estrategias y acciones en salud incluyentes, que acogen, reconocen, respetan y protegen la diversidad, formuladas desde las particularidades sociales, culturales, religiosas, de género y de etnia, etc. Distingue entre las diversidades propias de sujetos y colectivos titulares de derecho y las desigualdades injustas y evitables que generan inequidades”

Las estrategias de vigilancia epidemiológica con base comunitaria²⁰ como CBPR - “Comunista Base Participatory Research” implementada en EE.UU.; con enfoque de acción-

²⁰ La **Vigilancia en Salud Pública Comunitaria** (VSPC) promueve en la comunidad la identificación y notificación de problemáticas colectivas (PCO) que afectan la salud y calidad de vida, para su posterior análisis y gestión de la respuesta. Esta orientada a la identificación, análisis y divulgación de conocimiento asociado a eventos, factores de riesgo y/o determinantes susceptibles de afectar la salud y calidad de vida de las poblaciones organizadas como comunidad que parte de la información recolectada, analizada o construida con ella. Favorece la generación de un conjunto de capacidades en la población que redundan en la construcción de una ciudadanía activa en salud, manifiesta mediante un progresivo incremento de la participación social y ciudadana, el ejercicio del control social, y la consciencia de corresponsabilidad y solidaridad ante la salud y la calidad de vida (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014). Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/VSP/Propuesta-operacion-estrategia-vigilancia-salud-publica-con-base-comunitaria.pdf>

participación como lo han abordado varios países de Latinoamérica (Israel et al., 2010) y, han sido adoptadas por Colombia en la Resolución 3518 de 2006 desde la lógica de salud pública, representarían una oportunidad única para su implementación en el marco de esta crisis sanitaria; incorporando personal asistencial comunitario de los territorios étnicos en los equipos básicos de respuesta para desarrollar actividades de rastreo y seguimiento, como complemento en la gestión de la respuesta institucional, garantizándoles prestaciones sociales, herramientas tecnológicas y transferencia de conocimientos. Esta sería una estrategia de salud pública costo-efectiva que no solamente impactaría en la disminución de las tasas de morbilidad grave y mortalidad por COVID-19, sino que serviría de apoyo en la vigilancia de otros eventos de interés en salud pública en los territorios del país donde las enfermedades endemo-epidémicas profundizan las inequidades en salud.

lo anterior se le suma, la vulneración a nuestra salud mental por los impactos que genera el aislamiento, los peligros a los que nos sometemos todos los días, teniendo en cuenta que las mujeres no quieren acudir a los hospitales y nuestra capacidad es imposible que pueda ser igual. Factores como el estrés, las depresiones por la muerte de nuestras compañeras y el miedo a la propia, ha desestabilizado nuestras dinámicas sociales y el ejercicio propio de la partería, ligado a la espiritualidad.

2. PRETENSIONES Y MEDIDAS A ADOPTAR

1. Tutelar los derechos a la identidad étnica y cultural, la igualdad y no discriminación, el trabajo y el mínimo vital, y la salud de las parteras y parteros de la Asociación de Parteras Unidas del Pacífico, y de la Asociación de Parteras y Parteros del Chocó Asoredipar.
2. Se ordene al Ministerio de Salud y Protección Social que incluya a las parteras y parteros de Adscritas Asoparupa, y Asoredipar, como parte del talento humanos para reconocer los derechos en igual de condiciones con el personal médico, incluidos el reconocimiento temporal reglamentado en las Resoluciones 1172, 1188, 1372 y 1774 de 2020.
3. Ordenar al Ministerio de Salud, que como parte del talento humano de la salud, en los territorios más alejados se prioricen a las parteras y parteros tradicionales de asoparupa y asoredipar en la fase dos de vacunación dentro del Plan Nacional de Vacunación.

