Defensoría del Pueblo
COLOMBIA

# La tutela y el derecho a la salud

# 2016

Defensoría del Pueblo
COLOMBIA

# La Tutela y el Derecho a la Salud 2016

**Defensoría del Pueblo**

**Carlos Alfonso Negret Mosquera**
Defensor del Pueblo

**Jorge Enrique Calero Chacón**
Vicedefensor del Pueblo

**Jhon Alexánder Rojas Cabrera**
Delegado para la Salud, la Seguridad Social y la Discapacidad

**EQUIPO INVESTIGADOR**

**Lyda Mariana González Lizarazo**
Abogada, especialista en Derecho público y en seguridad social, candidata a magíster en Gestión y Políticas en salud.

**Édgar Alirio Pinilla Robayo**
Médico y cirujano general, especialista en Gerencia en Salud, Auditoría Médica, Gestión del Riesgo y Salud Ocupacional.

**Hilario Pardo Ariza**
Estadístico, abogado, especialista en Economía y Gestión en salud, magíster en Ciencias financieras y sistemas.

**Edwin Julián Angulo**
Ingeniero de sistemas

**Iván Mauricio Delgado Riveros**
**Diseño carátula**

**Diagramación e impresión**
Imprenta Nacional de Colombia
Bogotá, D. C., Colombia

**ISSN: 2462-8514**

**Defensoría del Pueblo.**
El presente texto se puede reproducir, fotocopiar, replicar, total o parcialmente, siempre que se cite la fuente.

**Defensoría del Pueblo**
11ª. Edición
2017

# Contenido

AGRADECIMIENTOS ..... 13
PRESENTACIÓN ..... 15
**CAPÍTULO I.**
**EL DERECHO A LA SALUD Y LOS SISTEMAS INTERNACIONALES DE PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS** .. 17
1. La Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre (DADH). ..... 18
2. La Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH). ..... 19
3. Los Convenios de Ginebra (1949) ..... 19
4. La Declaración de los Derechos del Niño. ..... 20
5. La Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial de Naciones Unidas (1965). ..... 21
6. Pactos Internacionales de Derechos Humanos (1966). ..... 21
7. Observación general N.°14 (2000). ..... 23
8. La Proclamación de Teherán (1968). ..... 25
9. La Carta Social Europea (CSE) ..... 25
10. La Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH) (San José, Costa Rica – Pacto de San José). ..... 26
11. La Declaración sobre el Progreso y el Desarrollo en lo Social. ..... 27
12. La Declaración de Alma Ata. ..... 27
13. La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW o CETFDCM). ..... 28
14. La Observación General N.° 6 sobre derecho a la vida. ..... 29
15. Principios de ética médica aplicables a la función del personal de salud, especialmente los médicos, en la protección de personas presas y detenidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes. ..... 29
16. Protocolo de San Salvador de 1988. ..... 30
17. La Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) ..... 31
18. El Convenio N.º 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes (1989). ..... 31
19. La Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares. ..... 32

20. Los principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental. ..... 32
21. Las Observaciones del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR). ..... 33
22. La Declaración y Programa de acción de Viena. ..... 33
23. La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. ..... 34
24. Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. ..... 34

**CAPÍTULO II.**

**LOS OBJETIVOS DEL MILENIO Y EL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD** ..... 35

**CAPÍTULO III.**

**UNA MIRADA AL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO A PARTIR DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE 1991** ..... 43

1. La Salud en la Constitución de 1886 ..... 43
2. La salud después de la Constitución de 1991 ..... 46
2.1. Ley 1122 de 2007. ..... 51
2.2. Ley 1438 de 2011. ..... 53
2.3. Sentencia T-760 de 2008. ..... 55
2.3.1. Resumen de la sentencia sobre los derechos constitucionales de los casos acumulados. ..... 56
2.3.2. Cambios que implementó la sentencia ..... 59
2.3.3. Otras consideraciones frente a la actuación de la Corte en la Sentencia T-760 de 2008 ..... 60
2.4. Ley Estatutaria en Salud ..... 61
2.4.1. Principales características ..... 62
2.4.2. Finalidad de la ley Estatutaria ..... 63
2.4.3. Aspectos relevantes de su implementación ..... 63

**CAPÍTULO IV.**

**CONTRIBUCIÓN DE LA DEFENSORÍA DEL PUEBLO EN DEFENSA DEL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD** ..... 65

1. Investigaciones e informes ..... 65
2. Asistencia, asesoría y orientación defensorial ..... 68

3. Seguimiento a acciones judiciales..... 70
4. Promoción del derecho a la salud. ..... 72

**CAPÍTULO V.**

**ANÁLISIS DE LAS TUTELAS INTERPUESTAS EN COLOMBIA DURANTE EL AÑO 2016.**..... 75
1. Objetivos ..... 75
1.1. Objetivo general..... 75
1.2. Objetivos específicos ..... 75
2. Aspectos metodológicos..... 76
2.1. Descripción de las muestras ..... 77
3. Resultados ..... 77
3.1. La tutela en general. ..... 77
3.1.1. Los derechos invocados en las tutelas ..... 80
3.1.1.1. Derecho de petición ..... 84
3.1.1.2. Otros derechos económicos, sociales y culturales ..... 86
3.1.1.3. Debido proceso y defensa ..... 86
3.1.1.4. Seguridad social..... 87
3.1.2. Lugar de origen de las tutelas..... 88
3.1.2.1. Tutelas en Antioquia..... 92
3.1.2.2. Tutelas en Bogotá. ..... 93
3.1.2.3. Tutelas en el Valle del Cauca. ..... 93
3.1.2.4. Tutelas en Santander..... 94
3.1.2.5. Tutelas en Norte de Santander. ..... 94
3.1.3. Entidades con el mayor número de tutelas ..... 96
3.1.4. Despachos judiciales y decisión en primera instancia. ..... 99
3.2. La tutela y el derecho a la salud ..... 100
3.2.1. Tutelas en salud por entidad territorial..... 104
3.2.2. Despachos judiciales y decisión en primera instancia de las tutelas en salud ..... 114
3.2.3. El derecho a la salud y su relación con otros derechos..... 116
3.2.4. Entidades más demandadas en las tutelas de salud ..... 117
3.3. Tipo de entidad demandada ..... 119
3.3.1. Entidades Promotoras de Salud (EPS)..... 121

3.3.2. Tutelas contra Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) ..... 127
3.3.3. Tutelas contra entidades territoriales ..... 129
3.3.4. Tutelas en salud en regímenes de excepción..... 129
3.3.5. Tutelas en salud contra Inpec/penitenciarías ..... 131
3.3.6. Tutelas en salud contra Administradoras de Riesgos Laborales y compañías de seguros. ..... 133
3.3.7. Tutelas en salud contra administradoras de fondos de pensiones 135
3.3.8. Otras entidades demandadas..... 135
3.4. Análisis de los hechos en las tutelas de salud 2016..... 135
3.4.1. Contenidos más frecuentes en las tutelas de salud ..... 136
3.4.1.1. Especialidades más frecuentes en las tutelas de salud..... 139
3.4.1.2. Diagnósticos en las tutelas ..... 141
3.4.1.2.1. Diagnósticos según régimen ..... 143
3.4.1.3. Otras solicitudes relacionadas con el sistema..... 147
3.4.1.4. Otras solicitudes en las tutelas de salud ..... 151
3.4.2.Tutelas para exigir contenidos del POS y no POS en los regímenes contributivo y subsidiado. ..... 155
3.4.3. Contenidos más frecuentes en los regímenes contributivo y subsidiado 163
3.4.4. Contenidos más frecuentes en el régimen contributivo ..... 165
3.4.5. Contenidos más frecuentes en el régimen subsidiado ..... 167
3.4.5.1. Contenidos POS y no POS en tratamientos..... 169
3.4.5.2. Contenidos POS y no POS en medicamentos..... 172
3.4.5.3. Contenidos POS y no POS en citas médicas especializadas ..... 174
3.4.5.4. Contenidos POS y no POS en cirugías..... 176
3.4.5.5. Contenidos POS y no POS en prótesis, órtesis e insumos médicos 178
3.4.5.6. Contenidos POS y no POS en imágenes diagnósticas..... 180
3.4.5.7. Contenidos POS y no POS en exámenes paraclínicos ..... 182
3.4.5.8. Contenidos POS y no POS en procedimientos..... 184
**CONCLUSIONES**..... 187
Tutelas en general..... 187
Derecho a la salud ..... 187
**RECOMENDACIONES** ..... 191
**ANEXOS**..... 193
Anexo 1 ..... 193
Anexo 2..... 194

# Tablas

**Tabla 1**. Registro de tutelas en Colombia. Período 1992-2016..... 80
**Tabla 2.** Derechos invocados en las tutelas. Período 2015-2016..... 83
**Tabla 3.** Número de tutelas en Colombia, según departamento. Período 2015-2016..... 91
**Tabla 4.** Número de tutelas en Colombia por cada 10.000 habitantes, según departamento. Período 2015-2016..... 95
**Tabla 5.** Entidades con más tutelas en el país. Período 2015-2016..... 97
**Tabla 6.** Despachos judiciales y decisión en primera instancia. Período 2015-2016..... 100
**Tabla 7.** Participación de las tutelas de salud. Período 1999-2016..... 103
**Tabla 8.** Tutelas de salud según departamento. Período 2015-2016..... 106
**Tabla 9.** Número de tutelas en salud por cada 10.000 habitantes, según departamento.Período 2015-2016..... 107
**Tabla 10.** Número de municipios según número de tutelas en salud por cada 10.000 habitantes. Período 2015-2016..... 110
**Tabla 11.** Municipios con más de 50 tutelas en salud por cada 10.000 habitantes. Período 2015-2016..... 111
**Tabla 12.** Despachos judiciales y decisión en primera instancia en las tutelas en salud. Período 2015-2016..... 115
**Tabla 13.** El derecho a la salud en asocio con otros derechos. Período 2015-2016..... 117
**Tabla 14.** Entidades más tuteladas en derecho a la salud. Período 2015-2016... 120
**Tabla 15.** Tutelas en salud, según tipo de entidad demandada. Período 2015-2016..... 121
**Tabla 16.** Número de afiliados según EPS. Período 2015-2016..... 122
**Tabla 17.** Tutelas en salud, según de EPS. Período 2015-2016..... 124
**Tabla 18.** Número de tutelas por cada 10.000 afiliados en cada EPS. Período 2015-2016..... 125
**Tabla 19.** Tutelas en salud contra IPS. Período 2015-2016..... 128
**Tabla 20.** Tutelas en salud contra entidades territoriales. Período 2015-2016..... 129
**Tabla 21.** Tutelas en salud contra entidades de régimen especial. Período 2015-2016..... 130

**Tabla 22.** Tutelas en salud contra el Inpec/penitenciarías según departamento. Período 2015-2016 ..... 133
**Tabla 23.** Tutelas en salud contra ARL y compañías de seguros. Período 2015-2016 ..... 134
**Tabla 24.** Tutelas en salud contra administradoras de fondos de pensiones. Período 2015-2016 ..... 135
**Tabla 25.** Solicitudes más frecuentes en las tutelas de salud. Período 2015-2016 ..... 137
**Tabla 26.** Solicitudes más frecuentes en las tutelas de salud por régimen. Año 2016 ..... 138
**Tabla 27.** Especialidades más frecuentes en las tutelas. Período 2015-2016 140
**Tabla 28.** Especialidades más frecuentes en las tutelas según régimen. Año 2016 ..... 141
**Tabla 29.** Diagnósticos en las tutelas. Período 2015-2016 ..... 142
**Tabla 30.** Diagnósticos en las tutelas según régimen. Año 2016 ..... 144
**Tabla 31.** Tutelas por diagnóstico de tumores. Año 2016 ..... 145
**Tabla 32.** Tutelas por diagnóstico de enfermedades del aparato genitourinario. Año 2016 ..... 146
**Tabla 33.** Tutelas por diagnóstico de trastornos mentales y de comportamiento. Año 2016 ..... 147
**Tabla 34.** Otras solicitudes relacionadas con el sistema. Período 2015-2016 .. 150
**Tabla 35.** Otras solicitudes relacionadas con el sistema según régimen. Año 2016 ..... 151
**Tabla 36.** Otras solicitudes. Período 2015-2016 ..... 152
**Tabla 37.** Otras solicitudes según régimen. Año 2016 ..... 155
**Tabla 38.** Porcentaje de solicitudes POS en cada régimen. Período 2003-2016 ..... 160
**Tabla 39.** Solicitudes en tutelas de salud en los regímenes contributivo y subsidiado. Período 2015-2016 ..... 162
**Tabla 40.** Solicitudes más frecuentes en las tutelas interpuestas en los regímenes contributivo ..... 164
**Tabla 41.** Servicios solicitados según POS y no POS. Año 2016 ..... 165
**Tabla 42.** Solicitudes más frecuentes en las tutelas interpuestas régimen contributivo. Período 2015-2016 ..... 165
**Tabla 43.** Distribución de los contenidos en POS y no POS en régimen contributivo. Año 2016 ..... 166

**Tabla 44.** Solicitudes más frecuentes en las tutelas interpuestas en el régimen subsidiado. Período 2015-2016..... 168
**Tabla 45.** Distribución de los contenidos en POS y no POS en el régimen subsidiado. Año 2016..... 168
**Tabla 46.** Distribución de los tratamientos en POS y no POS. Período 2015-2016..... 169
**Tabla 47.** Distribución de los tratamientos según régimen. Año 2016..... 170
**Tabla 48.** Distribución de los medicamentos en POS y no POS. Período 2015-2016..... 173
**Tabla 49.** Distribución de los medicamentos según régimen. Año 2016..... 174
**Tabla 50.** Distribución de las citas médicas especializadas en POS y no POS. Período 2015-2016..... 175
**Tabla 51.** Distribución de las citas médicas especializadas según régimen. Año 2016..... 176
**Tabla 52.** Distribución de las cirugías en POS y no POS. Período 2015-2016 176
**Tabla 53.** Distribución de las cirugías según régimen. Año 2016..... 177
**Tabla 54.** Distribución de las prótesis, órtesis e insumos en POS y no POS. Período 2015-2016..... 178
**Tabla 55.** Distribución de las prótesis, órtesis e insumos según régimen. Año 2016..... 179
**Tabla 56.** Distribución de las imágenes diagnósticas en POS y no POS. Período 2015-2016..... 180
**Tabla 57.** Distribución de las imágenes diagnósticas según régimen. Año 2016..... 181
**Tabla 58.** Distribución de los exámenes paraclínicos en POS y no POS. Período 2015-2016..... 182
**Tabla 59.** Distribución de los exámenes paraclínicos según régimen. Año 2016..... 183
**Tabla 60.** Distribución de los procedimientos en POS y no POS. Período 2015-2016..... 184
**Tabla 61.** Distribución de los procedimientos según régimen. Año 2016..... 185

# Mapas

**Mapa 1.** Derecho más invocado en cada municipio en 2015 ..... 89
**Mapa 2.** Derecho más invocado en cada municipio en 2016..... 90
**Mapa 3.** Municipios con tutelas en salud en 2015 ..... 108
**Mapa 4.** Municipios con tutelas en salud en 2016 ..... 109
**Mapa 5.** Número de tutelas en salud por cada 10.000 habitantes en cada municipio, 2015 ..... 112
**Mapa 6.** Número de tutelas en salud por cada 10.000 habitantes en cada municipio, 2016 ..... 113

# Gráficas

**Gráfica 1.** Tutelas en Colombia por cada 10.000 habitantes. Período 1992-2016 ..... 78
**Gráfica 2.** Derechos más invocados en las tutelas. Período 2006-2016..... 84
**Gráfica 3.** Evolución de las tutelas en Colombia. Período 1999-2016. ..... 103
**Gráfica 4.** Número de tutelas por cada 10.000 afiliados en cada EPS en 2015 126
**Gráfica 5.** Número de tutelas por cada 10.000 afiliados en cada EPS en 2016 127
**Gráfica 6.** Solicitudes más frecuentes en las tutelas de salud. Período 2015-2016 ..... 138
**Gráfica 7.** Evolución de las solicitudes POS en las tutelas. Período 2003-2016 160
**Gráfica 8.** Evolución de las solicitudes POS en las tutelas del régimen contributivo. Período 2003-2016 ..... 161
**Gráfica 9.** Evolución de las solicitudes POS en las tutelas del régimen subsidiado. Período 2003-2016 ..... 161
**Gráfica 10**. Contenido POS en las tutelas. Período 2015-2016 ..... 162
**Gráfica 11.** Contenido POS y no POS en cada servicio en 2016 ..... 164
**Gráfica 12.** Contenido POS y no POS en cada servicio en Régimen Contributivo en 2016 ..... 167
**Gráfica 13**. Contenido POS y no POS en cada servicio en régimen subsidiado en 2016 ..... 169
**Gráfica 14.** Contenido POS en tratamientos. Período 2015-2016 ..... 170
**Gráfica 15.** Contenido POS en medicamentos. Período 2015-2016 ..... 173
**Gráfica 16.** Contenido POS en citas médicas especializadas. Período 2015-2016 ..... 175
**Gráfica 17.** Contenido POS en cirugías. Período 2015-2016 ..... 177
**Gráfica 18.** Contenido POS en prótesis, órtesis e insumos. Período 2015-2016 179
**Gráfica 19.** Contenido POS en imágenes diagnósticas. Período 2015-2016 181
**Gráfica 20.** Contenido POS en exámenes paraclínicos. Período 2015-2016 . 183
**Gráfica 21.** Contenido POS en procedimientos. Período 2015-2016 ..... 185

# AGRADECIMIENTOS

A la doctora María Victoria Calle Correa, Presidenta de la Honorable Corte Constitucional; a la doctora Martha Victoria Sáchica, Secretaria General, y al ingeniero Isaac Sáenz Cruz, quienes facilitaron la base de datos de tutelas de la Corte Constitucional correspondiente al año 2016, lo cual permitió la elaboración del presente estudio.

# PRESENTACIÓN

Dentro de las funciones asignadas a la Defensoría del Pueblo en la Constitución Política de 1991 se encuentra la de impulsar la efectividad de los derechos humanos mediante acciones integradas de promoción, divulgación, prevención y defensa, por lo que la entidad realiza seguimiento continuo a las distintas formas que puedan impedir la materialización de estos derechos.

Uno de estos seguimientos es a la tutela en Colombia, que durante estos 25 años de su uso efectivo, ha llegado a la cifra de 5.930.188 acciones para reclamar la garantía de los derechos, con una gran efectividad, evitando la vulneración de un derecho fundamental.

Una de las formas de seguimiento al derecho fundamental a la salud es a través de las acciones de tutela que interponen los usuarios del sistema para acceder a los servicios en salud, máxime cuando las vulneraciones por parte de los distintos actores continúan en aumento. Esta acción, es una de las herramientas más efectivas con la que cuentan los ciudadanos para hacer valer su derecho y su uso se ha popularizado tanto que hoy en día se constituye como el mecanismo constitucional más utilizado por los colombianos.

El estudio que presenta la Defensoría del Pueblo sobre "La Tutela y el Derecho a la Salud", en su décima primera edición, correspondiente al análisis efectuado a las tutelas interpuestas durante 2016 en todo el territorio nacional, y corrobora el crecimiento continuo del número de acciones desde su implementación en 1992, con un incremento en los dos últimos años del 25, 76 por ciento.

Respecto al derecho a la salud, las cifras no son nada alentadoras ya que durante el año de estudio, se interpusieron 163.977 tutelas, el número más alto en su historia, constituyéndose como el segundo derecho más invocado después del derecho de petición, estando presente en el 26,57 por ciento de todas las acciones instauradas, y creciendo en los dos últimos años, en 36,28 por ciento. Los datos indican que cada 3,2 minutos se interpone una tutela en salud, indicador que disminuye a 43 segundos si solo se tienen en cuenta los días hábiles.

Lo anterior, en gran parte es ocasionado por el acentuamiento de la crisis del sistema de salud debido a la liquidación de varias EPS, con la consecuente distribución de los afiliados en aseguradoras que no cuentan con la suficiente infraestructura y que ha conllevado la interrupción de tratamientos y la limitada red de prestadores por el no pago por parte de las aseguradoras que genera la negación de servicios. A la Defensoría le preocupa la indefensión de los

usuarios de salud frente al sistema, lo que ha llevado a la entidad a incrementar acciones de intermediación ante los distintos actores del sector, sin que ello haya logrado la disminución de las acciones de tutela, ni las quejas en general.

El estudio que se presenta, evidencia la continuidad en la negación de servicios incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS), hoy plan de beneficios, es decir, que están reconocidas y pagadas previamente con las unidades de pago por capitación (UPC) que mensualmente reciben las EPS, y que corresponde al 69,70 por ciento de las solicitudes de los servicios de salud.

Igualmente, vale mencionar que para esta entidad la Ley Estatutaria en Salud, sancionada en febrero de 2015, no ha tenido el efecto esperado, lo que se demuestra con el incremento de quejas y tutelas por fallas en los servicios de salud, debido en gran parte a la falta de su reglamentación.

Finalmente, la Defensoría del Pueblo cree que mientras no sean resueltos los problemas estructurales del sistema de salud, la frecuencia en el uso de la acción de tutela continuará siendo el indicador de inconformidad de los usuarios.

A continuación, se presentan los resultados del estudio de seguimiento de la acción de tutela durante el año 2016.

Con toda consideración,

**CARLOS ALFONSO NEGRET MOSQUERA**

# CAPÍTULO I.

## EL DERECHO A LA SALUD Y LOS SISTEMAS INTERNACIONALES DE PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS

En este capítulo, se revisará la evolución del derecho a la salud, desde el siglo XIX a la actualidad. En los primeros años, la salud tenía una concepción pública, originada por las epidemias desarrolladas durante los siglos XVIII y XIX. Con el paso de los años, la salud se entendió desde un sentido más amplio, al no limitarse exclusivamente a la prestación de servicios médicos, sino a la lucha por factores como la higiene, la salubridad pública, el agua y alcantarillado, la regulación y control de los alimentos y las condiciones laborales (en especial las que acarrean riesgos para la salud), entre otras. Adicionalmente, la salud fue relacionada con aspectos de la vida social, vinculada a asuntos militares, de orden público, infraestructura nacional, libre circulación y ejercicio de profesiones y ocupaciones[1], siendo entendida desde una perspectiva internacional que dio origen a alianzas y convenios entre las naciones.

Durante el siglo XIX[2] el modelo liberal inglés brindaba asistencia médica por vía del seguro voluntario a través de las denominadas "sociedades de amigos" y a finales del siglo, la salud de los pobres ocupó un espacio importante en la agenda inglesa, con el informe de la comisión de la Ley de pobres (Report of the Poor Law Commission), respecto a los principios de un sistema nacional de ayuda legal y obligatoria a los pobres, el cual sirvió como antecedente para el informe emitido por el entonces Ministro de Trabajo William Beveridge, denominado "Informe al Parlamento acerca de la seguridad social y de las prestaciones que de ella se derivan", que se constituyó como el más cercano a la idea de un Estado Social, debido a que abre la puerta de la universalización del derecho a la asistencia sanitaria, del cual eran titulares todos los ciudadanos, sin distinción alguna.

A la par, en Alemania a finales del siglo XIX se configuró un sistema de seguridad social en el que se proporcionaba *"alguna asistencia médica (y) algún seguro para accidentes laborales, enfermedades, invalidez e incluso, vejez"*[3]. Este modelo conocido como

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

2 Lema Añon C. *Apogeo y crisis de la salud*. Historia del derecho a la salud en el siglo XX. Instituto de Derechos Humanos Bartolomé de las Casas, Universidad Carlos III de Madrid, Madrid. 2012.

3 *Ibídem*.

el de Bismark, calificado como el mentor de la seguridad social, permitía una cotización obligatoria por parte del trabajador, con el cual se constituía un fondo que permitía su atención y el de sus familias.

Durante el siglo XX, la salud inició un proceso de internacionalización para ser incluido en instrumentos internacionales de derechos humanos y poder intervenir en los ordenamientos jurídicos universales para adquirir el reconocimiento de derecho. Los primeros éxitos se presentaron en Constituciones como las de Francia (1958), Portugal (1976) y España (1978), las cuales reconocieron a la salud como un derecho.

La dimensión de servicio público también se advierte desde los orígenes de la incorporación de la salud en la normatividad, ya que se le asigna al Estado la satisfacción de las necesidades en salud de sus ciudadanos. Para ello, se constituyó un sistema que va desde la prestación a cargo del Estado de los servicios requeridos, hasta el control y regulación de esta actividad en cabeza de terceros.

A continuación se realiza un bosquejo del desarrollo progresivo de la concepción de la salud como derecho, revisado en varios documentos internacionales, nacionales y en especial, en el anexo segundo de la Sentencia T-760 de 2008[4]:

## 1. La Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre (DADH)[5].

Es considerada como el primer paso en la protección de los derechos humanos. Fue adoptada por la IX Conferencia Internacional Americana[6], realizada en Bogotá durante el mes de abril de 1948 y considerada como la más importante, debido a la creación de organismos internacionales como la OEA y el Tratado Americano de Soluciones Pacíficas e integra todos los derechos reconocidos en los Pactos Internacionales de derechos civiles y políticos y de derechos económicos, sociales y culturales[7].

Con esta declaración, el derecho a la salud trascendió de las consideraciones netamente médicas para alcanzar dimensiones sociales, además establece una relación entre este y los recursos con los que cuenta un país al reconocer que un Estado no está obligado a cumplir con una prestación que, materialmente, le sea

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

5 http://www.oas.org/es/cidh/mandato/Basicos/declaracion.asp

6 Serie de reuniones de delegados, ministros de relaciones exteriores y presidentes de las naciones de América que se celebraron entre 1889 y 1954 dentro de las ideas y principios del panamericanismo.

7 DADH, 1948. Artículos 12, 13, 14 15 y 16.

imposible. Al respecto, el artículo 11 estableció: *"Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad*".

## 2. La Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH)[8].

Adoptada y proclamada en París por la Asamblea General de Naciones Unidas en el año de 1948, como un ideal común para todos los pueblos y naciones. Con ella, por primera vez se establecen los principios básicos de derechos humanos proporcionados a partir de la Carta de San Francisco (1945).

Entre estos principios se encuentran el de universalidad, interdependencia e indivisibilidad, igualdad y no discriminación, con la circunstancia de que los derechos humanos vienen acompañados por obligaciones atribuibles a los responsables y a los titulares de estos.

En su artículo 25 reguló el derecho a la salud, al establecer que: (…) "Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así [mismo] como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios", gozando de cuidado y asistencia especial la "maternidad y la infancia".

Según Naciones Unidas, el propósito de este artículo fue el de eliminar la pobreza, promover el pleno empleo y el empleo productivo y fomentar la participación activa de todos en la sociedad[9].

## 3. Los Convenios de Ginebra (1949)[10].

Estos convenios consagran y protegen el derecho a la salud en el contexto de los conflictos armados, siendo considerados como los primeros instrumentos de protección a los derechos humanos en el marco de la guerra y bajo circunstancias extremas[11].

8 http://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/

9 http://www.solidaritat.ub.edu/observatori/esp/itinerarios/ddhh/dh2.htm#art22

10 https://www.icrc.org/spa/war-and-law/treaties-customary-law/geneva-conventions/overview-geneva-conventions.htm

11 Citado por la Corte Constitucional. Sentencia T-760 de 2008. M P. Manuel José Cepeda Espinosa.

El Convenio de Ginebra relativo a la Protección de Personas Civiles en Tiempo de Guerra, comúnmente conocido como Cuarto Convenio de Ginebra (GCIV), definió la protección humanitaria para los civiles en zona de guerra, prohibió la práctica de la guerra total, estableció la obligación de brindar tratamiento médico y de asistencia hospitalaria a los extranjeros que se encuentren en el territorio de una parte del conflicto cuando así lo requieran, derecho del que también gozan las personas protegidas inculpadas. También integra disposiciones específicas de higiene y asistencia médica[12].

En 1993 el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas aprobó un informe de la Secretaría General y de una comisión de expertos, en el que se concluye que los Convenios de Ginebra son parte del derecho internacional consuetudinario, lo que los hace vinculantes para los países no firmantes, cada vez que se involucren en conflictos armados.

## 4. La Declaración de los Derechos del Niño[13].

Es el primer gran consenso internacional sobre los derechos de los niños, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1959. Su origen se da en la declaración de Ginebra admitida por la Sociedad de Naciones[14] en 1924, donde por primera vez se reconocía de la existencia de derechos específicos de los niños y la responsabilidad de los adultos hacia ellos.

La Convención recoge los derechos económicos, sociales, culturales, civiles y políticos de todos los niños y aunque su aplicación es una obligación de los Gobiernos, también obliga y responsabiliza a los padres, profesionales de la salud, profesores, investigadores y los propios niños y niñas[15].

Reconoce, entre otros aspectos, que los niños necesitan protección, cuidados especiales y atención médica adecuada. Es el tratado más ratificado de la historia y los Estados deben rendir cuentas sobre su cumplimiento al Comité de los Derechos del Niño.

12 https://www.icrc.org/spa/resources/documents/treaty/treaty-gc-4-5tdkyk.htm

13 ONU. Asamblea General de la Naciones Unidas. noviembre de 1959.

14 La Sociedad de Naciones surge como organismo internacional tras el fin de la I Guerra Mundial con la idea general de la resolución de conflictos entre las naciones de manera pacífica.

15 https://www.unicef.es/causas/derechos-ninos/convencion-derechos-ninos

## 5. La Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial de Naciones Unidas (1965)[16].

Fue adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas y entró en vigor el 4 de enero de 1969, una vez se cumplió el número de ratificaciones requeridas. Es diferente a la Declaración sobre la eliminación de todas las formas de discriminación racial proclamada en 1963 y que constituyó uno de los antecedentes de esta Convención.

Establece el derecho a la igualdad en el disfrute de los derechos humanos y las libertades fundamentales. El artículo segundo señala: (…) *"los Estados deben tomar medidas especiales y concretas, en las esferas social, económica, cultural y en otras esferas para asegurar el adecuado desenvolvimiento y protección de ciertos grupos raciales o de personas pertenecientes a estos grupos"*.

Dichas medidas deben garantizar el derecho a la igualdad sin distinción de raza, color y origen nacional o étnico, lo que incluye la prohibición y eliminación de la discriminación en los derechos económicos, sociales y culturales, en particular, del *"derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales"*[17].

## 6. Pactos Internacionales de Derechos Humanos (1966).

Desarrolla la Declaración Universal de 1948 (18 años después). La demora obedeció a la no decisión respecto a si los derechos debían estar consagrados en uno o en dos pactos y, a si los derechos económicos, sociales y culturales debían ser contemplados de forma general y breve, o de forma detallada y amplia[18].

Una posición sostenía que al estar catalogados todos los derechos como derechos humanos, se debía expedir un pacto único que los regulara, siendo promovidos y protegidos por igual y al mismo tiempo. La otra posición consideraba que debido a la diferencia entre ellos, deberían estar en instrumentos independientes, lo que exigía determinar reglas propias a cada estatuto normativo. Según esta posición, los derechos civiles y políticos (DCP) eran justiciables de forma absoluta (por

16 ONU. Asamblea General. Diciembre de 1965.

17 Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial de Naciones Unidas. Artículo 5°, numeral 4, literal e.

18 Citado por la Corte Constitucional. Sentencia T-760 de 2008. M P. Manuel José Cepeda Espinosa.

ser de carácter negativo), su cumplimiento dependía de la inacción del Estado y constituían una defensa de los individuos ante las interferencias ilegítimas del mismo; en cambio, los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC) no eran justiciables de forma absoluta, pues su aplicación no es inmediata y su implementación requiere ser progresiva[19].

La decisión final se dio a favor de la segunda opción, teniendo en cuenta que la implementación de ellos depende de los derechos que contempla, mientras para los DCP los mecanismos por desarrollar deberían ir dirigidos a verificar y corregir las violaciones que se causen a los mismos, en los DESC, se deben generar procedimientos para hacer seguimiento constante al desarrollo de los programas que tienen por objeto garantizar su goce efectivo.

Los pactos implementados fueron:

- El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)
- El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP).

Ambos pactos se acordaron en 1966 y entraron en vigencia en 1976. Reconocieron el derecho a la libre determinación de los pueblos, en especial a la distribución de sus riquezas para la consecución de sus fines, con la advertencia, de que bajo ninguna circunstancia se podía privar al pueblo de sus medios de subsistencia.

El PIDESC en su artículo 12, contempla la protección específica del derecho a la salud al establecer la garantía de la salud infantil, materna y reproductiva; el deber de mejorar la higiene ambiental e industrial; la lucha contra las enfermedades, en especial las epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole; y, el derecho a que se creen las condiciones que aseguren a todos asistencia y servicios médicos en caso de enfermedad[20].

Sin embargo, el mayor desarrollo del derecho a la salud se presenta con la Observación General N. °14 que señaló a la salud como "el derecho al disfrute del más alto nivel posible".

---

19 Ibídem.

20 Para el Comité el derecho a la salud contempla: (i) el acceso igual y oportuno a los servicios de salud básicos preventivos, curativos y de rehabilitación, así como a la educación en materia de salud; (ii) programas de reconocimientos periódicos; (iii) tratamiento apropiado de enfermedades, afecciones, lesiones y discapacidades frecuentes, preferiblemente en la propia comunidad; (iv) el suministro de medicamentos esenciales, y el tratamiento y atención apropiados de la salud mental. También advierte el Comité que se debe mejorar y fomentar la participación de la población en la prestación de servicios médicos preventivos y curativos, como la organización del sector de la salud, el sistema de seguros y, en particular, la participación en las decisiones políticas relativas al derecho a la salud, adoptadas en los planos comunitario y nacional. (Observación General N. °14).

## 7. Observación general N.°14 (2000).

La Observación establece que la salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos e insistió en su indivisibilidad e interdependencia al estar vinculado con el ejercicio de otros derechos humanos como el derecho a la alimentación, a la dignidad humana, a la vivienda, a la vida, al trabajo, a la educación, a la no discriminación y a la igualdad, entre otros.

El Comité advierte que todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir con dignidad y resalta que es un derecho reconocido por los tratados y declaraciones internacionales y regionales, sobre derechos humanos. Este concepto tiene en cuenta las condiciones biológicas y socioeconómicas de la persona, así como los recursos del Estado, el cual está obligado a garantizar *"toda una gama de facilidades, bienes y servicios"* que aseguren el más alto nivel posible de salud[21].

La observación señala cuatro elementos esenciales e interrelacionados, cuya aplicación depende de las condiciones de cada Estado parte:[22]

- *Disponibilidad. En el sentido de que cada Estado debe tener disponibles "un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas".*

- *Accesibilidad. En el sentido de que todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación, en cuatro dimensiones: (i) no discriminación, accesibilidad de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población; (ii) accesibilidad física, en el sentido de que los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados; (iii) accesibilidad económica (asequibilidad), donde los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos, en especial, la equidad exige que sobre los hogares más pobres no recaiga una carga desproporcionada, en lo que se refiere a los gastos de salud, en comparación con los hogares más ricos; y (iv) acceso a la información, que es el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud, sin perjuicio de la debida confidencialidad.*

21 Observación General N.° 14 (2000) 'El derecho del más alto nivel posible de salud'. "(…) un Estado no puede garantizar la buena salud ni puede brindar protección contra todas las causas posibles de la mala salud del ser humano. Así, los factores genéticos, la propensión individual a una afección y la adopción de estilos de vida malsanos o arriesgados suelen desempeñar un papel importante en lo que respecta a la salud de la persona […]."

22 Observación General N.° 14 (2000).

- *Aceptabilidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser (aceptables) respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.*

- *Calidad. Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también de buena calidad, apropiados desde el punto de vista científico y médico.*

Respecto al cumplimiento de las obligaciones que se derivan del derecho a la salud, el Comité resalta que éste le impone a los Estados obligaciones inmediatas de garantía de no discriminación en su ejercicio y la adopción de medidas progresivas en aras de su plena realización.

Para el Comité, el derecho a la salud supone obligaciones de respeto, protección y cumplimiento. El primero exige de los Estados parte la abstención de injerir directa o indirectamente en el disfrute del derecho a la salud. El de protección, requiere la adopción de medidas[23] que impidan a terceros interferir en la aplicación de las garantías prevista en el artículo 12 del PIDESC; y, las de cumplimiento, requieren de la adopción de medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestal, judicial o de otra índole para dar plena efectividad al derecho a la salud.

La Observación General N. °14 también fijó obligaciones básicas no delegables y obligaciones prioritarias[24]. Las primeras incluyen, entre otras, el garantizar el derecho de acceso a los centros, bienes y servicios de salud sobre una base no discriminatoria, en especial por lo que respecta a los grupos vulnerables o marginados; asegurar el acceso a una alimentación esencial mínima que sea nutritiva, adecuada y segura y garantice que nadie padezca hambre; garantizar el acceso a un hogar, una vivienda y unas condiciones sanitarias básicos, así como a un

23 Incluyen, entre otras, las obligaciones de adoptar leyes u otras medidas para velar por el acceso igual a la atención de la salud y los servicios relacionados con la salud proporcionados por terceros; velar por que la privatización del sector de la salud no represente una amenaza para la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de atención de la salud; controlar la comercialización de equipo médico y medicamentos por terceros, y asegurar que los facultativos y otros profesionales de la salud reúnan las condiciones necesarias de educación, experiencia y deontología.

24 Incluyen: a) Velar por la atención de la salud genésica, materna (prenatal y postnatal) e infantil; b) Proporcionar inmunización contra las principales enfermedades infecciosas que tienen lugar en la comunidad; c) Adoptar medidas para prevenir, tratar y combatir las enfermedades epidémicas y endémicas; d) Impartir educación y proporcionar acceso a la información relativa a los principales problemas de salud en la comunidad, con inclusión de los métodos para prevenir y combatir esas enfermedades; e) Proporcionar capacitación adecuada al personal del sector de la salud, incluida la educación en materia de salud y derechos humanos."

suministro adecuado de agua limpia potable; facilitar medicamentos esenciales, según las definiciones periódicas que figuran en el Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales de la OMS y, velar por una distribución equitativa de todas las instalaciones, bienes y servicios de salud.

Sin embargo, en el caso de que el Estado por limitación de recursos no pueda garantizar plenamente sus obligaciones, debe justificar, que ha hecho todo lo posible por utilizar todos los recursos que dispone, pero no puede, bajo ninguna circunstancia, justificar el incumplimiento de las obligaciones básicas.

Para lograr el pleno ejercicio del derecho a la salud, el comité señala que se deben formular indicadores, bases de datos y políticas, estas últimas que cuenten con la participación de la sociedad, en especial de las personas que se verían afectadas por la decisión, en la fijación de prioridades, la adopción de decisiones, la planificación, aplicación y evaluación de las estrategias destinadas a mejorar la salud.

## 8. La Proclamación de Teherán (1968)[25].

La primera Conferencia Mundial de Derechos Humanos se celebró a los veinte años de la aprobación de la Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH) y tenía como finalidad examinar los progresos logrados en su aplicación, así como, la elaboración de un programa para implementar en el futuro.

La conferencia proclamó la indivisibilidad de los derechos humanos, definió a la DUDH como un documento obligatorio para los Estados miembro de la comunidad internacional y aprobó la Proclamación de Teherán, donde se exhortó a todos los pueblos y Gobiernos a fomentar los principios contenidos en la Declaración Universal y a redoblar esfuerzos para ofrecer a todos sus ciudadanos una vida libre y digna que les permita alcanzar un estado de bienestar físico, mental, social y espiritual.

## 9. La Carta Social Europea (CSE)[26]

Es un compendio de derechos sociales y económicos a nivel europeo. La primera versión de la Carta fue elaborada en Turín en 1961 por el Consejo de Europa. Contiene derechos relacionados con el empleo, la vivienda, la salud, la educación, la protección social y el bienestar.

25 ONU. Proclamación de Teherán. Conferencia Internacional de Derechos Humanos. 1968.
26 https://rm.coe.int/168047e013

Protege a los ciudadanos mayores, a los más jóvenes y a todos aquellos en situación de precariedad y en materia de salud, establece que toda persona tiene el derecho a beneficiarse de cuantas medidas le permitan gozar del mejor estado de salud que pueda alcanzar.

El Comité Europeo de Derechos Sociales es el encargado de vigilar su cumplimiento.

## 10. La Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH) (San José, Costa Rica - Pacto de San José).

Fue firmada tras la Conferencia Especializada Interamericana de Derechos Humanos, el 22 de noviembre de 1969 en la ciudad de San José en Costa Rica y entró en vigencia el 18 de julio de 1978. Es una de las bases del sistema interamericano de promoción y protección de los derechos humanos.

El Pacto retoma la Declaración Universal de 1948 para reiterar que *"(…) solo puede realizarse el ideal del ser humano libre, exento del temor y de la miseria, si se crean condiciones que permitan a cada persona gozar de sus derechos económicos, sociales y culturales, tanto como de sus derechos civiles y políticos (…)"*[27].

Establece la obligación a los Estados partes del desarrollo progresivo de los DESC, como mecanismos de protección a los derechos y libertades. Para garantizar su cumplimiento, instaura dos órganos de verificación: la Comisión Interamericana de Derechos Humanos y la Corte Interamericana de Derechos Humanos.

Instaura que la salud es un límite a varios de los derechos civiles y políticos reconocidos en el mismo Pacto[28]. Un Estado solo puede establecer restricciones al goce y al ejercicio de los derechos contemplados por la convención, cuando estos sean (i) conforme a las leyes dictadas por el Congreso de la República, (ii) por razones de interés general y, (iii) con el propósito para el cual han sido establecidas[29].

27 El Pacto de San José (CADH, 1969) se expidió considerando que "(…) la Tercera Conferencia Interamericana Extraordinaria (Buenos Aires, 1967) aprobó la incorporación a la propia Carta de la Organización de normas más amplias sobre derechos económicos, sociales y educacionales (…)" (acento fuera del texto original del Pacto de San José).

28 Pacto de San José (CADH, 1969), "artículo 12.- Libertad de Conciencia y de Religión.

29 CADH, 1969; artículo 29.

## 11. La Declaración sobre el Progreso y el Desarrollo en lo Social[30].

Proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas mediante Resolución 2542 de 1969. Señala que el progreso y el desarrollo social: (…) *"debe encaminarse a la continua elevación del nivel de vida tanto material como espiritual de todos los miembros de la sociedad, estableciendo como objetivo principal, entre otros, 'el logro de los más altos niveles de salud y la prestación de servicios de protección sanitaria para toda la población, de ser posible en forma gratuita"*[31].

Con relación al derecho a la salud, señala la necesidad de adoptar medidas que proporcione gratuitamente los servicios sanitarios a toda la población y que asegure las instalaciones y servicios preventivos y curativos adecuados, así como los servicios médicos de bienestar social[32]. Respecto a la salud mental de las personas o físicamente impedidas, señala la adopción de medidas apropiadas para su rehabilitación (provisión del tratamiento, prótesis y otros aparatos técnicos), en especial para niños y jóvenes[33].

## 12. La Declaración de Alma Ata[34].

Esta declaración es producto de la Conferencia Internacional de Atención en Salud realizada por la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en Alma-Ata, capital de Kazajst en el año 1978. Fue concebida como el evento de política de salud internacional más importante de la década de los setenta y promovió la estrategia de alcanzar un mejor nivel de salud para los pueblos. Su lema fue "Salud para todos en el año 2000".