4. Se ordene a las IPS y las Secretarías de salud de los departamentos del Chocó y Valle del Cauca o la entidad que haga sus veces, para que incluyan a las parteras de ASOPARUPA y ASOREDIPAR CHOCO, a la administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, como parte del talento humano de estos departamentos y se le haga el reconocimiento económico temporal.
5. Se ordene a las secretarías de Salud del departamento de Choco y Valle del Cauca, suministrar de manera integral, eficiente y periódica, los elementos de protección personal (EPP) requeridos para el control de infecciones y detener la transmisión del coronavirus COVID-19 en los territorios donde ejerzan las parteras de ASOPARUPA y ASOREDIPAR CHOCO.
6. Se ordene a la Secretaria de Salud de los Departamentos del Chocó y Valle del Cauca, implementar la ruta materno perinatal 3280 con enfoque diferencial de manera conjunta con las organizaciones de parteras de la zona.
7. Se ordene a la Secretaria de Salud de los Departamentos del Chocó y Valle del Cauca, establecer jornadas de acompañamiento y transmisión de conocimientos técnicos, para la contención comunitaria de la pandemia en territorios colectivos.

3. JURAMENTO

Juramos que no hemos interpuesto de forma simultánea otra acción de tutela por los mismos hechos ante otro juez de la república.

4. PRUEBAS Y ANEXOS

- ✓ Acta de constitución de ASOPARUPA
- ✓ Acta de constitución ASOREDIPAR
- ✓ Certificado de existencia y representación de Ilex Acción Jurídica
- ✓ Información Pública disponible en <http://patrimonio.mincultura.gov.co/siteassets/paginas/plan-especial-de-salvaguardia-de-los-saberes-asociados-a-la-parter%C3%8Da-afro-del-pac%C3%8Dfco/20-parter%C3%ADa%20afro%20del%20pac%C3%ADfco%20-%20pes.pdf>
- ✓ Información pública disponible en <https://www.elespectador.com/noticias/nacional/parteria-durante-el-covid-19/>
- ✓ Oficios de requerimientos para Ministerio de Salud, 17 de diciembre de 2020
- ✓ Oficios de requerimientos para Alcaldías y Secretarías de Salud Departamentales y Municipales.

Me permito solicitar como pruebas:

1. Requerir a Fernando Ruiz Gómez Ministro de Salud de Colombia correo electrónico institucional (notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co), sobre las acciones y medidas específicas encaminadas a apoyar la dotación de elementos de protección personal (EPP), insumos y equipamiento médico que requiere el personal de salud comunitario, parteras y médicos tradicionales en las zonas rurales de los municipios y distrito que conforman el andén pacífico Colombiano. Así como para indagar el acompañamiento técnico y de vigilancia epidemiológica, a los médicos tradicionales y parteros del pacífico Colombiano.
2. Requerir informe a los Alcaldes de los municipios de Buenaventura, Guapi, Tumaco, Timbiquí, López de Micay y de Quibdó sobre las acciones y medidas específicas encaminadas a apoyar la dotación de elementos de protección personal (EPP), insumos y equipamiento que requieren las parteras tradicionales de ASOPARUPA para continuar su labor de medicos y medicas tradicionales.
3. Requerir a las Secretarias de Salud de los Departamentos del Chocó y Valle del Cauca, Cauca y Nariño o la entidad que haga sus veces, que rinda informa del porqué no han incluido a las parteras de ASOPARUPA y ASOREDIPAR CHOCO, a la administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, como parte del talento humano de estos departamentos.
4. Solicito al Juez o Magistrado (a), si lo considera necesario, se comunique telefónicamente con las entidades accionadas, para confirmar, aclarar o ampliar la información narrada en la demanda de tutela.

NOTIFICACIONES

De manera atenta y atendiendo a la virtualidad impuesta por la pandemia COVID-19, agradecemos que nos notifique a los correos [REDACTED]

[REDACTED]
Rosmilda Quiñones Fajardo

[REDACTED]
Representante legal y fundadora de la Asociación de Parteras Unidas del Pacifico (ASOPARUPA),

[REDACTED]
Cruz Erida Córdoba Mosquera, representante legal

[REDACTED]
Asociación de Red interétnica de Parteras y Parteros del Choco
(ASOREDIPAR CHOCO).

[REDACTED]
Dayana Blanco Acendra

[REDACTED]
Representante Legal Ilex Acción jurídica