La Declaración de Alma-Ata está conformada por diez puntos no vinculantes para los Estados miembros, que buscan la construcción de un nuevo sistema de salud que permita el ejercicio pleno del derecho[35]. Define entre otros, el concepto de salud y de equidad, establece la salud como un asunto socioeconómico y de

30 ONU. Asamblea General de las Naciones Unidas. Diciembre de 1969.

31 *Ibidem.*

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

33 Declaración sobre el progreso y el desarrollo en lo social. Artículo 19. http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/ProgressAndDevelopment.aspx

34 http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004&Itemid=270

35 *Ibidem.*

responsabilidad gubernamental y define la atención primaria en salud así como sus componentes[36].

La atención primaria en salud fue definida como el conjunto de valores rectores para el desarrollo sanitario, un conjunto de principios para la organización de servicios de salud y una variedad de criterios para abordar las necesidades sanitarias prioritarias y los determinantes fundamentales de la salud.

La conferencia les pidió a los Gobiernos, a la comunidad internacional, a organizaciones internacionales y a los trabajadores de la salud, apoyar los comités nacionales e internacionales de atención primaria y colaborar en su introducción, desarrollo y mantenimiento mediante apoyo técnico y financiero. Sin embargo, no se consiguió cumplir la meta de "Salud para todos" necesaria para el año 2000 y al contrario, se generó una brecha sanitaria aún mayor a la existente en 1978, se crearon sistemas mixtos de salud, con subsidio estatal para las clases bajas y con seguros privados para las clases favorecidas económicamente.

## 13. La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW o CETFDCM)[37].

Es un tratado internacional de las Naciones Unidas firmado en 1979, como resultado del trabajo realizado por la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer, creada en 1946 por el Consejo Económico y Social de la ONU.

Dentro de las recomendaciones realizadas por la convención se destaca la Recomendación General N.º 15 emitida en 1990, que advierte la necesidad de evitar la discriminación contra la mujer en las estrategias nacionales de acción preventiva y lucha contra el SIDA. Posteriormente se emitió la Recomendación General N.º 19 (1992) con relación a la violencia contra la mujer, donde se recomendó: (…) *"Los Estados adopten medidas para poner fin a estas prácticas y tengan en cuenta las recomendaciones del Comité sobre la circuncisión femenina, (Recomendación N.º 14 (1990) al informar sobre cuestiones relativas a la salud"*[38].

36 Que incluye: la educación acerca de los problemas de salud y los métodos de cómo prevenirlos y controlarlos; la promoción del suministro de alimentos y la nutrición apropiada; el desarrollo de una adecuada fuente de agua potable y de salubridad básica; el cuidado maternal e infantil, incluyendo la planificación familiar; la vacunación en contra de las más importantes enfermedades infecciosas; la prevención y control de enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de enfermedades comunes y lesiones; y, proporcionar los medicamentos esenciales.

37 ONU. Asamblea General de Naciones Unidas. CEDAW. Diciembre de 1979.

38 Recomendación General N.º 19 (1992).

Con relación a las mujeres con discapacidad, en la Recomendación General N. º 18 de 1991, se les exige a los Estados parte, la presentación de informes periódicos sobre las medidas adoptadas para hacer frente a dicha situación, incluidas aquellas que garanticen la igualdad de oportunidades en educación y empleo, servicios de salud y seguridad social, y su inclusión en todos los aspectos sociales y culturales de la vida"[39].

En 1999 se dio el Protocolo Facultativo, en el que los Estados partes se comprometen a eliminar toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo.

## 14. La Observación General N.° 6 sobre derecho a la vida.

Emitida por el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y adoptada por el Comité de Derechos Humanos de la ONU en el año 1982. Declaró la interdependencia que existe entre el derecho a la vida y el derecho a la salud, situación que ha servido de apoyo a los jueces en sus fallos judiciales.

El comité señaló que el derecho a la vida es inherente a la persona humana, por lo que no podía entenderse de manera restrictiva, y su protección exige a los Estados, la adopción de medidas positivas para disminuir la mortalidad infantil y aumentar la esperanza de vida, con la implementación de medidas para eliminar la malnutrición y las epidemias[40].

## 15. Principios de ética médica aplicables a la función del personal de salud, especialmente los médicos, en la protección de personas presas y detenidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes.

Estos principios fueron adoptados por la Asamblea General de las Naciones Unidas en el año de 1982 y consagra parámetros importantes con relación al derecho a la salud.

Establece el deber de los profesionales en salud de brindar protección a la salud física y mental de las personas que están presas o detenidas y a tratar las enfermedades al mismo nivel de calidad que les brindarían a las personas que no lo

39 Recomendación General N.º 18 (1991).

40 Comité de Derechos Humanos. Observación General N.° 6, relativa al derecho a la vida (1982).

están. Fija el límite que existe en la relación profesional del personal de salud y las personas detenidas, al indicar que es una violación de la ética médica, cualquier relación cuya sola finalidad no sea la de evaluar, proteger o mejorar la salud física y mental de los detenidos.

En el conjunto de principios para la protección de todas las personas sometidas a cualquier forma de detención o prisión de 1988, adoptados por la Asamblea General de Naciones Unidas, se reitera que ninguna persona detenida o presa puede ser sometida, ni siquiera con su consentimiento, a experimentos médicos o científicos que puedan ser perjudiciales para su salud[41].

## 16. Protocolo de San Salvador de 1988[42].

Con este protocolo, adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos, los Estados partes se comprometen a adoptar medidas internas y de cooperación entre los Estados, hasta el máximo de los recursos disponibles con el fin de lograr la plena efectividad de los DESC.

A partir del reconocimiento del carácter progresivo de los derechos, los Estados parte se comprometen a cumplir cinco tipos de obligaciones: *(i) adoptar medidas necesarias, hasta el máximo de los recursos disponibles, para lograr progresivamente su plena efectividad, (ii) adoptar disposiciones legislativas o de otro carácter que fueren necesarias para hacerlos efectivos, (iii) garantizar su ejercicio sin discriminación, (iv) no restringir derechos específicamente reconocidos nacional o internacionalmente y, (v) solo restringir y limitar los derechos reconocidos en el Protocolo mediante leyes que tengan por fin proteger el bienestar general en una 'sociedad democrática*[43].

Determina el derecho a la salud de toda persona, como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, comprometiendo a los Estados partes a reconocer la salud como un bien público y los obliga a presentar informes periódicos sobre las medidas progresivas que hayan adoptado para asegurar el debido respeto de los derechos.

## 17. La Convención sobre los Derechos del Niño (CDN)[44].

41 Conjunto de principios para la protección de todas las personas sometidas a cualquier forma de detención o prisión (1988), Principio 22.

42 *Protocolo de San Salvador*, adoptado en San Salvador, El Salvador el 17 de noviembre de 1988. Entró en vigor el 16 de noviembre de 1999.

43 http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/BDL/2007/5829.pdf?view=1

44 ONU. Asamblea General de las Naciones Unidas. Noviembre de 1989.

Es un tratado internacional de las Naciones Unidas, firmado en 1989. Reconoce a los niños como sujetos de derecho y convierte a las personas adultas en sujetos de responsabilidades.

Esta convención está compuesta por un conjunto de normas para la protección de la infancia y los derechos del niño, que implica el compromiso de los Estados adheridos, para lo cual deben adecuar su marco normativo a los principios de la CDN y a destinar todos los esfuerzos que sean necesarios para lograr que cada niño goce plenamente de sus derechos.

Obliga a los Estados parte a reconocer en los niños: (i) El disfrute del más alto nivel posible de salud y, (ii) los servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud, indicando que *"se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios"*[45].

## 18. El Convenio N.º 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes (1989)[46].

Expedido por la Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo[47], basado en disposiciones internacionales y en la Recomendación sobre poblaciones indígenas y tribales de 1957.

Respecto al derecho a la salud determinó que: (…) *"El mejoramiento de las condiciones de vida y de trabajo y del nivel de salud y educación de los pueblos interesados, con su participación y cooperación, deberá ser prioritario en los planes de desarrollo económico global de las regiones donde habitan"*. Asimismo, indicó la obligación de los Gobiernos de proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar los servicios de salud adecuados bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental.

Estableció que los servicios de salud debían organizarse, en la medida de lo posible a nivel comunitario, planearse y administrarse con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales[48].

45 http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx

46 Ratificado por Colombia por medio de la Ley 21 de 1991.

47 http://www.oit.org.pe/WDMS/bib/publ/libros/convenio_169_espanol-quechua.pdf

48 Ibídem.

## 19. La Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares[49].

Esta convención fue emitida por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1990 y en ella se reconoce, a los trabajadores migratorios y sus familiares, el derecho a recibir atención médica urgente que sea necesaria para preservar su vida o para evitar daños irreparables a su salud, en condiciones de igualdad con los nacionales del Estado donde se solicita.

Señala que la atención de urgencia no puede negarse por motivo de la irregularidad de la permanencia o del empleo, y reitera la estrecha relación entre el derecho a la salud y la dignidad humana[50].

## 20. Los principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental[51].

Estos principios fueron adoptados por la Asamblea General de la ONU en el año de 1991 y están dirigidos a la protección de un grupo específico de personas, no a una categoría de derechos. En el documento se regulan las libertades fundamentales (derechos de libertad) y los derechos básicos (derechos sociales) de este grupo de personas, enunciando que tienen derecho a la mejor atención disponible en materia de salud mental, a ser tratados con humanidad y con respeto a la dignidad inherente de la persona humana.

En materia de salud, el principio diecinueve sobre acceso a la información, determina que el paciente tiene derecho a conocer sobre su historial médico, el cual tiene restricción en el sentido de impedir que se cause un perjuicio grave a la salud del paciente o se ponga en peligro la seguridad de terceros. De igual manera, el principio cuatro establece que la determinación de una enfermedad mental no puede darse fundamentada en condiciones políticas, económicas o sociales, en la afiliación a un grupo cultural, racial o religioso, o en cualquier otra razón que no se refiera directamente al estado de la salud mental[52].

---

49 ONU. Asamblea General de las Naciones Unidas. Diciembre de 1990, entró en vigor en julio de 2003. Aprobada por el Congreso de la República con la Ley 146 de 1994.

50 *Ibídem.*

51 Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental. https://www.cidh.oas.org/privadas/principiosproteccionmental.htm

52 *Ibídem.*

## 21. Las Observaciones del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR)[53].

Son observaciones que realiza el Comité desde el año 1989 acerca del PIDESC de 1966, en desarrollo de la función de vigilancia a la aplicación del pacto por los Estados partes.

Varias de las observaciones realizadas por el Comité reconocen la interdependencia e indivisibilidad de los derechos humanos. En el caso del derecho a la salud, son precisados a propósito de las obligaciones que se derivan del derecho a una vivienda adecuada o de los derechos de las personas con discapacidad o de las personas mayores. Es así como, en la Observación N. °4 de 1991, señala que una vivienda adecuada debe contar con aspectos como: (i) contar con servicios indispensables para la salud; (ii) ser habitable, es decir proteger a sus ocupantes de las inclemencias del tiempo o de otras amenazas para la salud; y (iii) estar en un lugar que permita el acceso a los servicios de atención en salud"[54].

Con relación a los derechos de las personas con discapacidad, el Comité en su observación N. °5 de 1994, encontró que el derecho al disfrute de la salud física y mental implicaba el derecho a tener acceso a los servicios médicos y sociales –incluidos los aparatos ortopédicos– y a beneficiarse de dichos servicios, con el fin de que las personas con discapacidad sean autónomas, se eviten otras discapacidades y se promueva su integración social[55].

## 22. La Declaración y Programa de acción de Viena[56].

Esta declaración fue adoptada por la Conferencia Mundial de Derechos Humanos en el año de 1993 y revive la responsabilidad de la comunidad internacional con la promoción y la protección de los derechos humanos, en especial los derechos de las mujeres, niños y pueblos indígenas.

Los Estados miembros se comprometen a respetar los derechos humanos y las libertades fundamentales y a adelantar acciones y programas de manera individual y colectiva para lograr que su disfrute sea una realidad para todos los seres humanos.

---

53 https://conf-dts1.unog.ch/1%20SPA/Tradutek/Derechos_hum_Base/CESCR/00_1_obs_grales_Cte%20Dchos%20Ec%20Soc%20Cult.html

54 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General N. °4. El derecho a una vivienda adecuada (1991).

55 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General N. °5. Personas con discapacidad (1994).

56 http://www.ohchr.org/Documents/Events/OHCHR20/VDPA_booklet_Spanish.pdf

## 23. La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad[57].

Adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en el año 2000. Es un instrumento destinado a proteger los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad. Está supervisada por el Comité de Expertos de la ONU.

En la convención se señalan los derechos civiles, culturales, políticos, sociales y económicos de las personas con discapacidad, por lo que los Estados miembro se comprometen en el respeto sistemático de su dignidad, en promover, proteger y garantizar el disfrute pleno y equitativo de los derechos humanos y de las libertades fundamentales y, en presentar informes sobre las medidas que adoptan para promoverlos.

## 24. Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento.

El Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento y la Declaración Política que fueron aprobados por la segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento en el año 2002, son el punto decisivo en la percepción mundial respecto a la construcción de una sociedad para todas las edades[58].

Es un programa destinado a enfrentar el reto del envejecimiento en el siglo XXI. Se centra en tres ámbitos[59]: (i) las personas de edad y el desarrollo, (ii) el fomento de la salud, (iii) el bienestar en la vejez y la creación de un entorno propicio y favorable.

El plan sirve de base para la formulación de políticas y apunta a los Gobiernos, a las organizaciones no gubernamentales y a otras partes interesadas, para reorientar la manera en que sus sociedades perciben a los ciudadanos de edad.

57 http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf
58 https://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-sp.pdf
59 http://undesadspd.org/Portals/0/ageing/documents/Fulltext-SP.pdf

# CAPÍTULO II

## LOS OBJETIVOS DEL MILENIO Y EL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD

En el año 2000, ciento ochenta y nueve (189) países miembros de la Organización de las Naciones Unidas se comprometieron a cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). En lo que fue conocido como la Declaración del Milenio se establecieron ocho (8) grandes objetivos: (i) erradicación de la pobreza, (ii) el alcance de la educación primaria universal, (iii) la igualdad entre los géneros, (iv) la reducción de la mortalidad infantil (v) mejoramiento de la salud materna, (vi) la lucha contra el avance del VIH/sida, (vii) el sustento del medio ambiente, y (viii) el fomento de una Asociación Mundial para el Desarrollo[60].

En septiembre de 2015, con el fin de emprender medidas conjuntas para mejorar la vida de las personas, se reunieron varios dirigentes mundiales, quienes adoptaron una nueva Agenda para el Desarrollo Sostenible que continuaba con la línea trazada por los ODM en el sentido de erradicar la pobreza, promover la prosperidad y el bienestar para todos, proteger el medio ambiente y luchar contra el cambio climático.

El programa, titulado "Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible", es producto del acuerdo alcanzado por los Estados miembro de las Naciones Unidas y está compuesto por una Declaración, 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible y 169 metas[61].

Los objetivos establecidos son: (i) fin de la pobreza, (ii) cero hambre, (iii) salud y bienestar, (iv) educación de calidad, (v) igualdad de género, (vi) agua limpia y saneamiento, (vii) energía asequible y no contaminante, (viii) trabajo decente y crecimiento económico, (ix) industria, innovación e infraestructura, (x) reducción de las desigualdades, (xi) ciudades y comunidades sostenibles, (xii) producción y consumo responsable, (xiii) acción por el clima, (xiv) vida submarina, (xv) vida de ecosistemas terrestres, (xvi) paz, justicia e instituciones sólidas y, (xvii) alianza para lograr los objetivos.

El tercer objetivo "salud y bienestar" 2015-2030, comprende:

60 http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/mdg-sdg-report/es/

61 http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/2015/un-sustainable-development-summit/es/

- Para 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos.
- Para 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1.000 nacidos vivos, y la mortalidad de niños menores de 5 años al menos hasta 25 por cada 1.000 nacidos vivos.
- Para 2030, poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles.
- Para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar.
- Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol.
- Para 2020, reducir a la mitad el número de muertes y lesiones causadas por accidentes de tráfico en el mundo.
- Para 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.
- Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y a vacunas seguras, eficaces, asequibles y de calidad para todos.
- Para 2030, reducir sustancialmente el número de muertes y enfermedades producidas por productos químicos peligrosos y la contaminación del aire, el agua y el suelo.
- Fortalecer la aplicación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco en todos los países, según proceda.
- Apoyar las actividades de investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos para las enfermedades transmisibles y no transmisibles que afectan primordialmente a los países en desarrollo y facilitar el acceso a medicamentos y vacunas esenciales asequibles de conformidad con la Declaración de Doha

relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la Salud Pública, en la que se afirma el derecho de los países en desarrollo a utilizar al máximo las disposiciones del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio en lo relativo a la flexibilidad para proteger la salud pública y, en particular, proporcionar acceso a los medicamentos para todos.

- Aumentar sustancialmente la financiación de la salud y la contratación, el desarrollo, la capacitación y la retención del personal sanitario en los países en desarrollo, especialmente en los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo.

- Reforzar la capacidad de todos los países, en particular los países en desarrollo, en materia de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de los riesgos para la salud nacional y mundial.

Colombia, con el fin de cumplir con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), incluyó en el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2014-2018[62], acciones para cada una de las metas del ODS y apuntó al mejoramiento de sus resultados en salud y nutrición. Igualmente, estableció que el objetivo central del Sistema de Salud Colombiano era el de mejorar las condiciones de su población y propiciar su goce efectivo en condiciones de calidad, eficiencia, equidad y sostenibilidad.

Adicionalmente, el Gobierno nacional se comprometió a mejorar el acceso universal y efectivo a los servicios de salud con calidad, fortalecer la infraestructura pública hospitalaria, implementar actividades que mejoren las condiciones y reduzcan las brechas de resultados en salud, recuperar la confianza y la legitimidad en el sistema y, asegurar su sostenibilidad financiera en condiciones de eficiencia.

Para poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, el PND planteó continuar con la Estrategia de Atención Integral a la Primera Infancia "De Cero a Siempre", que promueve y garantiza el desarrollo integral de las niñas y los niños desde su gestación hasta cumplir los seis años. Propuso el desarrollo de acciones como, la disminución del porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer, a través de la ampliación y la profundización a nivel territorial de la estrategia de prevención y reducción de la anemia nutricional infantil; el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), el programa método Madre Canguro y los bancos de leche humana.

Para reducir la mortalidad materna evitable, se buscó eliminar las barreras existentes y mejorar la calidad de la atención antes, durante y después del parto. Al

62 Ley 1753 del 9 de junio de 2015. Artículo 1°.

respecto, el PND propuso la implementación de acciones integrales y de control para la detección temprana del embarazo y atención de las embarazadas con enfoque de derechos humanos[63]. Para reducir la muerte materna en zonas rurales y dispersas, la estrategia se basa en la modificación del modelo de atención en salud, el cual debe integrar el trabajo de las entidades territoriales, aseguradoras y prestadoras del servicio bajo el enfoque de Gestión Integral de Riesgo en Salud.

Para poner fin a las enfermedades transmisibles, entre las que se encuentran el SIDA, la tuberculosis, la malaria, la hepatitis y las enfermedades transmitidas por el agua, las estrategias incluidas radican en fortalecer la Estrategia de Gestión Integrada (EGI), que incluye un modelo intersectorial para reconocer, estudiar, contextualizar e intervenir las causas, desenlaces negativos y los impactos de este grupo de enfermedades. Incluye acciones individuales para la atención integral en pacientes, como colectivas dirigidas a la prevención primaria de la transmisión, incorpora acciones de promoción, prevención, vigilancia (epidemiológica y de laboratorio) y control de las enfermedades transmisibles[64].

Para reducir la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles, el Plan incluye la promoción de hábitos de vida saludable, y para mejorar la salud mental y disminuir el impacto que sobre las personas tienen el consumo de sustancias psicoactivas, incluye acciones como la creación del observatorio nacional de convivencia y protección de la vida, la aplicación de lineamientos técnicos para la promoción de la convivencia social, la atención integral en salud al adulto mayor y la promoción del envejecimiento activo y mentalmente saludable.

Para fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol, plantea estrategias que incentivan la actividad física, la alimentación saludable, la reducción del consumo de alcohol y el no consumo y exposición al tabaco, con el fin de reducir la morbimortalidad y discapacidad por cáncer, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y las enfermedades pulmonares, en el marco de la Ley 1566 de 2012.

Para garantizar el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva, se continúa con la estrategia de prevención del embarazo en la adolescencia y con la asistencia técnica conjunta de los entes territoriales para que se incluyan indicadores, políticas, programas y proyectos de derechos sexuales y reproductivos, vinculados con la política de prevención del embarazo en la adolescencia, en

63 Ley 1738 de 2014, Artículo 215.
64 DNP. Bases del Plan Nacional de Desarrollo, pág. 236.

los respectivos planes de desarrollo[65]. En términos de programas, el ministerio aborda el embarazo adolescente a través de la profundización del Modelo de Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes[66]; y para la prevención y reducción de formas de violencia sexual, se promueve la implementación de rutas para la atención integral a víctimas de violencia de género, en los sectores de salud, justicia y protección.

Para lograr la cobertura universal en salud se prevé la universalización del aseguramiento y la reducción de los riesgos colectivos, a través de las acciones de salud pública. Al respecto, al Ministerio de Salud le corresponde definir su política, teniendo en cuenta los enfoques de la atención primaria en salud (APS), la salud familiar y comunitaria, la articulación de las actividades individuales y colectivas y, el enfoque poblacional y diferencial[67] .

Para garantizar el adecuado flujo y control de los recursos del SGSSS, crea la entidad administradora para el manejo unificado de los recursos destinados a la financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud y para el suministro de medicamentos, insumos y dispositivos médicos, entre ellos vacunas, el plan contempla los mecanismos para adelantar negociaciones centralizadas de precios[68].

Un indicador de desarrollo, es la importancia que le dan los países a la vida y a la salud en especial de mujeres gestantes y de recién nacidos, evitando la mortalidad por causas asociadas al embarazo, al parto y al posparto. Es por este motivo que uno de los objetivos del milenio, fijó la meta universal de reducir la tasa de mortalidad materna en las tres cuartas partes entre los años 1990 y 2015, compromiso asumido por Colombia que, además, se propuso reducirlo a la mitad.

Sin embargo, esto no sucedió y en el 2015 el país no logro bajar a la tasa de 45 fallecidos por cada 100.000 nacidos vivos tal como se esperaba, ya que el índice, según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) fue de 54,62 muertes por cada 100.000 nacidos vivos.

Lo anterior preocupa debido a que el informe presentado por el Departamento de Planeación Nacional[69] evidenció que ocho de cada diez de las mujeres fueron atendidos en centros de salud, pero recibieron tratamientos inadecuados y care-

65 Ley 1753 de 2015, Artículo 84.

66 https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Modelo%20de%20servicios%20de%20salud%20amigables%20para%20adolescentes%20y%20j%C3%B3venes.pdf

67 Ley 1753 de 2015, Artículo 65.

68 Ibíd. Artículo 71.

69 Informe de seguimiento de los objetivos de desarrollo del milenio. Año 2013. https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Desarrollo%20Social/InformeODM_2013.pdf

cieron de oportunidad, seguimiento y control, circunstancias evitables con los programas de promoción y prevención de la enfermedad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que el 99 por ciento de las muertes maternas ocurren en países en desarrollo. Al compararlo con otros países desarrollados, se encuentra que, por ejemplo en Estados Unidos, el riesgo de morir para estas mujeres es de uno en 3.700 en promedio, mientras que en África, es de uno en 16 y en países como Colombia de uno en 130 casos.

Con ocasión al análisis de la situación de salud en las regiones, el peor problema no fue el incumplimiento de la meta, sino las brechas regionales que el indicador nacional muestra. Esto fue evidenciado por el Ministerio de Salud que en el año 2011 registró en el departamento de Chocó, una tasa de 357,97 mujeres muertas por cada 100.000 nacidos vivos, casi siete veces más que el promedio nacional y, en el departamento de La Guajira, 166,85 mujeres muertas por cada 100.000 nacidos vivos (una y media mujer fallecida más, que el promedio nacional); de hecho, en este departamento, la tasa en lugar de disminuir aumentó progresivamente desde el año 2008.

Situación similar se presenta en los departamentos de Vaupés, Cauca, Amazonas, Nariño, San Andrés, Meta, Córdoba, Magdalena, Arauca, Cesar y Caldas, que abarcan cerca de la tercera parte del país, cuyas muertes se presentaron no solo por factores médicos asistenciales, sino por los determinantes sociales y económicos que definen la inequidad en la que se vive en Colombia.

Los análisis al informe de seguimiento[70] a los objetivos de desarrollo del milenio boletín de seguimiento y evaluación realizados por el Ministerio de Salud y Protección Social, demuestran que la mortalidad materna es más alta en la población clasificada como más pobre, la cual se ubica en regiones del país con mayor proporción de necesidades básicas insatisfechas (sobre todo en áreas rurales) como Córdoba, Guainía, Vichada, Vaupés y Chocó, siendo estos dos últimos, los que presentan los mayores riesgos para las embarazadas en el país.

Según el DANE, el 60 por ciento del total de las muertes en Colombia se concentran en la población con mayor porcentaje de analfabetismo y en grupos indígenas, rom, raizales y palanqueros, quienes son los más afectados.

En el análisis "Primera infancia, cómo vamos"[71], que evaluó la situación de la niñez en siete grandes ciudades del país (Bogotá, Barranquilla, Cali, Cartagena,

70 Ministerio de Salud y Protección Social. Informe de seguimiento a los objetivos de desarrollo del milenio boletín de seguimiento y evaluación. Año 2015.
71 Ministerio de Salud y Protección social. Año 2014.

Manizales, Bucaramanga y Medellín), encontró que Bogotá, a pesar de contar con una cobertura del 98 por ciento en aseguramiento, las madres tienen casi tres veces más riesgo de morir que en Bucaramanga y más riesgo que en Barranquilla, Medellín, Cali y Manizales. Además, se presentan las brechas internas en cada ciudad, siendo las zonas de mayor vulnerabilidad, las de mayor mortalidad, ejemplo, en zonas del sur como Bosa, Kennedy, Ciudad Bolívar, fallecen más mujeres gestantes, que las ubicadas en lugares como Chapinero y Usaquén.

Según el estudio "Maternal Mortality in Colombia in 2011: a Two Level Ecological Study"[72], realizado en Colombia con el objetivo de identificar las características socioeconómicas del orden municipal y departamental asociado a la mortalidad materna, con datos de 1.094 municipios de todos los departamentos, encontró que la pobreza y la transparencia en el uso de los recursos se asociaron con el aumento de la mortalidad materna en el país. Indica que, de hecho, esta tasa es 14 veces mayor en los municipios ubicados en departamentos con alto nivel de pobreza y menor índice de transparencia en su administración pública, con respecto a los municipios de mayor desarrollo.

Es por la anterior razón que la estrategia contemplada en el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018, consiste en la implantación de modelos de atención diferenciales y rutas de atención que permitan la prevención de la mortalidad materna, en zonas del país donde se concentra, a través de la atención primaria y el abordaje diferencial para poblaciones de alto riesgo.

La tasa de mortalidad en menores de 5 años presentó una disminución entre los años 2005 y 2011[73], al pasar de 25,46 a 20,46 muertes por cada 1.000 nacidos vivos. Las principales causas de defunción registradas son los trastornos respiratorios, seguidos de las malformaciones y anomalías congénitas e infecciones específicas del periodo perinatal. En 2011 el mayor porcentaje de muertes se presentó en los menores de un año con el 82,7 por ciento, el 9,3 por ciento en los menores de 2 a 4 años y en menor proporción en la población de un año (7,9 por ciento).

Con relación al comportamiento de la tasa de mortalidad en menores de 5 años en los departamentos de Colombia, período 2005-2011, se evidencia que el Chocó con 49 casos por cada mil nacidos vivos, el grupo de la Amazonía con 47,51 por mil nacidos vivos y La Guajira con 39,6 por mil nacidos vivos, presentan las mayores tasas de mortalidad en menores de 5 años, que comparados con los otros departamentos del país, en el año 2011, reafirma una brecha importante

72 Autor: Cárdenas, Luz Mery y otros. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25785719

73 Departamento Nacional de Planeación, informe de seguimiento de los objetivos de desarrollo del milenio 2014. https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/.../09%20Informe%20ODM

con respecto a la tasa nacional (20,46 muertes por cada mil nacidos vivos), lo que ratifica la inequidad social.

En el año 2005 en el departamento de Chocó se registró el fallecimiento de 62 recién nacidos por cada 1.000 nacidos vivos y, en el 2011, 53 por cada 1000 nacidos vivos, esto sin contar con el alto subregistro de muertes que se presenta y que representa una reducción de tan solo seis muertes en seis años; frente a departamentos como Valle del Cauca, Santander y Cundinamarca que registran 16 muertos por cada 1.000 nacidos vivos, confirmando la inequidad social del país, y donde los determinantes sociales tales como la alimentación, servicios sanitarios, agua potable, educación y violencia, entre otros, hace que sea mayor la mortalidad.

Por último, es importante señalar lo manifestado por el Secretario General de la ONU[74], Ban Ki Moon, en el informe de cierre al cumplimiento de los objetivos del milenio: *"no se cumplieron los compromisos para asistir a las naciones en desarrollo, garantizar un acceso suficiente a los mercados, facilitar el acceso a medicamentos más baratos y extender los desarrollos tecnológicos",* argumentando las causas del incumplimiento en los objetivos del milenio.

74 Periódico El Tiempo. 18 de septiembre de 2015. http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-16379371

# CAPÍTULO III

## UNA MIRADA AL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO A PARTIR DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE 1991

Este capítulo pretende hacer una breve exploración del derecho a la salud en las constituciones de Colombia, con énfasis en los cambios que surgieron a partir de la nueva Constitución de 1991.

### 1. La Salud en la Constitución de 1886

La evolución histórica en los modelos de salud que ha tenido el país está directamente relacionada con el quehacer del Estado en cada período histórico, es así como se pueden identificar tres períodos en la concepción salud vs. relación Estado[75], el primero corresponde a: el ***período higienista*** que se inició con la Constitución de 1886 hasta mediados de 1950, bajo este modelo, la provisión de salubridad pública se limitaba a atender aspectos de carácter sanitario, mientras que la atención preventiva y curativa en salud tenía que ser financiada por los propios usuarios o por algunas instituciones religiosas de caridad, en este período aparecen la Caja Nacional de Previsión que atendía la salud de los empleados públicos y, para 1946, se crea el Instituto Colombiano de Seguros que atendía a los empleados del sector privado formal.

El segundo período, de ***subsidio a la oferta,*** va desde 1970 hasta 1989, se caracterizó por la creación del Sistema Nacional de Salud, en donde los recursos del gobierno central para la salud eran transferidos a la red de instituciones públicas hospitalarias. El servicio de salud se convierte en parte integral de la planeación socioeconómica del país y su esquema involucraba a tres actores: Estado, empleadores y empleados; sin embargo, tal sistema no aseguraba la cobertura de toda la población, en especial la de escasos recursos; y el tercer período de ***subsidio a la demanda*** que inicia en 1990, con la expedición de la Ley 10 bajo el Gobierno de Virgilio Barco, en acuerdo con el Artículo 36 de la Constitución Política de 1886 que elevó el servicio de salud al rango de servicio público.

Por lo anterior, se puede decir que en Colombia, el sistema de seguridad social aparece hacia el año de 1945 como consecuencia de la crisis que enfrentaron las

75 González Yulieg y otros. Evolución de la participación del Estado en la salud Pública y la financiación de plan territorial de salud. Revista CES Salud Pública vol., 1 no., 1 jul-dic 2010.

empresas cuando se dieron cuenta que les era imposible pagar, en forma directa la carga prestacional de sus empleados. Esta situación ocasionó que muchas se declararan en quiebra y generó la necesidad de crear un sistema de seguridad social que manejara esas prestaciones, que garantizara las obligaciones de los empleadores y los derechos de los trabajadores.

En atención a esta situación[76], se crea en 1945 la Caja Nacional de Previsión Social (CAJANAL) y en 1946 el Instituto Colombiano de los Seguros Sociales (ICSS), la primera, para el sector público y el segundo para el sector privado, lo que marcó una marcada diferenciación entre estas dos clases de trabajadores. CAJANAL cubría una parte del sector central del Gobierno nacional, por lo que cada entidad o empresa pública que lograba obtener algún tipo de "poder", lo utilizaba para fortalecer sistemas separados de previsión social, apareciendo sistemas como el de las Fuerzas Militares, Telecom, Ecopetrol, Congreso de la República y Superintendencia de Notario y Registro, entre otros. Por su parte, el ICSS se convirtió en una entidad monopólica de afiliación del sector privado, creando en su interior un sistema de solidaridad entre las distintas regiones y sectores de producción industrial.

Esta situación generó desarticulación, dispersión y falta de solidaridad en los sistemas, lo que dio lugar a la expedición en 1950 del Código Sustantivo del Trabajo, el cual reguló aspectos como las jornadas de trabajo, el descanso obligatorio, las prestaciones por accidente de trabajo y enfermedad profesional. En 1954 se crean las cajas de compensación familiar (CCF) con la finalidad de entregar a cada trabajador según el número de hijos, una compensación en dinero[77].

Es así como se manejaban dos conceptos: (i) seguridad social, del cual hacían parte Cajanal y el ICSS y, (ii) de asistencia social, basada en servicios de caridad hacia la población más pobre.

En 1968 con la reforma del Presidente Carlos Lleras, se reajusta el sistema de salud en atención a la necesidad de organizar a las instituciones que prestaban servicios de salud, las cuales funcionaban en desorden y sin coordinación. El sistema quedó conformado por el Ministerio de Salud (nivel nacional), los servicios seccionales de salud (nivel seccional) y los hospitales locales (nivel local).

76 Rocha Buelvas, Ánderson. Antecedentes históricos de la seguridad social en salud: parte de la construcción de un país sin memoria. Colombia, 2010.

77 Cortés Guerrero, Valentina. Análisis de la evolución de las figuras de las cajas de compensación familiar en Colombia, como entes gestoras de la seguridad social. Colombia, 2011.

En 1975 se creó el Sistema Nacional de Salud (SNS)[78] con tres niveles de atención en red (I, II, III), siendo el nivel I, los prestadores de menor complejidad. Los hospitales recibían "auxilios" monetarios, lo que implicaba la transferencia de recursos sin contraprestación por parte del Estado, por lo que eran llamados "Instituciones de Utilidad Común".

Sin embargo, los problemas cada vez más evidentes del ICSS ocasionaron que en 1977 se le otorgaran al Presidente facultades extraordinarias para reorganizar todo el régimen de seguridad social en el país[79], lo que originó una serie de medidas que buscaban la consecución de recursos y el mejoramiento de servicios en la entidad. El ICSS pasó a llamarse ISS, por lo que se implementó la separación de los seguros asistenciales de los seguros económicos y creó una nueva categoría de trabajadores denominada "funcionarios de seguridad social", que era entendida como una categoría intermedia entre empleados públicos y trabajadores oficiales, con las facultades de negociar colectivamente sus asignaciones salariales y prestacionales. Esta categoría jurídica subsistió hasta 1992, cuando el ISS transformó su naturaleza jurídica a empresa industrial y comercial del Estado, por lo que sus funcionarios pasaron a ostentar la categoría de trabajadores oficiales.

Aunque el SNS incluía los subsistemas de salud, pensiones y riesgos profesionales, funcionaban de manera desarticulada y debido a la poca injerencia del Ministerio en el ISS y en las otras entidades de seguridad social, su papel como regulador era limitado. Además, la división de la población en atención a la capacidad de pago, violaba los derechos de igualdad y equidad en el sistema y no había solidaridad entre los que recibían ingresos más altos y la población pobre.

Por tal motivo, los gastos de bolsillo en las familias representaban más del 50% del gasto en salud, la población más pobre invertía el 18% de sus ingresos en el pago de hospitales, médicos y medicamentos, en contraste con los más ricos que solo dedicaba menos del 0.5% de sus ingresos.

Lo anterior conllevó la necesidad de incluir la salud en la reforma planteada en 1990 y que dio origen a la Constitución Política de 1991.

78 Rocha Buelvas, Ánderson. Antecedentes históricos de la seguridad social en salud: parte de la construcción de un país sin memoria. Colombia, 2010.

79 Ley 12 de 1997. Por la cual se reviste al Presidente de la República de facultades extraordinarias para determinar la estructura, régimen y organización de los Seguros Sociales obligatorios y de las entidades que los administran.

## 2. La salud después de la Constitución de 1991

Con la Constitución Política en 1991 (CP) que estableció un nuevo ordenamiento jurídico, institucional y social en el país, la salud quedó establecida como un servicio público obligatorio a cargo del Estado, que garantizaba la promoción, protección y recuperación de la salud, en atención a los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia.

El sistema de salud colombiano inició un proceso de reestructuración. El artículo 49 de la Constitución estableció que la atención de la salud y el saneamiento ambiental eran servicios públicos a cargo del Estado, por lo que se debía garantizar a todas las personas, el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

El mismo artículo indica que es al Estado a quien le corresponde organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud y de saneamiento ambiental a todos los habitantes conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. Establece las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas y asume la responsabilidad del ejercicio de vigilancia y control. Igualmente, determina las competencias de la nación, las entidades territoriales y los particulares, así como los aportes a cargo. Por último, organiza los servicios de salud en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad, indicando los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes sería gratuita y obligatoria.

Con la Constitución Política de 1991, se presentaron cambios y avances significativos del derecho a la salud. A continuación se hace una breve descripción de la evolución del sistema de salud en Colombia desde entonces:

La CP normaliza el derecho a la salud en nueve (9) artículos a saber:

Artículo 44, inciso 1, establece la fundamentalidad del derecho en el caso de los niños: (…) *"la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada"*.

Artículo 48, define la seguridad social como un servicio público, obligatorio a cargo del Estado, el cual se debe prestar bajo los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. Lo declara irrenunciable y con criterio de progresividad.

Artículo 49 indica que la salud y el saneamiento ambiental, son servicios públicos que garantizan a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Le otorga al Estado la potestad de organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud; establecer las políticas

para su prestación por parte de las entidades privadas y, ejercer su vigilancia y control, entre otras.

Artículo 50, instaura la gratuidad de la atención en las instituciones que reciben aportes del Estado, de todo niño menor a un año que no esté cubierto por algún tipo de protección o de seguridad social.

Artículo 54, le corresponde al estado, respecto a las personas de la tercera edad y discapacitadas, propiciar su ubicación laboral, teniendo en cuenta las condiciones de salud.

En el entendido de que la salud es un servicio público a cargo del Estado, la regulación del control de calidad de bienes y servicios, fue establecido en su artículo 78: (…) *"Serán responsables, de acuerdo con la ley, quienes en la producción y en la comercialización de bienes y servicios, atenten contra la salud, la seguridad y el adecuado aprovisionamiento a consumidores y usuarios (…)"*.

Por su parte, el artículo 334 establece la financiación de la salud, al ser un gasto público social; el artículo 336 en lo relacionado a las rentas que se obtienen por los juegos de suerte y azar, que deben ser destinados a los servicios de salud y educación; y, el 356 en cuanto al Sistema General de Participaciones, al indicar que los departamentos, distritos y municipios destinarán a la financiación de los servicios a su cargo, dándole prioridad al servicio de salud, entre otros.

Finalmente, el artículo 366 señala que el bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población son finalidades sociales del Estado, por lo que son objetivo de su actividad, la solución de las necesidades insatisfechas de salud (…)

No obstante la Ley 100 de 1993, que crea el Sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS), fue concebida como la solución a la crisis que existía como consecuencia de la falta de acceso a los servicios de salud originada principalmente por: i) baja cobertura, en esa época la seguridad social cubría entre el 17 y 20% de la población; con la reforma se buscaba ampliación (a través de la creación del régimen subsidiado, el subsidio de pensiones y la cobertura familiar), ii) inequidad, ya que el sistema era inequitativo y estaba basado en la multiplicidad de regímenes, se buscaba mejorar la equidad. iii) Desfinanciación, se buscaba la refinanciación, por lo cual se establece la protección de los recursos (no destinación a otras cosas), el incremento de las cotizaciones (estaba en el 4.5%) y la creación de nuevas fuentes de financiación. iv) La ineficiencia, que con la reforma buscaba acabarla, a través de la competencia entre las EPS, la libertad de elección, inspección, vigilancia y control, participación de los usuarios y auditorías, entre otras.

Como parte del desarrollo de la CP, la Ley 100 de 1993 crea el SGSSS[80], como un sistema de aseguramiento, solidario, establecido bajo un modelo de seguridad social integral que garantizara, cobertura universal, igualdad (igual atención, cotización y costo), eficacia de todo tipo de recursos, protección familiar, equidad (sin privilegios para algunos), calidad y oportunidad, que estaría conformado por el Estado, los aseguradores y los prestadores y dividido en dos regímenes: Subsidiado y Contributivo.

El Régimen Subsidiado lo conforman las personas sin capacidad de pago o más pobre del país, y está a cargo de las entidades territoriales[81] quienes son los encargados de identificar y afiliar a la población, invertir, contratar y realizar seguimiento a la ejecución de los recursos que lo financian (los transferidos por la nación (SGP[82]), por el Fosyga y los recursos de esfuerzo propio83). Existen los copagos84 que ayudan a su funcionamiento y que dependen de la clasificación del usuario en el Sisbén (1, 2 o 3).

El régimen contributivo está conformado por las personas con capacidad de pago: trabajadores con vinculación laboral, independientes, pensionados y sus beneficiarios, quienes mensualmente deben hacer aportes al sistema, según sus ingresos. También existen los copagos, pero estos varían según la cotización.

Para ser parte del sistema, las personas deben afiliarse a una EPS. Para el régimen subsidiado deben adelantar los trámites ante la Secretaría de Salud de su jurisdicción y en el contributivo, ante la misma EPS de manera directa o a través de la empresa en la que trabaja. Ante la EPS los usuarios gestionan las citas para atención primaria en salud: medicina general, optometría, odontología y demás servicios básicos. Además, previa orden emitida por el médico general, también pueden gestionar los servicios especializados y medicamentos requeridos.

La ley 100 estableció que las clínicas, hospitales, centros médicos, laboratorios, etc., eran los encargados de prestar los servicios de salud a los afiliados, por lo que cada entidad aseguradora debería contar con una red de prestadores de servicios médicos que serían los encargados de garantizar el acceso de los usuarios a los servicios médicos requeridos.

Asimismo, debe recordarse que el Sistema de Seguridad Social en Salud tiene dos propósitos esenciales: regular el servicio público esencial de salud y crear condi-

80 Sistema de salud de Colombia. Autores. Ramiro Guerrero y otros. 2011.
81 Departamentos, distritos y municipios.
82 Sistema General de Participaciones.
83 Recursos destinados por las entidades territoriales para coberturas en salud.
84 Aportes en dinero realizados por los afiliados cuyo propósito es colaborar con el financiamiento del sistema.

ciones de acceso a toda la población a los servicios de salud en todos los niveles de atención.

Este modelo fue creado bajo el supuesto de que la economía iba a crecer anualmente en un 4 por ciento, generando más empleos, más cotizaciones y más aportes para su financiamiento. Sin embargo, esta situación no ocurrió, debido a la fuerte recesión de la economía que presentó Colombia especialmente en los años de 1994 y 1999, ocasionado, en primer lugar por el retiro de ayudas económicas por parte de grandes aliados como Estados Unidos[85], y en segundo lugar, por el problema del UPAC. Estas situaciones, en materia de salud, dieron lugar a la disminución de los afiliados al régimen contributivo y el aumento en el régimen subsidiado, sin que su Unidad de Pago por Capitación (UPC) fuera proporcional. Como consecuencia, el sistema desde sus inicios el sistema empezó a evidenciar una serie de fallas[86], las cuales se pueden resumir en:

- Múltiples quejas de los usuarios debido a la falta de oportunidad en la asignación de citas (especialmente con especialistas), en la autorización de tratamientos médicos y en la entrega de medicamentos.

- Conductas repetitivas por parte de las EPS con el fin de evadir responsabilidades, negación de servicios en salud, imposición de barreras de acceso y falta de oportunidad, entre otros.

- Déficit económico que dificultó la sostenibilidad del sistema de salud debido, entre otros motivos, a la falta de actualización POS lo que produjo recobros excesivos al Fosyga. Las EPS han excedido su capacidad de pago adeudando billones de pesos a las IPS, muchas de ellas quebradas financieramente.

- Insuficiencia de médicos especialistas que deriva en la falta de oportunidad en las citas médicas y por ende en la continuidad de tratamientos y otros servicios médicos.

- Predominio de lo financiero sobre la protección del derecho a la salud.

- Incrementos significativos de las frecuencias de uso de los servicios en salud.

- Cierres de hospitales, salas de urgencia con sobrecupos superiores al 100%, e IPS públicas y privadas con grandes deudas y obligaciones.

---

85 Debido a la denuncia de que la campaña del entonces Presidente había sido financiada con dineros del narcotráfico.

86 Guerrero Espinel, Juan Eduardo. La Crisis de la Salud en Colombia. "La causa de las causas" y posibles soluciones. Una visión desde lo nacional. Colombia, 2015.

- Fallas en la regulación por ineficiencia en la función de inspección, vigilancia y control de las entidades encargadas y la falta de prevención de las enfermedades por parte de la EPS.
- Análisis de indicadores con base en información reportada por EPS e IPS que valoran la prestación del servicio y no la realización del derecho a la salud.
- Precios elevados en medicamentos y servicios con relación al mercado regional.
- Incumplimiento en las funciones otorgadas a los entes territoriales. No direccionamiento de los departamentos hacia los municipios, reflejado en la falta de asesoría y supervisión de las políticas públicas, a pesar de que la Ley 715 de 2001 le permite a los departamentos, invertir hasta el 25% de sus rentas cedidas para apoyar a los municipios y retroalimentar a la Superintendencia Nacional de Salud.
- Negación de servicios incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, POS.
- Aumento significativo de afiliados al régimen subsidiado y baja cobertura del régimen contributivo.
- Sistema de información deficiente y dificultades en su manejo.
- Limitaciones presupuestales, debido a la práctica cada vez más reiterativa de acudir a la deuda como forma de financiamiento.
- Demora y falla en el flujo de los recursos, lo que impacta la prestación y calidad de los servicios de salud y pone en riesgo a la red de hospitales. Además, los recursos pasaron de mano en mano permitiendo el desvío de los mismos.
- Corrupción en el sistema, evidenciado en los recobros al Fosyga y en las afiliaciones al régimen subsidiado, donde se demostró que personas con recursos económicos que podían pagar una cotización, hacían parte de este régimen. Asimismo, generada por el desvío de los recursos, la sobrefacturación y el sistema de contratación y de tarifas.
- Problemas de regulación del sistema, que se traduce en el aumento del número de tutelas interpuestas y del número creciente de normativa, que lo hace más complejo y en ocasiones confuso, presentándose las denominadas «zonas grises» las cuales dan lugar a interpretaciones que por lo general, no favorecen a los usuarios.

- No se cumplió la meta propuesta ante la Organización Mundial de la Salud (OMS), consistente para el año 2000, en cobertura universal y planes igualitarios.

- Sistema desfinanciado, las EPS dejaron de ser "aseguradoras" y no asumieron riesgos financieros; muchas se liquidaron dejando grandes deudas y las que actualmente funcionan, no cuentan con liquidez. Igualmente, al no realizarse los aportes requeridos para el financiamiento de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) por parte de las entidades territoriales a las EPS del régimen subsidiado, impidió que estas a su vez le pagaran a las IPS.

- No inversión efectiva en actividades de promoción y prevención por parte de las EPS y de las secretarías de salud. Además, el abandono de la salud pública por parte del Gobierno, convirtió al modelo de salud en un sistema de enfermos.

No obstante lo anterior, se han hecho múltiples esfuerzos para tratar de solucionar las fallas detectadas, mediante la expedición de normas como las leyes 1122 de 2007, 1438 de 2011 y 1571 de 2015 (ley estatutaria en salud), que reforman la ley 100 de 1993. A continuación se relacionan los aspectos más significativos en la normatividad expedida:

## 2.1. Ley 1122 de 2007[87].

Esta ley surge como resultado de las inconformidades presentadas desde el año 2003, diez años después de promulgada la ley 100 de 1993, por parte de los distintos actores del sector salud en temas como cobertura, calidad, acceso, flujo de recursos y formas de contratación entre aseguradoras y prestadores. A continuación se relacionan los principales cambios:

- Se elimina el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) y se crea la Comisión de Regulación en Salud (CRES) como intento para mejorar aspectos de gobernabilidad o institucionalidad del sistema. Buscó resolver la multiplicidad de roles que asumía el CNSS como regulador, organismo de concertación y administrador del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), trasladando esta función al Ministerio.

- Las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) cambiaron de nombre por Entidades Promotoras de Salud Subsidiadas (EPS-S).

87 Restrepo, Jairo Humberto. ¿Qué cambió en la seguridad social con la Ley 1122 de 2007?

- Se crea la función jurisdiccional en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud, por lo que dicha entidad puede conocer y fallar en derecho, con carácter definitivo y con las facultades propias de un juez, en los siguientes asuntos:

  a) Cobertura de los procedimientos, actividades e intervenciones del plan obligatorio de salud cuando su negativa por parte de las entidades promotoras de salud o entidades que se les asimilen, ponga en riesgo o amenace la salud del usuario;

  b) Reconocimiento económico de los gastos en que haya incurrido el afiliado por concepto de atención de urgencias en caso de ser atendido en una IPS que no tenga contrato con la respectiva EPS cuando haya sido autorizado expresamente por la EPS para una atención específica y en caso de incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la Entidad Promotora de Salud para cubrir las obligaciones para con sus usuarios;

  c) Conflictos que se susciten en materia de multiafiliación dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud;

  d) Conflictos relacionados con la libre elección que se susciten entre los usuarios y las aseguradoras y entre estos y las prestadoras de servicios de salud y conflictos relacionados con la movilidad dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

- Prohibición a las EPS de contratar más del 30% del gasto en salud con sus propias IPS.

- En el régimen subsidiado se impone la contratación de mínimo el 60% del valor de la UPC, con las Empresas Sociales del Estado (ESE).

- Con relación a las ESE, se homologa el período del gerente con el de los alcaldes, se revisan los requisitos para su establecimiento, se da la posibilidad de fusión entre varias de ellas y se constituyen categorías según criterios económicos, sociales, administrativos y jurídicos.

- Se faculta al MSPS para establecer mecanismos de evaluación a través de "indicadores de gestión y resultados en salud y bienestar".

- Incrementa la cotización en medio punto porcentual al pasar del 12 al 12,5% del ingreso base de cotización y se dispone la totalidad de los recursos nuevos a la financiación del régimen subsidiado, por lo que se incrementa en 50% los recursos de solidaridad del régimen contributivo.

- Establece que el aporte del Gobierno para el régimen subsidiado sería de un monto mínimo y un incremento anual del 1% en términos reales.
- Se modifica el destino a salud de las partidas del SGP, por lo que el régimen subsidiado incrementa su participación pasando del 50% en el 2006 al 56% en el 2007, a 61% en el 2008 y a 65% en el 2009.
- A partir del 2009, los departamentos deben destinar por lo menos 25% de las rentas cedidas (recaudos por impuestos a la cerveza, licores y loterías) al régimen subsidiado.
- Plantea una nueva meta de cobertura, que el 100% de la población de los niveles 1, 2 y 3 del Sisbén se afilien en los próximos tres años al régimen subsidiado. Asimismo hace un intento por establecer un subsidio para su afiliación y para movilidad entre regímenes.
- Garantiza la accesibilidad geográfica al disponer que los servicios de baja complejidad deben prestarse de manera permanente en el municipio de residencia.
- Se eliminan los copagos para la población del nivel uno del Sisbén en el régimen subsidiado.
- Se crea la figura del defensor del usuario en salud, el cual dependería de la Superintendencia Nacional de Salud en coordinación con la Defensoría del Pueblo. Su función sería la de ser vocero de los afiliados ante las respectivas EPS en cada departamento y en el Distrito Capital, eliminada por el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018.

## 2.2. Ley 1438 de 2011[88].

Esta ley es antecedida por la crisis financiera en el sector salud presentada en el año 2009, que llevó a que el entonces Presidente declarara la emergencia social, con el propósito de frenar los altos costos en el sistema de salud, situación declarada inconstitucional por la Corte Constitucional, al considerar que los problemas en el sector salud eran estructurales y no sobrevinientes. Fue así como se expidió en primera medida, la Ley 1393 de 2017, con la cual se financió la unificación de los planes de beneficios ordenada por la Corte Constitucional en la Sentencia T-760 de 2008, y posteriormente la Ley 1438 que atendía a la necesidad

88 Puyana Silva, Alfredo. La reforma al Sistema General de Salud. Colombia http://blog.uexternado.edu.co/la-reforma-al-sistema-general-de-salud/

del nuevo Gobierno de lograr la sostenibilidad financiera del sistema y cumplir con las órdenes de dicha sentencia. A continuación se relacionan los principales cambios:

- Eliminación de las multas por inasistencia a citas médicas. Las EPS solo pueden imponer sanciones pedagógicas.
- Gratuidad en todos los servicios y medicamentos a niños y adolescentes con discapacidad o enfermedades catastróficas clasificados en los niveles 1 y 2 del Sisbén. Igualmente para niños y adolescentes víctimas de violencia física o sexual en la atención integral de rehabilitación.
- Impone a las EPS un término perentorio de 2 días calendario para la resolución de solicitudes ordenadas por los médicos tratantes.
- Crea la junta técnica científica de pares, como segunda instancia. La SNS debe contar con médicos especialistas y otros profesionales especializados, que emitan concepto sobre la pertinencia médica y científica de la prestación ordenada y que no se encuentra en el Plan de Beneficios. Esta junta dispone de un término de siete (7) días calendario para emitir el concepto respectivo.
- Se genera la prescripción del derecho a solicitar reembolso de prestaciones económicas. El empleador cuenta con 3 años para cobrar a la EPS las incapacidades o licencias que haya pagado directamente al trabajador.
- Permite a los trabajadores que no alcancen un salario mínimo, la posibilidad de continuar afiliados al régimen subsidiado, en cuyo caso, el empleador deberá realizar la contribución a dicho régimen. En estos casos, el trabajador no recibe pago de prestaciones económicas (licencias e incapacidades).
- Protección al derecho a la continuidad en los Planes Voluntarios de Salud. Permite a los afiliados que cuentan con este beneficio, la prórroga automática del mismo, siempre y cuando haya cumplido con los pagos de forma puntual.
- Se reitera la autonomía profesional. Los médicos son autónomos en diagnosticar y recetar.
- Faculta al MSPS para usar todos los mecanismos legales de verificación y sanción en la evasión en los pagos de Seguridad Social.
- Actualización integral del plan de beneficios cada dos años, con base a las necesidades, estudios y adelantos científicos y tecnológicos.

- Reducción de trámites de afiliación y de acceso a los servicios de salud a los afiliados.
- Obliga a las EPS e IPS a poner en conocimiento de las autoridades los casos en que pueda existir negligencia de los padres o adultos responsables en la atención de los niños, niñas y adolescentes.
- Exige a las EPS e IPS denunciar ante la Fiscalía General de la Nación cuando detecten indicios de maltratos físicos, psicológicos o de violencia sexual en un paciente.
- Crea los equipos básicos de salud, como un concepto funcional y organizativo que permite facilitar el acceso a los servicios de salud, en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud.
- Estableció la coparticipación en el pago de los servicios no POS, correspondiendo el 50% a la EPS y el 50% al Fosyga, cuando el Comité Técnico Científico (CTC) de una EPS no se pronunciaba respecto a un servicio en salud no incluido en el plan de beneficios y a raíz de ello el usuario interponía acción de tutela.

## 2.3. Sentencia T-760 de 2008[89].

Con esta sentencia, la Corte Constitucional marcó un hito, nacional e internacional, en el desarrollo y la protección del derecho a la salud, debido a que reconoce explícitamente este derecho como fundamental, exigible y, además, porque establece un conjunto de órdenes específicas, quince, dirigidas a las entidades gubernamentales responsables, Ministerio de Protección Social, en ese momento y Superintendencia Nacional de Salud, con el fin de lograr la efectiva protección del derecho: primero, a las violaciones sistemáticas y recurrentes que se venían sucediendo para acceder de manera efectiva y equitativa a los beneficios en salud. Segundo, a la falta de capacidad regulatoria por parte del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, la Comisión de Regulación de la Salud y el Ministerio de Protección Social; y, tercero, a las omisiones por parte de los entes de vigilancia del sistema: Superintendencia Nacional de Salud.

89 Colombia. Corte Constitucional. Sentencia T-760 de 2018. Expedientes T-1281247, T-1289660, T-1308199, T-1310408, T-1315769, T-1320406, T-1328235, T-1335279, T-1337845, T-1338650, T-1350500, T-1645295, T-1646086, T-1855547, T-1858995, T-1858999, T-1859088, T-1862038, T-1862046, T-1866944, T-1867317, y T-1867326 T-5.215.913. M. P. Manuel José Cepeda Espinosa.

La sentencia fue el resultado del análisis de una selección de 21 acciones de tutela interpuestas por ciudadanos a quienes se les había vulnerado el derecho a la salud y, además, por la acción interpuesta por una EPS en contra del Ministerio de la Protección Social, dirigida a solicitar a las respectivas entidades claridad en las reglas de recobro ante el Fosyga, por cuanto el procedimiento que existía constituía una barrera al flujo de recursos dentro del sistema de salud.

La Corte consideró que el acceso a un servicio de salud que se requiera se constituye como fundamental y autónomo. En tal medida, la negación de los servicios de salud contemplados en el POS es una violación del derecho fundamental a la salud, por tanto, se trata de una prestación claramente exigible y justiciable mediante la acción de tutela. Sin embargo, la Corte Constitucional también señaló que el hecho de reconocer la fundamentalidad de un derecho no implica que todos sus aspectos sean tutelables, debido a que los derechos constitucionales no son absolutos y pueden ser limitados de conformidad con los criterios de razonabilidad y proporcionalidad fijados por la misma jurisprudencia constitucional.

La Corte, en esta sentencia, tuvo un doble propósito. Por un lado, tener una muestra lo más comprensiva posible del tipo de problemas que han llevado a los tutelantes a acudir a la justicia constitucional para obtener la satisfacción de sus derechos, identificando que los problemas que se presentaban, iban desde el acceso efectivo al sistema de salud, hasta la financiación de los servicios no incluidos en el POS. Por otro lado, la Corte estableció que la acumulación de los procesos, le permitía analizar diferentes facetas del derecho a la salud y valorar sus implicaciones, siempre con la finalidad de garantizar el goce universal, equitativo y efectivo de este derecho, lo cual se reflejó en los apartes de la sentencia, donde se mencionaron características constitucionales del derecho a la salud, recopilando algunas de las reglas constitucionales pertinentes, en especial, de normas que tenían que ver con el derecho al acceso de los servicios en salud.

Dicha corporación reiteró la fundamentalidad del derecho a la salud al estudiar la noción de salud, el bloque de constitucionalidad y los límites del derecho a la salud, analizaron las características del derecho, por lo que este debe ser prestado de manera oportuna, eficaz y con calidad, y que para garantizarlo se hace necesaria la existencia de personas e instituciones que presten los servicios de salud en condiciones de universalidad, eficiencia, solidaridad y equidad.

### 2.3.1. Resumen de la sentencia sobre los derechos constitucionales de los casos acumulados.

En este punto, de acuerdo con la jurisprudencia constitucional, toda persona en garantía del acceso a los servicios de salud de calidad y de manera oportuna y eficaz, cuenta, entre otros, con los siguientes derechos constitucionales:

- Acceso a servicios.

Estableció que toda persona tiene derecho a que la entidad encargada de garantizarle la prestación de los servicios de salud autorice el acceso a los servicios que requiere y aquellos que requiere con necesidad, incluso si no se encuentran en el plan obligatorio de salud. Además, el acceso, debe ser oportuno, de calidad y eficiente, para lo cual se debe garantizar el transporte y la estadía como medio de acceso a un servicio.

- Protección especial a niños y niñas

Los derechos a acceder a un servicio de salud que requiere un niño o una niña para conservar su vida, su dignidad, y su integridad así como para desarrollarse armónica e integralmente, está especialmente protegido. Los niños, son sujetos de especial protección constitucional.

- Concepto del médico adscrito y externo

La jurisprudencia constitucional ha considerado que el criterio del médico relevante es el de aquel que se encuentra adscrito a la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio, por lo que, en principio, el amparo suele ser negado cuando se invoca la tutela sin contar con tal concepto. No obstante, el concepto de un médico que trata a una persona puede llegar a obligar a una entidad de salud a la cual no se encuentre adscrito, si la entidad tiene noticia de dicha opinión médica, y no la descartó con base en información científica, teniendo la historia clínica particular de la persona, bien sea porque se le valoró inadecuadamente o porque ni siquiera ha sido sometido a consideración de los especialistas que sí están adscritos a la entidad de salud en cuestión. En tales casos, el concepto médico externo vincula a la EPS, obligándola a confirmarlo, descartarlo o modificarlo, con base en consideraciones de carácter técnico, adoptadas en el contexto del caso concreto.

- Reglas para solucionar conflictos entre el médico tratante y el Comité Técnico Científico

Si no existe un procedimiento expedito que resuelva con base en criterios claros, los conflictos entre el médico tratante y el Comité Técnico Científico de una EPS, la decisión del médico tratante, al considerarlo como necesario para salvaguardar los derechos de un paciente, prevalece y debe ser respetada, salvo que el Comité Técnico Científico, basado en conceptos médicos de especialistas en el campo en cuestión, y en un conocimiento completo y suficiente del caso específico bajo discusión, considere lo contrario.

- Acceso al diagnóstico

Toda persona tiene derecho a acceder a las pruebas y exámenes diagnósticos indispensables para determinar si requiere o no un servicio de salud.

- La prestación de los servicios debe ser oportuna, eficiente y de calidad

El principio de integralidad. Al respecto se estableció: *"La atención y el tratamiento a que tienen derecho los pertenecientes al sistema de seguridad social en salud cuyo estado de enfermedad esté afectando su integridad personal o su vida en condiciones dignas, son integrales; es decir, deben contener todo cuidado, suministro de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, prácticas de rehabilitación, exámenes para el diagnóstico y el seguimiento, así como todo otro componente que el médico tratante valore como necesario para el pleno restablecimiento de la salud del paciente o para mitigar las dolencias que le impiden llevar su vida en mejores condiciones; y en tal dimensión, debe ser proporcionado a sus afiliados por las entidades encargadas de prestar el servicio público de la seguridad social en salud".*

- El principio de continuidad

Reiteró que el acceso a un servicio de salud debe ser continuo, y no puede ser interrumpido súbitamente.

- Derecho a la información en salud

Todas las entidades del Sistema de Salud tienen la obligación de brindar a las personas la información que sea necesaria para poder acceder a los servicios de salud que requieran, con libertad y autonomía, permitiendo que la persona elija la opción que considere le garantiza su derecho.

- Prohibición de traslado de cargas administrativas y burocráticas a los usuarios

- Protección a las enfermedades catastróficas y de alto costo

El acceso a los servicios de salud oportunos es especialmente garantizado cuando se trata de una persona con una enfermedad catastrófica o de alto costo; no se les puede dejar de atender bajo ningún pretexto, ni pueden cobrársele copagos o cuotas moderadoras.

- Libertad de elección de EPS

Toda persona tiene derecho a elegir la EPS que se encargará de garantizarle la prestación de los servicios de salud, con las limitaciones razonables que imponga la regulación.

- Acceso sin obstáculos por pagos

Toda persona tiene el derecho constitucional a no ser excluida del acceso a los servicios de salud, por lo que no se le puede condicionar la prestación de los mismos al pago de sumas de dinero cuando carece de la capacidad económica para sufragarlas. Es por ello, que los pagos moderadores, además de ser razonables, no pueden constituir barreras al acceso a los servicios de salud.

- Allanamiento a la mora

Cuando una EPS no ha hecho uso de los diferentes mecanismos de cobro que se encuentran a su alcance para lograr el pago de los aportes atrasados, se allana a la mora y, por ende, no puede fundamentar el no reconocimiento de una incapacidad laboral en la falta de pago o en la cancelación extemporánea de las cotizaciones.

### 2.3.2. Cambios que implementó la sentencia

Los principales cambios realizados por esta sentencia son:

- La adopción de medidas para superar las fallas de regulación en los planes de beneficios asegurando que sus contenidos (i) sean precisados de manera clara, (ii) sean actualizados integralmente, (iii) sean unificados para los regímenes contributivo y subsidiado y, (iv) sean oportuna y efectivamente suministrados por las Entidades Promotoras de Salud. Realizar, para ello, los estudios necesarios para la actualización periódica de los Planes de beneficios del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado.

- Unificación gradual y sostenible de los planes de beneficios del régimen contributivo y del régimen subsidiado, teniendo en cuenta: (i) las prioridades de la población según estudios epidemiológicos, (ii) la sostenibilidad financiera de la ampliación de la cobertura y su financiación por la UPC y las demás fuentes de financiación previstas por el sistema vigente. Unificar con prioridad los planes de beneficios para los niños y las niñas del régimen contributivo y del subsidiado.

- La realización de "rankings" tanto de EPS como de IPS con el fin de para identificar las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios que con mayor frecuencia se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud incluidos en el POS o que se requieran con necesidad. En este mismo sentido, adoptar las medidas necesarias para regular el trámite interno que debe adelantar el médico tratante para que la respectiva EPS autori-

ce directamente, tanto los servicios de salud no incluidos en el POS, diferente a un medicamento, como beneficios explícitamente excluidos, cuando estos sean ordenados por el médico tratante.

- Adopción de medidas para rediseñar, flexibilizar y garantizar que el procedimiento de recobro por parte de las Entidades Promotoras de Salud ante el Fosyga, así como ante las entidades territoriales respectivas, sea ágil y asegure el flujo oportuno y suficiente de recursos al sistema de salud para financiar los servicios de salud. Asimismo, para que el pago de las solicitudes de recobro funcione de manera eficiente, implementar sistema de verificación, control y que Fosyga desembolse prontamente los dineros concernientes a las solicitudes de recobro.

- Elaboración de cartas de deberes y derechos, así como de desempeño de las EPS, en términos sencillos y accesibles, para estar disponibles al momento de afiliarse a una EPS, contributiva o subsidiada.

- Informes sobre el número de acciones de tutela que resuelven los problemas jurídicos mencionados en la sentencia y, de no haber disminución, identificar las razones por las cuales no ha sucedido.

### 2.3.3. Otras consideraciones frente a la actuación de la Corte en la Sentencia T-760 de 2008

La Corte Constitucional ha desarrollado una jurisprudencia que se encuentra entre las más progresistas del mundo en el área de derechos económicos, sociales y culturales y el derecho a la salud[90].

En esta línea, se llega en el año 2008 a la sentencia T-760 en una vía distinta, contraria a la seguida por la jurisprudencia internacional en materia de derechos humanos, pues la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) solo considera justiciable a la salud únicamente bajo la figura de la protección de los derechos a la vida y a la integridad, y en ningún caso utiliza el derecho a la salud como fundamento de sus decisiones[91].

90 Parra Vera, O., y Yamin, A., 2013: «La sentencia T-760 de 2008, su implementación e impacto: retos y oportunidades para la justicia dialógica», en L. Clérico, L. Ronconi y M. Aldao, Tratado de derecho a la salud, Buenos Aires: Abeledo-Perrot, 2591-2649.

91 Quintero Mosquera, Diana Patricia (2011): La salud como derecho. Estudio comparado sobre grupos vulnerables. Siglo del Hombre Editores, Bogotá.

La sentencia T–760 reitera el derecho a la salud como directamente fundamental (de manera autónoma), por lo cual no es necesario el criterio de conexidad. Además, presenta las siguientes características[92]:

- La sentencia enfatiza en la noción de mínimo vital, según esta noción la salud no solamente tiene el carácter de fundamental en los casos en los que se relaciona de manera directa y grave con el derecho a la vida, sino, también en aquellas situaciones en las cuales se afecte de manera directa y grave el mínimo vital necesario para el desempeño físico y social en condiciones normales.

- La sentencia alude un derecho que debe ser garantizado a todas las personas. La Corte reafirma la tesis según la cual existen unos mínimos en salud que no pueden ser restringidos por una regla de mayoría en el Congreso o bajo alegatos de escasez de recursos.

- La Corte reconoce que las consideraciones en torno a mínimo vital y vida digna permitieron entender que prestaciones no incluidas en el POS hacían parte del núcleo esencial del derecho. Al respecto, la T–760 intenta armonizar dos estándares de protección judicial del derecho a la salud: la evaluación de restricciones a partir de un juicio de proporcionalidad y la protección del núcleo esencial del derecho.

Es así como, a partir de las distintas sentencias emitidas por la Corte Constitucional, se da inicio a la discusión de varios proyectos de ley que pretendían plasmar los criterios jurisprudenciales en la norma. Estas discusiones dieron lugar a la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

## 2.4. Ley Estatutaria en Salud[93]

Es un tipo de ley especial, por cuanto regula derechos y deberes fundamentales y establece mecanismos para su protección[94], desarrolla textos constitucionales que reconocen y garantizan los derechos fundamentales, y complementan las medidas para garantizar su desarrollo y estricto cumplimiento. No es una reforma.

A partir de esta ley, la salud se consagra como un derecho constitucional fundamental autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo, que se presta

92 Malca CG, Parra Vera O, Yamin AE, Torres Tovar M. ¿Deliberación democrática o mercadeo social? Los dilemas de la definición pública en salud en el contexto del seguimiento de la sentencia T-760 de 2008. Health Hum Rights. 2010;11(1):1–13.

93 Ley 1751 de 2015.

94 Constitución Política de Colombia. Artículo 152.

como un servicio público esencial, el cual se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado.

La Corte Constitucional en la sentencia C-313 de 2014, declaró la constitucionalidad de la Ley estatutaria, indicó que los elementos incluidos por el legislador al caracterizar el derecho a la salud no tenían reparo y advirtió que el acceso a la salud con miras a la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, recuperación y paliación también implicaba el acceso a las facilidades, establecimientos, bienes y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel de salud de acuerdo a la Observación 14 del Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales.

Dicha corporación avaló las características de irrenunciabilidad y autonomía del derecho, estando su titularidad en cabeza de sujetos tanto individuales como colectivos. Según lo aclaró la Corte, no se podrán expedir normas que menoscaben el mecanismo de protección de los derechos fundamentales; por tanto, la acción de tutela no se debilita, sino que se fortalece como el medio más eficaz para garantizar el derecho a la salud[95].

A continuación se relacionan las principales características de la ley estatutaria, su finalidad y los aspectos relevantes de su implementación:

### 2.4.1. Principales características:

La LES estableció, de manera normativa, el derecho a la Salud como un derecho fundamental autónomo y dio pautas para su regulación. Además:

- El acceso a los servicios de salud debe prestarse de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud.
- Responsabilidad a cargo del Estado, quien debe adoptar políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas.
- Obligación del estado de regular y adoptar las políticas necesarias para financiar de manera sostenible los servicios de salud y garantizar el flujo de los recursos para atender de manera oportuna y suficiente las necesidades en salud de la población.



95 Corte Constitucional. Sentencia C-634 de 2015. M. P. Mauricio González Cuervo.

- Garantizar el principio de integralidad, al establecer que la promoción, la prevención, el diagnóstico, el tratamiento, la recuperación, la rehabilitación y la paliación de una enfermedad, no pueden ser fragmentados y deben ser prestados de manera completa.
- Prohíbe la negación en la prestación de los servicios y elimina las autorizaciones para la atención de urgencias.
- Crea un régimen de prestaciones en salud incluidas y se genera un listado de exclusiones.
- Se fortalece el control de precios a los medicamentos, a través de la política farmacéutica nacional.
- Avanza hacia la incorporación de nuevas tecnologías.
- Establece autonomía médica con regulación. Ampara la decisión de los profesionales sobre los tratamientos de sus pacientes, sin ningún condicionante. Por su parte, los médicos deberán autorregularse y serán sancionados si reciben dádivas o prebendas de cualquier origen.
- Eliminación de los Comités Técnico-Científicos de las EPS, y en caso de discrepancia de tipo terapéutico, las juntas médicas de las redes de prestadores, deberán dirimirlos.
- Garantía de disponibilidad de servicios en zonas marginadas, siendo los hospitales públicos evaluados no por su rendimiento económico, sino por el beneficio social que prestan.
- Establece la prioridad de las poblaciones vulnerables y de las minorías.

### 2.4.2. Finalidad de la ley Estatutaria:

- Facilitar el acceso a los servicios de salud.
- Eliminar las autorizaciones para las atenciones de urgencias.
- Fortalecer el control de precios a los medicamentos.
- Avanzar hacia la incorporación de nuevas tecnologías.
- Garantizar la autonomía médica y la calidad en los medicamentos.
- Establecer el sistema de inclusiones (lista de exclusiones).

### 2.4.3. Aspectos relevantes de su implementación

- La eliminación de los CTC y la implementación del MIPRES
- No pago de tratamientos sin evidencia con recursos públicos.
- Menos barreras para la afiliación.
- Sanciones por negación de servicios.
- Política Integral de Atención en Salud (PAIS).

Por último, es necesario aclarar que la Ley Estatutaria empezó a regir desde su publicación, es decir el 16 de febrero de 2015; sin embargo y como se puede evidenciar en estudios como el de tutelas y negaciones que realiza esta entidad, no ha tenido el impacto esperado.

# CAPÍTULO IV.

## CONTRIBUCIÓN DE LA DEFENSORÍA DEL PUEBLO EN DEFENSA DEL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD

Dentro de la responsabilidad que tiene la Defensoría del Pueblo de impulsar la efectividad de los derechos humanos, en este caso, del derecho fundamental a la salud, mediante acciones integradas de promoción, ejercicio, divulgación, protección, prevención y defensa[96], adelanta actividades que promueven su materialización, entre las cuales, se destacan.

### 1. Investigaciones e informes

- La tutela y el derecho a la salud

Debido a que el derecho fundamental a la salud viene siendo vulnerado de manera sistemática, ha hecho que la Defensoría del Pueblo realice de manera anual, el análisis de las tutelas interpuestas en Colombia, el cual va en la edición número once.

Su finalidad es la de verificar el avance o retroceso en la efectividad del derecho a la salud y la de señalar al Gobierno nacional, la necesidad que tienen los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud de recurrir a la acción de tutela como mecanismo efectivo de protección para evitar la vulneración de su derecho fundamental a la salud.

- Negación de tecnologías en salud en los regímenes contributivo y subsidiado.

El objetivo es describir los servicios médicos (i) ordenados por el médico tratante a los usuarios, que sean negados por la Entidad Promotora de Salud y que no sean tramitados por el Comité Técnico Científico y, (ii) los servicios médicos ordenados por el médico tratante a sus usuarios, que sean negados por el Comité Técnico Científico de cada entidad. La descripción incluye, en cada caso, las razones de la negativa y, en el primero, la indicación de los motivos por los cuales no fue objeto de decisión por parte del Comité Técnico Científico, en los regímenes contributivo y subsidiado.

96 Constitución Política de Colombia (Art. 282) y Ley 24 de 1992.

El estudio describe las principales variables de la base de datos de negaciones para 2015 entregada por el Ministerio de Salud y Protección Social, fundamenta la relación de estas variables con las negaciones POS/No POS, identifica el comportamiento descriptivo de la tutela y las negaciones a partir de las publicaciones de la Defensoría del Pueblo y del resumen, (sumario que hace la Corte en el Auto 411 de 2015 sobre negaciones); procura un acercamiento a los estados financieros de las principales EPS en las cuales se pueden identificar comportamientos significativos de negaciones, como una forma de aproximarse a posibles relaciones de causalidad y, finalmente, presenta aspectos relevantes del papel de las funciones de inspección, vigilancia y control (IVC) de la Superintendencia Nacional de Salud, en respuesta a la Orden vigésima de la Sentencia T-760 sobre ranking de EPS e IPS, para lo cual se desarrolló un sistema de indicadores que incluye la dimensión de vulnerabilidad a la garantía del derecho a la salud, ejecutando auditorías a los entes vigilados.

- Estudio sobre los recobros en salud.

Este estudio tuvo como finalidad determinar si los recobros constituyen o no un riesgo financiero y si generaban conductas violatorias al derecho a la salud por parte de los aseguradores del sistema.

Para la realización de este estudio, la Defensoría solicitó en reiteradas ocasiones las bases de datos al Ministerio de Salud y Protección Social. Debido a su no entrega, se recurrió a los datos consolidados de la Superintendencia de Salud y la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (ACEMI), correspondientes al período 2008 a 2013.

La Defensoría del Pueblo, con base en los resultados del estudio consideró que sí constituyen un riesgo financiero y genera conductas violatorias al derecho, por lo que la reflexión debe centrarse en analizar el actual modelo de aseguramiento y el desempeño de los aseguradores, así como por un examen riguroso del cumplimiento y capacidad de las funciones gubernamentales de regulación y control.

- Evaluación de los servicios de salud que brindan las Entidades Promotoras de Salud.

Esta investigación tuvo como finalidad medir el grado de satisfacción de los usuarios de los servicios de salud afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud de los regímenes contributivo y subsidiado.

Este ejercicio de opinión se originó debido a las manifestaciones de desilusión de los usuarios y las quejas constantes ante la Defensoría, con relación a los ejes centrales del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Para evaluar

el sustento jurídico de las mismas, se adoptó una metodología que facilitaba el cotejo de las infracciones puestas en conocimiento de la Defensoría del Pueblo, con los principios y contenidos básicos del derecho a la salud (en su componente de aseguramiento)[97].

Los resultados generales del estudio demostraron las deficiencias en el esquema de aseguramiento, por cuanto el índice global de calidad percibida por los usuarios, obtenido en las encuestas, era insatisfactorio.

Este análisis se efectuó mediante una evaluación de tipo cuantitativo en la que se combinaron los cuatro componentes básicos de los servicios que brindan las EPS y que conjugan los principios básicos del derecho a la salud en materia de atención: acceso a la información, libre escogencia, oportunidad y satisfacción de los usuarios.

- Autonomía médica y su relación con la prestación de los servicios de salud

Esta investigación tenía como objetivo establecer la autonomía que tienen los médicos en la formulación y remisión de servicios médicos en el modelo de Seguridad Social en Salud. El del tipo descriptivo se realizó mediante muestreo estratificado aleatorio, por regiones, seleccionado de un marco muestral de 41.252 médicos elaborado por la Defensoría del Pueblo con base en información suministrada por las EPS, ASCOFAME y SCARE. La técnica fue de encuesta directa a los médicos en una cobertura nacional de junio a diciembre de 2006.

Entre otros, el estudio concluyó, que el 39 por ciento de los médicos consideraba que la entidad para la cual trabajaba lo restringía en la autorización de servicios para la atención de los pacientes, especialmente en exámenes de laboratorio, formulación de medicamentos, autorización de imágenes diagnósticas y remisión a especialistas.

- La salud mental en Colombia.

Esta investigación tuvo como finalidad garantizar la protección del derecho a la salud y preservar la prestación de las actividades enmarcadas dentro del concepto de servicio público, conforme a los principios de eficiencia, moralidad, equidad, universalidad y solidaridad. En su momento, la Defensoría del Pueblo consideró la necesidad de revisar los contenidos que el POS les ofrecía a los pacientes con

97 El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Naciones Unidas interpreta el derecho a la salud, definido en el apartado 1 del artículo 12 de la Observación 14 de 2000. Consejo Económico y Social de la Organización de las Naciones Unidas, como un derecho inclusivo que no solo abarca la atención de salud oportuna y apropiada, sino también los principales factores determinantes del bienestar humano.

diagnóstico de enfermedad mental, con el fin de que se les brindara la atención adecuada.

## 2. Asistencia, asesoría y orientación defensorial

- Resolución Defensorial 064 de 2014.

La Defensoría del Pueblo emitió dicha resolución, con el fin de hacer frente a la crisis humanitaria que vive el departamento del Chocó. En ella se hacen recomendaciones a diversas entidades públicas en relación con: i) la violación de derechos fundamentales en el marco del conflicto armado, ii) la situación de las comunidades, confinadas, desplazadas y retornadas, iii) el goce efectivo del derecho a la salud, iv) la realidad de los niños, niñas y adolescentes; v) las garantías constitucionales de las mujeres, vi) el disfrute de derechos económicos y sociales en el departamento, vii) la crisis carcelaria; viii) los conflictos ambientales derivados de la minería y la garantía del derecho humano al agua, entre otros.

- Resolución Defensorial 065 de 2015

Esta resolución se da como consecuencia de la crisis humanitaria identificada por la Defensoría del Pueblo en el departamento de La Guajira y que fue derivada por la contaminación y escases del recurso hídrico, la falta de suministro de agua potable, los impactos ambientales derivados del mal uso y explotación de recursos naturales, deficiencias alimentarias y nutricionales, muertes evitables de niños, niñas y adolescentes wayuu y violaciones al derecho a la educación, entre otros.

En la resolución, se hacen recomendaciones a diversas entidades públicas en materia de salud, infancia, juventud y adulto mayor, indígenas y minorías étnicas y derechos colectivos y del medio ambiente, entre otros.

- Proyecto "Implementación para Mejorar el Acceso y Oportunidad de la Atención, Bogotá"

Este proyecto tuvo como objetivo, fortalecer la capacidad de empoderamiento de la ciudadanía relacionada con la exigibilidad del derecho fundamental a la salud y la respuesta oportuna y suficiente por parte de las aseguradoras y prestadoras de servicio de salud.

Igualmente, implementó una estrategia de información e intervención situacional y de casos, para lograr el restablecimiento oportuno del derecho fundamental a la salud de pacientes, mediante acciones de articulación y coordinación interna y externa entre prestadores de servicios, usuarios y entes rectores de la política, con el propósito de brindar asesoría y gestión defensorial para la restitución de

derechos en salud, adecuada y oportuna a los usuarios afectados, priorizando a la población desplazada, víctimas del conflicto armado y personas en condición de protección especial, a quienes les niegan los derechos a la salud o que presentan dilaciones, inoportunidades, mala calidad en la atención y trato inhumano.

El proyecto evidenció la existencia de sobredemanda de servicios de urgencia y hacinamiento en las áreas de observación, por factores económicos, de capacidad instalada, de recurso humano insuficiente y de no respuesta oportuna al acceso por consulta externa y especializada; barreras de acceso a cuenta de los trámites administrativos, ausencia de personal administrativo en los servicios de urgencias en horario nocturno, negación y dilación de autorizaciones de remisiones a servicios requeridos oportunamente por los usuarios a otras instituciones de salud, entre otros. Se encontró una ocupación del 160% en los servicios de urgencia y hacinamiento, entre camillas en pasillos + sillas, zonas mal denominadas "áreas de expansión".

- Verificación del derecho a la salud

Consistió en identificar las situaciones que vulneraban el derecho fundamental a la salud y que eran de gran impacto social en Colombia, generar recomendaciones e instar a las entidades concernidas para lograr su superación. Igualmente, se informó a la Honorable Corte Constitucional para efectos de lograr actuaciones más contundentes.

En este marco, se realizaron visitas a los departamentos de La Guajira y Chocó con ocasión a la mortalidad asociada a desnutrición; a Vaupés debido a la violación sistemática y reiterada del derecho fundamental a la salud, y al departamento de Chocó con ocasión a la liquidación del único hospital de II nivel que existe en el departamento (Hospital San Francisco de Asís- HSFA).

- Observatorios interinstitucionales.

La Defensoría del Pueblo y las asociaciones de usuarios de las distintas patologías lideran estos observatorios, los cuales buscan garantizar el derecho a una atención integral y de calidad de los pacientes. Vincula a otras entidades del sector público como el Ministerio de Salud y Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud, Instituto Nacional de Salud, la Cuenta de Alto Costo y la Asociación Colombiana de Nefrología con el fin de lograr mejorar la calidad y oportunidad en la atención de los usuarios.

Se constituyen como una instancia plural de la sociedad civil, abierta a la participación de organizaciones públicas y privadas, cuyo interés es el de colaborar de manera armónica y eficiente para incidir en la formulación de políticas públicas en

pro de mejorar la atención integral en la prestación de los servicios de grupos vulnerables de la sociedad civil. En el momento, existen cuatro observatorios que son:

» Observatorio Interinstitucional de Cáncer Infantil – OICI. Nace a raíz de la preocupación por las altas tasas de incidencia y mortalidad en Cáncer infantil en Colombia y las dificultades en la oportunidad de acceso de los Niños al Sistema de Salud. El OICI cuenta con el acompañamiento permanente de la Liga Colombiana Contra el Cáncer y la Asociación Colombiana de Hematología y Oncología, Pediátrica (ACHOP).

» Observatorio Renal Interinstitucional (ORI). El ORI reúne en un solo sistema de información por medio de un registro único, los datos necesarios para realizar control civil a la gestión pública del sistema de vigilancia epidemiológica y, contribuye a la actualización del registro único de las entidades de la Sociedad Civil que atienden o ayudan a los pacientes con diagnóstico de enfermedad crónica.

» Observatorio de Enfermedades Huérfanas (ENHU). Este observatorio realiza tareas de detección y denuncia de casos de violación a los derechos de los pacientes con EH y coadyuva en la búsqueda de mecanismos que garanticen un acceso oportuno a la atención, desarrolla actividades conducentes a la formulación de política pública, en pro del bienestar de los pacientes con EH y/o raras, sus familias y sus cuidadores, y ha contribuido a disminuir las tasas de abandono del tratamiento y a mejorar la adherencia de estos pacientes, entre otras actividades.

» Observatorio Interinstitucional de Cáncer de Adultos (OICA). Se crea a partir de la iniciativa de diversas organizaciones y tiene como finalidad empoderar a los pacientes y fortalecer sus aptitudes frente al sistema, en la búsqueda de una atención integral y de calidad.

## 3. Seguimiento a acciones judiciales

- Sentencia T-760 de 2008.

La Defensoría del Pueblo realiza seguimiento a las distintas órdenes emitidas por la Honorable Corte Constitucional para lograr la efectiva realización del derecho a la salud.

Esta sentencia fue resultado del estudio realizado por la Honorable Corte Constitucional de 21 acciones de tutelas, interpuestas por ciudadanos a quienes se les había vulnerado el derecho a la salud y, por una acción interpuesta por la EPS Sanitas en contra del Ministerio de la Protección Social, en ese momento, dirigida

a solicitar a las respectivas entidades que clarificaran las reglas de recobro ante el Fosyga, por cuanto el procedimiento existente se constituía en una barrera al flujo de recursos dentro del sistema de salud.

- Sentencia T-44001-22-14-002-2016-00003-00. Tribunal Administrativo de Riohacha. Situación de morbimortalidad de niños indígenas.

La crisis humanitaria en La Guajira[98], la cual es medida en función de la muerte de niños y niñas wayuu, asociada a la desnutrición, dio origen a esta acción judicial, donde el Tribunal ordena la asistencia y atención, oportuna e inmediata, a la emergencia que enfrenta el departamento, con medidas a adoptar desde el ámbito territorial como nacional a partir de un enfoque diferencial y de derechos.

Como medidas inmediatas, el Tribunal retomó las señaladas por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) en la Resolución 060 de 2015[99] y como medida de amparo ordenó la formulación e implementación de un plan interinstitucional e intersectorial que ordenara y jerarquizara las intervenciones de las 12 entidades nacionales accionadas al igual que las de los Gobiernos territoriales (departamento de La Guajira y los municipios de Uribia, Manaure, Maicao y Riohacha). Dichas medidas deberían tener incidencia en la resolución de la crisis.

En otros términos, el plan de acción requerido no es un mero listado de intervenciones e iniciativas o bien recuento de acciones, sino que debe estar orientado en función de resultados e impactos. Para efectos de su planeación, seguimiento, reporte y valoración, el Tribunal Superior de Riohacha ordenó, adicionalmente, un sistema de información interinstitucional e intersectorial que permita a todas las entidades conocer cuántos y cuáles son los menores pertenecientes a esas comunidades y cuál es la situación frente al riesgo de desnutrición, así como los decesos a causa del mismo, y dispuso que la Defensoría del Pueblo y la Procuraduría General de la Nación efectuaran el seguimiento al cumplimiento del fallo de tutela, de acuerdo con sus competencias.

Por otra parte, la Defensoría del Pueblo ha realizado seguimiento a Autos emitidos por la Honorable Corte Constitucional (HCC), entre los cuales se destacan: Auto 261 de 2012, Auto 249 de 2013, Auto 278 de 2013, Auto 412 de 2015, Auto 442 de 2015, Auto 413 de 2015, Auto 056 de 2016, Auto 220 de 2016, Auto 282 de 2016, Auto 205 de 2016 y Auto 314 de 2016, entre otros.

---

98 Defensoría del Pueblo. Informe ejecutivo "Crisis Humanitaria en La Guajira" 2017.

99 El CIDH ordenó: *i. "Asegurar la accesibilidad, disponibilidad y calidad de los servicios de salud en las comunidades de Uribia, Manaure, Riohacha y Maicao, con enfoque integral y culturalmente adecuado, con el fin de atender la desnutrición infantil y las enfermedades prevenibles y evitables; ii. Tomar medidas inmediatas para que las comunidades beneficiarias puedan tener, a la brevedad posible, acceso al agua potable y salubre de manera sostenible y suficiente para la subsistencia de los niños y niñas. iii. Adoptar medidas inmediatas para que los niños y niñas puedan tener alimentos en cantidad y calidad suficientes para satisfacer necesidades alimentarias con pertinencia cultural, así como establecer mecanismos idóneos para la identificación de casos de desnutrición para la intervención inmediata".*

## 4. Promoción del derecho a la salud.

Se han emitido las siguientes cartillas, sobre derechos de los usuarios en salud.

- Servicio de urgencias

Teniendo en cuenta que la urgencia es la entrada a los servicios de salud, donde se presenta la vulneración más sentida, la Defensoría del Pueblo hizo entrega a los usuarios de ese primer documento, el cual pretendía de una manera sencilla y sistemática orientarlos en el ejercicio de sus derechos y evitar que estos fueran vulnerados.

- Aportes, copagos, cuotas moderadoras y cuotas de recuperación

Este documento se publicó con el fin de orientar a los usuarios en la forma de acceder a los servicios de salud, sin que estos pagos se convirtieran en barreras. Esta cartilla contó con una segunda edición, en la cual se actualizó la información y precisó las obligaciones de los afiliados y usuarios del sistema de salud. Adicionalmente incorporó apartes de la sentencia T-760 de 2008 con relación al tema.

- Derechos de los niños en materia de salud

Esta cartilla incluyó normas como las leyes de infancia y adolescencia, de cáncer infantil, y los acuerdos emitidos por la Comisión de Regulación en Salud que hacían relación a la unificación del plan de beneficios para los menores de edad afiliados a los regímenes contributivo y subsidiado. Con este documento se pretendió que los padres, representantes legales o tutores, exigieran sus derechos ante las entidades e instituciones prestadoras de salud, así como el cumplimiento de los deberes establecidos con los menores y con el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

- Acceso efectivo a los medicamentos por prescripción médica

Esta cartilla sirvió como herramienta de consulta para que los usuarios accedieran de manera efectiva a los medicamentos requeridos para restituir su salud o mantener su calidad de vida. En ella se relacionaron normas vigentes y conceptos básicos y se precisaron derechos y obligaciones de los afiliados y usuarios del sistema de salud.

- Enfermedades huérfanas y derechos de los pacientes

En ese documento se consignan las principales enfermedades huérfanas, sus síntomas y tratamientos así como los derechos y deberes de los pacientes que las pa-

decen. Se brinda información básica de manera sencilla sobre estos desórdenes, en su mayoría genéticos, y se proponen herramientas necesarias para que los pacientes que las padecen puedan ejercer sus derechos y denunciar su vulneración. Cuenta con una segunda edición.

- Bioseguridad. Atención en los centros de estética.

Esta cartilla busca esclarecer las dudas y preocupaciones de los usuarios, y fomentar los cuidados que se deben implementar para evitar riesgos adversos a la salud en los establecimientos que brindan estos servicios. Se brinda información práctica, sencilla, eficaz y precisa, que busca el beneficio de todos.

- Derechos de los usuarios que se viven con VIH/Sida

El propósito de la elaboración y publicación de esta cartilla fue el de generar, en un lenguaje sencillo, un manejo fácil de la información sobre el VIH/sida de tal manera que llegara a todas las comunidades. Con ella se buscó incentivar la prevención, tener percepción del riesgo y de esta forma actuar de forma responsable.

- Planificación familiar

Contiene información básica sobre planificación familiar, preguntas y respuestas sobre los diferentes métodos (de barrera, hormonales, mecánicos, naturales y definitivos), su uso, presentaciones, precauciones, complicaciones, ventajas y desventajas, así como la eficacia de los mismos, la cual depende de su uso correcto. El último capítulo contiene puntos que los usuarios de estos métodos deben tener en cuenta, cuando se decide planificar.

- Formas de participación en salud

Siendo la prestación de los servicios de salud un servicio público, la Defensoría del Pueblo pretendió con esta cartilla, que los usuarios del sistema de salud conocieran de manera sencilla, la forma de participación en el control y seguimiento de los servicios prestados en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, en cada una de sus regiones.

- Derechos de los pacientes con cáncer en materia de salud.

Describe los derechos que tienen los pacientes con cáncer a la luz de la normatividad, de la jurisprudencia constitucional y de los tratados internacionales adoptados por Colombia, en búsqueda de su exigibilidad.

- Manual de derechos y deberes de los pacientes en terapias de reemplazo renal

Proporcionó información sobre los derechos y deberes que tenían los pacientes en terapias de reemplazo renal, de tal manera que accedieran a los servicios de salud sin restricciones.

# CAPÍTULO V.

## ANÁLISIS DE LAS TUTELAS INTERPUESTAS EN COLOMBIA DURANTE EL AÑO 2016.

## 1. Objetivos

### 1.1. Objetivo general

Analizar el comportamiento de las tutelas interpuestas en Colombia desde que se instauró esta acción en la Constitución Nacional 1991, evidenciar tendencias y verificar las solicitudes más frecuentes en las tutelas que invocan el derecho a la salud en los dos últimos años para obtener conclusiones que permitan a la Defensoría del Pueblo presentar recomendaciones para el logro del goce efectivo del derecho fundamental a la salud

### 1.2. Objetivos específicos

- Cuantificar las tutelas interpuestas en Colombia durante los últimos 25 años.
- Determinar los derechos más invocados en las tutelas en 2016.
- Identificar las regiones del país donde se interpusieron las tutelas en 2016.
- Establecer la participación de las tutelas que invocaron el derecho a la salud en el contexto de las tutelas en general en 2016.
- Identificar las entidades contra las cuales se interpusieron el mayor número de tutelas en 2016.
- Señalar la orientación judicial de las decisiones en primera instancia en 2016.
- Identificar las entidades promotoras de servicios de salud (EPS) que mayor número de tutelas concentran en 2016.
- Identificar el contenido más frecuente de las tutelas que invocaron el derecho a la salud en 2016.
- Establecer los contenidos del POS y no POS incluidos en las tutelas que invocaron el derecho a la salud en 2016.

- Identificar los diagnósticos más frecuentes registrados en las acciones de tutela para reclamar servicios de salud en 2016.

## 2. Aspectos metodológicos

El análisis de la información comprende las acciones de tutelas que llegaron a la Corte Constitucional desde 1992, con énfasis en los dos últimos años (2015-2016) y que fueron enviadas por los distintos juzgados del país, en cumplimiento del artículo 32 del Decreto 2591 de 1991[100].

El estudio es de tipo descriptivo y se divide en tres partes: la primera comprende al análisis comparativo de todas las tutelas interpuestas en el país durante 2016 frente a las tutelas interpuestas en 2015. En este análisis se determina el comportamiento, los derechos invocados, las entidades accionadas y los lugares donde se interpusieron las mismas.

La segunda parte se concentra en el universo de tutelas que invocaron el derecho a la salud en los últimos dos años; además de efectuar un análisis de las variables de la primera fase, se verifican aspectos relacionados con la orientación de las decisiones de los jueces y la identificación de las entidades de salud demandadas.

La última parte comprende un análisis específico de los hechos narrados por los accionantes en las tutelas que contienen el derecho a la salud, el cual se realiza sobre una muestra representativa de 2.969 tutelas seleccionadas a través de muestreo aleatorio estratificado. Con base en los hechos narrados por el accionante se determinan los servicios médicos solicitados, los cuales se clasifican en servicios incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS), o no incluidos (No POS). Para dicha clasificación se tiene en cuenta la normatividad vigente a diciembre de 2016, especialmente la Resolución 5592 de 2015.

La recolección de la información se hizo mensualmente y directamente sobre los expedientes físicos que reposaban en la Corte Constitucional, para lo cual se elaboró una ficha de recolección (Anexos 1). La información fue registrada tal como aparece en los expedientes de acuerdo a los hechos narrados por los accionantes en las tutelas. Se incluyó marca o principio activo, gramaje, concentración y presentación para el caso de los medicamentos y especificaciones especiales en las

100 El juez, de oficio o a petición de parte, podrá solicitar informes y ordenar la práctica de pruebas y proferirá el fallo dentro de los 20 días siguientes a la recepción del expediente. Si a su juicio, el fallo carece de fundamento, procederá a revocarlo, lo cual comunicará de inmediato. Si encuentra el fallo ajustado a derecho, lo confirmará. En ambos casos, dentro de los diez días siguientes a la ejecutoria del fallo de segunda instancia, el juez remitirá el expediente a la Corte Constitucional, para su eventual revisión.

otras solicitudes de servicios, de tal manera que se pueda identificar claramente si se encuentran o no en el POS.

### 2.1. Descripción de las muestras

Marco muestral: Tutelas registradas en la base de datos de la Corte Constitucional durante 2016 que invocaron el derecho a la salud.

Población objetivo: Tutelas interpuestas en 2016 que contienen vulneraciones al derecho a la salud.

Modelo de muestreo: Tipo aleatorio estratificado por departamento con asignación proporcional, con un nivel de confianza del 95 por ciento y un margen de error de 1,6 por ciento.

Tamaño de la muestra: 2.969 tutelas.

Unidad de análisis: Tutela en la cual el accionante invocó como derecho vulnerado el derecho a la salud, bien que esté solo o en conjunto con otros derechos.

## 3. Resultados

### 3.1. La tutela en general.

La tutela en Colombia desde la Constitución Nacional de 1991, se ha constituido en la acción judicial preferida por los colombianos para acceder de manera ágil y oportuna a la justicia colombiana. Es el mecanismo más efectivo de defensa de los derechos fundamentales y de las medidas establecidas en la Constitución Política de 1991, es la más conocida por los colombianos, está establecido en el artículo 86, como una acción que se ejerce ante un juez de la república, por la violación de un derecho fundamental. Su interposición no requiere de ningún requisito, no necesita abogado y se puede presentar de manera verbal.

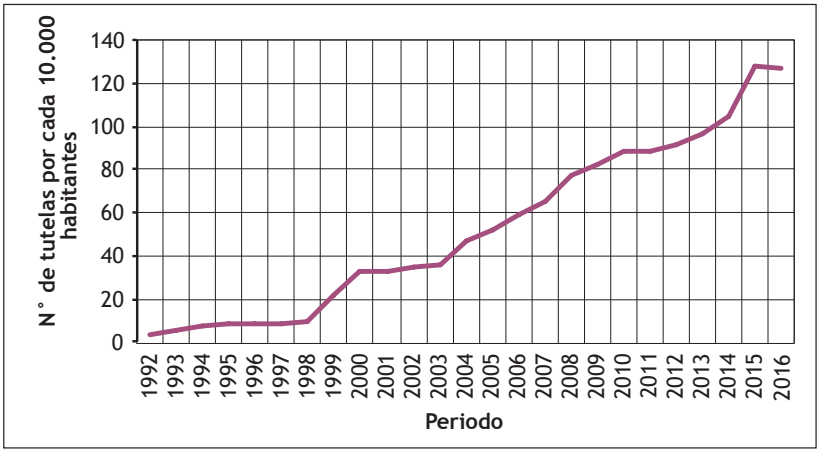
Carrera Silva, 2011 manifiesta: *"Sin duda, desde su instauración en la Constitución de 1991 (y no obstante sus detractores, la resistencia política e incluso judicial a la misma), la acción de tutela se ha convertido en la más importante institución procesal de rango constitucional en la historia colombiana; ha supuesto una verdadera revolución judicial que ha traído aparejada el avance democrático más tangible en el país al materializar la eficacia de los derechos constitucionales en el día a día, en la cotidianidad más evidente de los colombianos. Ha permitido el desmontaje de privilegios, la promoción de una cultura democrática fundada en la persona y sus derechos, en los valores del Estado social al adoptar el camino de la fundamentalización de algunas manifestaciones de los derechos sociales y económicos y aun de otros derechos colectivos,*

*bajo las reglas de su conexidad con los derechos fundamentales y las del mínimo vital que se han proyectado en materia de protección de los derechos a la salud, a la seguridad social y a la remuneración mínima, vital y móvil".*

La acción de tutela nace de la necesidad de la Asamblea Nacional Constituyente de otorgar un mecanismo eficaz, preferente y rápido que supliera los vacíos de protección dentro del Estado social de derecho y que garantizara el cumplimiento de los derechos y garantías constitucionales.

Las primeras tutelas fueron instauradas en 1992; tal vez por su desconocimiento, en ese momento solamente tres (3) de cada 10.000 colombianos interponían esta acción, lo cual se fue popularizando hasta alcanzar más de 127 por cada 10.000 habitantes en los dos últimos años (Gráfica 1).

**Gráfica 1. Tutelas en Colombia por cada 10.000 habitantes. Período 1992-2016**




Al poco tiempo de su reglamentación, las personas empezaron a solicitar su amparo para hacer respetar y cumplir derechos como los de educación, libre desarrollo de la personalidad (homosexualismo), protección del embarazo, trabajo (estabilidad), libertad (en el caso de las personas privadas de la libertad), seguridad social y salud, entre otros.

A la par de la acción de tutela, nace la Honorable Corte Constitucional (HCC), alto Tribunal encargado de proteger y defender la Constitución Política y de velar por el cumplimiento y respeto de los derechos fundamentales. Dicha corporación debe, a través de sus sentencias: establecer las pautas del ordenamiento jurídico, garantizar el Estado social de derecho y asegurar la división de poderes a través de la colaboración armónica entre los mismos.

Para cumplir con su misión, la HCC dicta tres tipos de sentencia: (i) Las sentencias de tutela (T), a través de la revisión de los fallos emitidos por jueces de la república en todo el territorio. Al respecto, la norma101 estableció que los fallos que no fueran impugnados, se deben remitir al día siguiente a la Corte Constitucional para su eventual revisión; (ii) las de unificación de jurisprudencia (SU), que se presentan cuando hay un cambio jurisprudencial de interpretación y análisis respecto al enfoque tradicional de la Corte, o cuando la importancia del tema necesita del pronunciamiento de la sala plena y, (iii) las de control constitucional (C) que garantizan que actos y leyes emitidos por los otros organismos del Estado, se ajusten a los fundamentos de la Constitución Política, por lo que los fallos dictados en ejercicio de este, hagan tránsito a cosa juzgada constitucional, no pudiendo ninguna autoridad aplicar el acto cuando este ha sido declarado inconstitucional102.

La apropiación de los ciudadanos de esta acción y el hecho de que la jurisprudencia de la HCC sea liberal e idealista, ha generado la modernización del Estado colombiano. Tal como lo ha dicho el Exmagistrado de la Corte, Dr. Manuel José Cepeda *"la tutela se convirtió en un puente entre la realidad y la Constitución que va más allá de un mecanismo jurídico, para convertirse en una fuente material de goce efectivo de derechos"*.

Todo esto permite que los ciudadanos entiendan sobre las bondades de este instrumento, apoderándose de tal forma que hoy en día es la acción preferida, con un crecimiento, desde su inicio del 5.650 por ciento.

La interposición de tutelas en Colombia, continúa su ritmo creciente, alcanzando la cifra de 617.071 acciones en el último año (Tabla 1), emitidas en todos los juzgados del territorio nacional, lo que indica que cada 51 segundos[103], un ciudadano interpone una tutela por la presunta vulneración de un derecho fundamental; sin embargo, si solo se toman los 254 días hábiles laborales por 8 horas diarias se concluiría que cada 12 segundos[104] se interpone una acción. Este crecimiento es más evidente cuando se calcula el indicador de número de tutelas por cada 10.000 habitantes, el cual en 2016 se ubicó en 127 acciones, cifra similar a la de 2015.

101 Decreto 2591 de 1991.

102 Constitución Política de Colombia. Artículo 243.

103 Cálculo con base en 365 días y 24 horas laborales.

104 Cálculos con base en 246 día hábiles y 8 horas diarias.

Tabla 1. Registro de tutelas en Colombia. Período 1992-2016

| AÑO | N° Tutelas | Crecimiento anual % | N° de tutelas por cada 10.000 habitantes | Crecimiento anual % |
|---|---|---|---|---|
| 1992 | 10.732 | | 3,02 | |
| 1993 | 20.181 | 88,05 | 5,57 | 84,48 |
| 1994 | 26.715 | 32,38 | 7,25 | 30,03 |
| 1995 | 29.950 | 12,11 | 7,99 | 10,28 |
| 1996 | 31.248 | 4,33 | 8,21 | 2,70 |
| 1997 | 33.663 | 7,73 | 8,71 | 6,15 |
| 1998 | 38.248 | 13,62 | 9,76 | 12,03 |
| 1999 | 86.313 | 125,67 | 21,72 | 122,56 |
| 2000 | 131.764 | 52,66 | 32,70 | 50,52 |
| 2001 | 133.272 | 1,14 | 32,65 | -0,14 |
| 2002 | 143.887 | 7,96 | 34,82 | 6,62 |
| 2003 | 149.439 | 3,86 | 35,71 | 2,57 |
| 2004 | 198.125 | 32,58 | 46,76 | 30,95 |
| 2005 | 224.270 | 13,20 | 52,29 | 11,82 |
| 2006 | 256.166 | 14,22 | 59,02 | 12,86 |
| 2007 | 283.637 | 10,72 | 64,57 | 9,41 |
| 2008 | 344.468 | 21,45 | 77,50 | 20,01 |
| 2009 | 370.640 | 7,60 | 82,41 | 6,34 |
| 2010 | 403.380 | 8,83 | 88,64 | 7,56 |
| 2011 | 405.359 | 0,49 | 88,04 | -0,68 |
| 2012 | 424.400 | 4,70 | 91,13 | 3,51 |
| 2013 | 454.500 | 7,09 | 96,45 | 5,84 |
| 2014 | 498.240 | 9,62 | 104,54 | 8,38 |
| 2015 | 614.520 | 23,34 | 127,49 | 21,95 |
| 2016 | 617.071 | 0,42 | 126,58 | -0,71 |
| **Total** | **5.930.188** | | | |

Fuente: Corte Constitucional, Proyecciones de población DANE
Cálculos: Defensoría del Pueblo

### 3.1.1. Los derechos invocados en las tutelas

Cuando se interpusieron las primeras tutelas en 1992, los temas en las mismas eran muy disímiles y su interposición solo hacía referencia a aquellos derechos denotados como fundamentales, en la medida en que el tiempo pasó y por la evolución de los derechos, la Corte Constitucional empezó a expedir jurisprudencia en el que se involucraban derechos considerados como de segunda generación. El ejemplo más claro de ello, es el derecho a la salud que en los años 2007 y 2008 se constituyó como el más invocado en las tutelas, motivo por el cual dicha corporación intervino y emitió una serie de decisiones que involucraron a los principales actores del sistema[105]. Sin embargo, esas medidas solo surtieron efec-



105 Corte Constitucional, Sentencia T-760 de 2008.

to durante dos años, período en el que las tutelas en salud disminuyeron, aunque seguía siendo el segundo derecho más invocado en las mismas.

A partir de 2010, el derecho de petición se ubica como el derecho más invocado en Colombia, debido a que a pesar de existir normatividad clara al respecto relacionada con la forma, contenido y oportunidad en las respuestas que se deben dar a las peticiones presentadas por los ciudadanos, las entidades no las cumplen, presentándose respuestas extemporáneas, sin congruencia, difusas, vagas, en formatos generales preexistentes y en muchas ocasiones, simplemente desconociendo la solicitud.

Otro factor influyente en el crecimiento elevado de la invocación del derecho de petición en las tutelas es la poca resolución de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las víctimas (UARIV) a las solicitudes de las víctimas y desplazados respecto a su atención y reparación integral. En el último año, el 31,13 por ciento de las tutelas fueron contra esta entidad y en el 74,1 por ciento se invocaba este derecho.

En 2016, el derecho de petición fue invocado en el 45,77 por ciento de las tutelas, presentando una pequeña disminución de 1,86 por ciento con relación a 2015. (Tabla 2) (Gráfica 2).

Por su parte el derecho a la salud, desde el año 2011 se ubica como el segundo derecho con mayor presencia en las tutelas. En 2016 fue invocado en 163.977 acciones, un 8,44 por ciento más alto que en 2015; su participación en total fue de 26,57 por ciento de las mismas, lo que representa un aumento de 2 puntos porcentuales.

En tercer lugar, está la solicitud de protección a otros Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC) entre los que se incluyen: violaciones al mínimo vital, vivienda digna, recreación, propiedad privada, unidad familiar y ayuda humanitaria. Durante 2016, estos derechos fueron invocados en el 25,53 por ciento de las tutelas (156.911), un 22,8 por ciento superior al observado en el período anterior. Es de anotar el aumento superior al 118,48 por ciento que ha presentado en los últimos 4 años debido especialmente al incremento de solicitudes de protección al mínimo vital, derecho entendido por la jurisprudencia constitucional como fundamental[106] y cuya característica cualitativa supone, que cada persona viva de acuerdo a su status, existiendo una carga soportable, la cual es mayor entre mejor haya sido su situación económica.

106 Colombia. Corte Constitucional. Sentencia T- 199 de 2016. Expedientes 5.310.874 y T-5.301.697 (acumulados). M. P. Jorge Iván Palacio Palacio.

El derecho al debido proceso y defensa, al igual que en años anteriores, aparece en cuarto lugar y su amparo es solicitado en el 10,4 por ciento de las acciones, con un crecimiento del 2,42 por ciento respecto del año anterior.

En quinto lugar se ubica la solicitud de protección a la seguridad social, la cual disminuyó significativamente, debido a que las acciones adelantadas contra ISS/Colpensiones y contra las EPS del régimen contributivo, por prestaciones económicas se redujeron considerablemente.

Siguiendo con los derechos más invocados, aparece el de reparación e indemnización, que desde el año 2015 presenta crecimientos importantes como consecuencia de las solicitudes realizadas por víctimas y desplazados. Al igual que en el estudio anterior, se constituye como el derecho de mayor crecimiento en las tutelas. En este sentido es importante entender que la reparación[107] es un derecho complejo, ligado a la verdad y a la justicia, que busca proteger la dignidad e integridad de las víctimas y que requiere por parte del Estado, la implementación de medidas indemnizatorias, de restitución, rehabilitación y garantía de no repetición, las cuales deben ser proporcionadas al daño material y moral ocasionado.

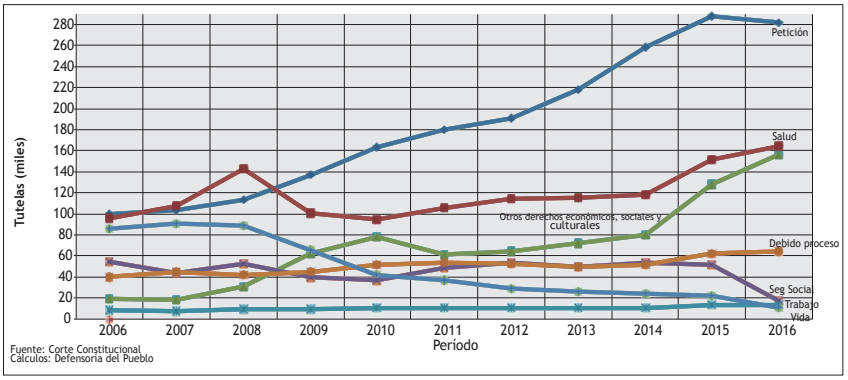
107 Colombia. Corte Constitucional. Sentencia C-753 de 2013. Expediente 5 D-9608. M. P. Mauricio González Cuervo.

**Tabla 2. Derechos invocados en las tutelas. Período 2015-2016**

| | 2015 | | 2016 | | Variación % |
|---|---|---|---|---|---|
| | N° Tutelas | Part. en Tutelas % | N° Tutelas | Part. en Tutelas % | |
| Petición | 287.770 | 46,83 | 282.428 | 45,77 | -1,86 |
| Salud | 151.213 | 24,61 | 163.977 | 26,57 | 8,44 |
| Otros derechos económicos, sociales y culturales | 127.775 | 20,79 | 150.287 | 24,35 | 17,62 |
| Debido proceso y defensa | 62.688 | 10,20 | 60.843 | 9,86 | -2,94 |
| Seguridad Social | 51.901 | 8,45 | 17.218 | 2,79 | -66,83 |
| Reparación e Indemnización | 5.174 | 0,84 | 15.066 | 2,44 | 191,19 |
| Trabajo y estabilidad laboral reforzada | 13.547 | 2,20 | 12.787 | 2,07 | -5,61 |
| Vida | 22.359 | 3,64 | 10.819 | 1,75 | -51,61 |
| Libertad de enseñanza, educación, investigación | 5.079 | 0,83 | 4.755 | 0,77 | -6,38 |
| Intimidad, buen nombre y honra | 3.806 | 0,62 | 3.413 | 0,55 | -10,33 |
| Igualdad | 11.299 | 1,84 | 3.377 | 0,55 | -70,11 |
| Derechos colectivos y del medio ambiente | 1.622 | 0,26 | 2.249 | 0,36 | 38,66 |
| Libertad individual | 1.194 | 0,19 | 1.268 | 0,21 | 6,20 |
| Vida digna y dignidad humana | 60.425 | 9,83 | 1.234 | 0,20 | -97,96 |
| Personalidad jurídica | 1.247 | 0,20 | 1.014 | 0,16 | -18,68 |
| Derechos políticos | 309 | 0,05 | 778 | 0,13 | 151,78 |
| Integridad física | 2.398 | 0,39 | 736 | 0,12 | -69,31 |
| Libertad de asociación | 560 | 0,09 | 480 | 0,08 | -14,29 |
| Libertad de locomoción | 361 | 0,06 | 181 | 0,03 | -49,86 |
| Libre desarrollo de la personalidad | 427 | 0,07 | 153 | 0,02 | -64,17 |
| Libertad de expresión e información | 285 | 0,05 | 62 | 0,01 | -78,25 |
| Libertad de culto | 83 | 0,01 | 54 | 0,01 | -34,94 |
| Libertad de escoger profesión u oficio | 71 | 0,01 | 53 | 0,01 | -25,35 |
| Libertad de conciencia | 33 | 0,01 | 35 | 0,01 | 6,06 |
| Otros | 2.334 | 0,38 | 366 | 0,06 | -84,32 |
| | | | | | |
| **TOTAL TUTELAS INTERPUESTAS** | **614.520** | | **617.071** | | **0,4%** |

Fuente:Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

**Gráfica 2. Derechos más invocados en las tutelas. Período 2006-2016**




A continuación, se analizan los 5 derechos de mayor participación en las tutelas que se tramitan en Colombia, excepto el derecho a la salud, que se analiza más adelante con mayor profundidad por ser el eje central esta investigación.

### *3.1.1.1. Derecho de petición*

La Constitución Política en su artículo 23 establece como única condición para el ejercicio del derecho de petición, el deber de hacerse y presentarse en términos respetuosos, por lo que disposiciones adicionales, son entendidas como medidas restrictivas del derecho.

El artículo 13 de la Ley 1755 de 2015 establece que toda actuación iniciada ante las autoridades implica el ejercicio del derecho de petición. Por su parte el artículo 14 prevé como término general para respuesta, el de quince (15) días contados a partir del siguiente a su recepción, con las siguientes excepciones: (i) la petición de documentos y de información: diez (10) días siguientes y cuya no respuesta implica aceptación de la solicitud, por lo que la administración no podrá negar la entrega de los documentos; (ii) las peticiones de consulta a las autoridades en relación con las materias a su cargo: treinta (30) días; y, (iii) las peticiones de reconocimiento de un derecho fundamental, cuando estas deben ser resueltas para evitar un perjuicio irremediable y/o que por razones de salud o de seguridad personal requieran medidas de urgencia, en cuyos casos, el término es inmediato.

Es importante aclarar que si los encargados no pueden resolver la petición en los términos señalados, deberán informar al interesado antes de su vencimiento, manifestando los motivos de la demora y señalando el plazo razonable en que se resolverá o dará respuesta, el cual no podrá exceder del doble del inicialmente previsto.

Las respuestas emitidas por las distintas entidades administrativas a los derechos de petición, deben cumplir con los requisitos de oportunidad, claridad, precisión y congruencia con lo solicitado, así como con la notificación al interesado. Se vulnera el derecho de petición cuando no se resuelve dentro del término establecido o cuando, a pesar de haber dado respuesta, este no cumple con los requisitos de respuesta mencionados.

Con relación a las peticiones incompletas, en virtud del principio de eficacia, la autoridad deberá dentro de los diez (10) días siguientes a la fecha de radicación, requerir al usuario para que la complete en el término máximo de un (1) mes, entendiéndose que el peticionario desiste de su solicitud, si no la allega en dicho término.

Desde el año 1992, las tutelas que invocan vulneraciones a este derecho son constantes y siendo desde 2009 fueron las solicitudes de mayor participación en las tutelas. En el año 2016 el número de procesos que tramitaron los jueces de la república fueron de 282.428 (45,77 por ciento). La decisión de los jueces en primera instancia favoreció al tutelante en el 75,4 por ciento de los casos.

La Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas (UARIV), fue la entidad contra la cual se interpusieron el mayor número de tutelas por violación a este derecho. De las 282.428 tutelas que lo invocaron, el 50,45 por ciento correspondieron a dicha entidad, favoreciendo a los accionantes en primera instancia en el 91,9 por ciento.

En segundo lugar se ubicó el ISS/Colpensiones con 20.547 tutelas (7,27 por ciento), con una disminución del 51,8 por ciento con relación a 2015 y un nivel de aprobación en primera instancia por parte de los jueces, del 82,4 por ciento.

En su orden, en una menor proporción, se encontraron las Alcaldías Municipales (4,35 por ciento), Inpec (3,86 por ciento), oficinas de tránsito y similares (2,77 por ciento), Juzgados/Cortes/Tribunales (2,12 por ciento) y Fuerzas Militares y de Policía (1,96 por ciento).

Con relación a las zonas donde se interpusieron el mayor número de tutelas por violación al derecho de petición, se encuentran: Antioquia (39,9 por ciento), Bogotá (18,7 por ciento), Valle del Cauca (5,9 por ciento), Caquetá (3,6 por ciento) y Tolima (3,3 por ciento). En el 90 por ciento de los municipios (1.013) se interpuso al menos una tutela que invocaba este derecho y las ciudades de Medellín (28,2 por ciento), Bogotá (18,7 por ciento), Cali (3,8 por ciento), Florencia (3,4 por ciento) y Apartadó (3 por ciento) se erigieron como las entidades territoriales con el mayor número de ellas.

### *3.1.1.2. Otros derechos económicos, sociales y culturales*

Este grupo de derechos incluyen solicitudes de protección a violaciones al mínimo vital, vivienda digna, recreación, propiedad privada, alimentación, unidad familiar y ayuda humanitaria. En 2016, los ciudadanos interpusieron 156.911 acciones que invocaron estos derechos, en especial por solicitud de ayuda humanitaria y protección al mínimo vital. El 25,43 por ciento de las tutelas los incluían y se observó un incremento del 22,8 por ciento con relación a 2015. Los jueces en primera instancia fallaron a favor de los ciudadanos en el 85,3 por ciento de los casos, lo que representó un incremento de 17,4 puntos porcentuales respecto a las decisiones del 2015.

La Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas concentró el 72,88 por ciento de estas, seguido de Coomeva (2,98 por ciento), Cafesalud/SaludCoop (2,9 por ciento), particulares (2,41 por ciento) y Salud Total (1,71 por ciento). Los entes territoriales con el mayor número de tutelas fueron: Antioquia (37,64 por ciento), Bogotá (12,29 por ciento), Valle (5,69 por ciento), Caquetá (4,58 por ciento) y Meta (2,92 ciento). En 741 municipios se interpuso al menos una tutela y Medellín (38,8 por ciento), Bogotá (12,29 por ciento), Apartadó (6,71 por ciento), Florencia (4,18 por ciento) y Cali (3,67 por ciento) fueron las ciudades con las cifras más altas.

### *3.1.1.3. Debido proceso y defensa*

El derecho fundamental al debido proceso establecido en el artículo 29 de la Constitución Política contiene las garantías necesarias para el derecho procesal, es aplicable a toda clase de actuaciones judiciales y administrativas, establece los derechos de defensa y favorabilidad en la pena y aplica el principio de que nadie puede ser juzgado por leyes preexistentes al acto que se le imputa.

En virtud a él, todas las personas tienen derecho a ciertas garantías mínimas que le permitan obtener un resultado justo y equitativo dentro de un proceso, además de ser oído y de hacer valer sus pretensiones frente a un juez. El derecho a la defensa, asegura a las partes la posibilidad de presentar alegatos, probarlos y controvertir otras pruebas durante el proceso.

Por su parte, el artículo 229 de la Constitución señala que el desconocimiento del debido proceso en un trámite administrativo, implica la vulneración del derecho de acceso a la administración de justicia. Por tal motivo, el respeto por el procedimiento en la aplicación de un acto administrativo, permite el equilibrio entre la administración y los particulares, adoptando por parte de la primera, decisiones de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento jurídico.

El debido proceso en las actuaciones administrativas, debe velar constantemente por el derecho de defensa y de contradicción de todas las personas que pueden llegar a ser afectadas con la decisión, y busca la toma de decisiones justas.

En 2016, su solicitud de protección se presentó en 64.203 tutelas, equivalentes al 10,4 por ciento del total de las acciones interpuestas, observándose un incremento del 2,42 por ciento con respecto al 2015 que fue de 62.688. La favorabilidad en primera instancia fue una de las más bajas (28,9 por ciento).

El mayor número de tutelas estaba dirigido contra los Juzgados/Cortes/Tribunales (34,47 por ciento), con ocasión a aspectos como la valoración indebida de pruebas, la falta de competencia del funcionario o la separación del procedimiento legalmente establecido. Le siguen las oficinas de tránsito y similares (17,77 por ciento) en atención a que durante el proceso administrativo seguido, por lo general no se escucha al ciudadano, no se le notifica en forma oportuna y de conformidad con la ley, y no se respeta la presunción de inocencia o el derecho a la defensa y contradicción. En tercer lugar están las Alcaldías Municipales (6,48 por ciento), seguida por las empresas de servicios públicos, televisión y operadores de celulares (4,9 por ciento) y los particulares (4,1 por ciento).

En Bogotá se concentró el mayor número de tutelas que invocaron este derecho (29,58 por ciento), seguido de Antioquia (17,12 por ciento), Valle del Cauca (7,3 por ciento), Atlántico (5,52 por ciento) y Santander (5,05 por ciento).

En 802 municipios se interpuso al menos una tutela y las ciudades de Bogotá (29,58 por ciento), Medellín (13,46 por ciento), Cali (4,78 por ciento), Barranquilla (4,51 por ciento) y Bucaramanga (3,21 por ciento) concentraron el mayor número de ellas.

#### *3.1.1.4. Seguridad social*

Este derecho es el quinto más invocado en las tutelas y su participación dentro de las mismas fue de 2,79 por ciento, con una disminución en su frecuencia en 66,83 por ciento, y un porcentaje de favorecimiento en primera instancia de 49,24 por ciento.

De las 17.219 tutelas que invocaron el derecho a la seguridad social, el 23,75 por ciento se presentaron en Bogotá, con una disminución del 50,87 por ciento con relación a 2015. Le siguieron los departamentos de Antioquia (14,45 por ciento), Valle del Cauca (12,13 por ciento), Santander (6,19 por ciento) y Atlántico (4,95 por ciento).

El número de municipios en donde se interpuso al menos una tutela que invocaba este derecho en 2016 fue de 418, trescientos ochenta y tres (383) menos que en 2015.

ISS/Colpensiones, fue la entidad más demandada aunque presentó una disminución del 22,02 por ciento con relación al período anterior, es de anotar que la mayoría de las tutelas contra esta entidad invocaron el derecho de petición sin invocar el derecho a la seguridad social, lo que explica la diferencia con las cifras totales. Le siguió la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Parafiscal (UGPP) y el Fondo de pensiones y cesantías Porvenir/Horizonte, entidades que presentaron frecuencias menores.

En los mapas 1 y 2 se observa el derecho más invocado en cada municipio, cuya concentración está dada por petición y salud.

### 3.1.2. Lugar de origen de las tutelas

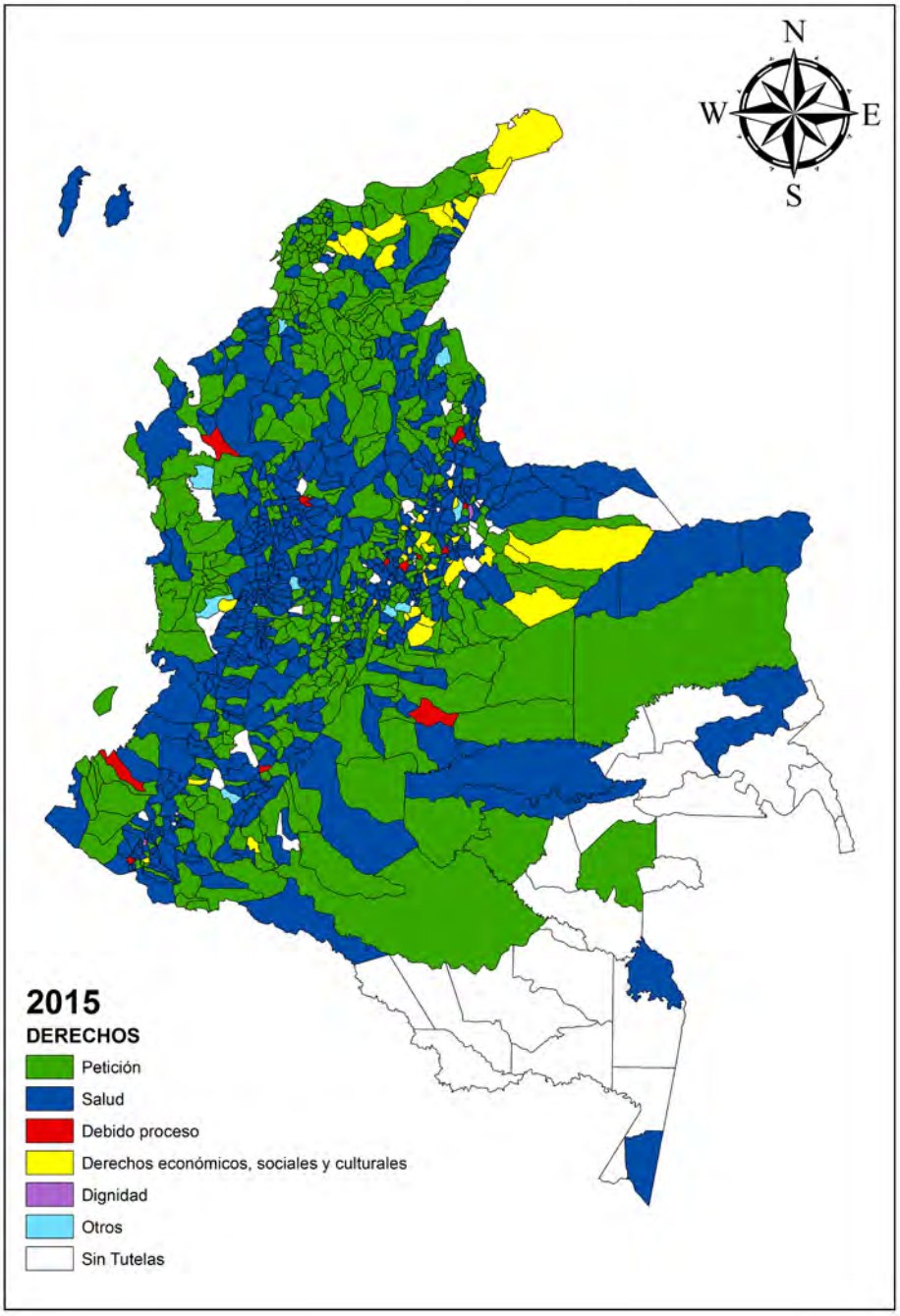
En 1.076 municipios, es decir en el 95,8 por ciento de los 1.122 que existen en el país, se interpuso al menos una tutela por violación a uno o más derechos fundamentales, con un aumento en su frecuencia de 10 municipios frente a 2015.

Antioquia con 194.461 tutelas (31,51 por ciento) fue la entidad territorial donde los ciudadanos hicieron mayor uso de esta acción constitucional. Le siguieron Bogotá (104.984), Valle del Cauca (49.689), Santander (25.599) y Norte de Santander (20.496), estos dos últimos con los mayores crecimientos (6 por ciento). También hay que mencionar incrementos significativos en Vaupés, Casanare y Caquetá (Tabla 3).

De acuerdo con el indicador de número de tutelas por cada 10.000 habitantes, el departamento con el indicador más alto fue Caquetá con 311, seguido de Antioquia (298), Putumayo (189), Caldas (170) y Meta (163), cifras superiores al indicador nacional, el cual fue de 127. (Tabla 4).

Según el derecho demando en las tutelas, en 1.012 de los municipios (90,1 por ciento) se invocó el derecho de petición, en 974 el derecho a la salud (86,7 por ciento), en 802 el derecho al debido proceso y defensa (71,4 por ciento), en 741 otros derechos económicos Sociales y culturales (65,96 por ciento) y en 418 el derecho a la seguridad social (37,2 por ciento). Es de anotar que en una tutela se pueden invocar varios derechos.

**Mapa 1. Derecho más invocado en cada municipio en 2015**



Mapa 2. Derecho más invocado en cada municipio en 2016

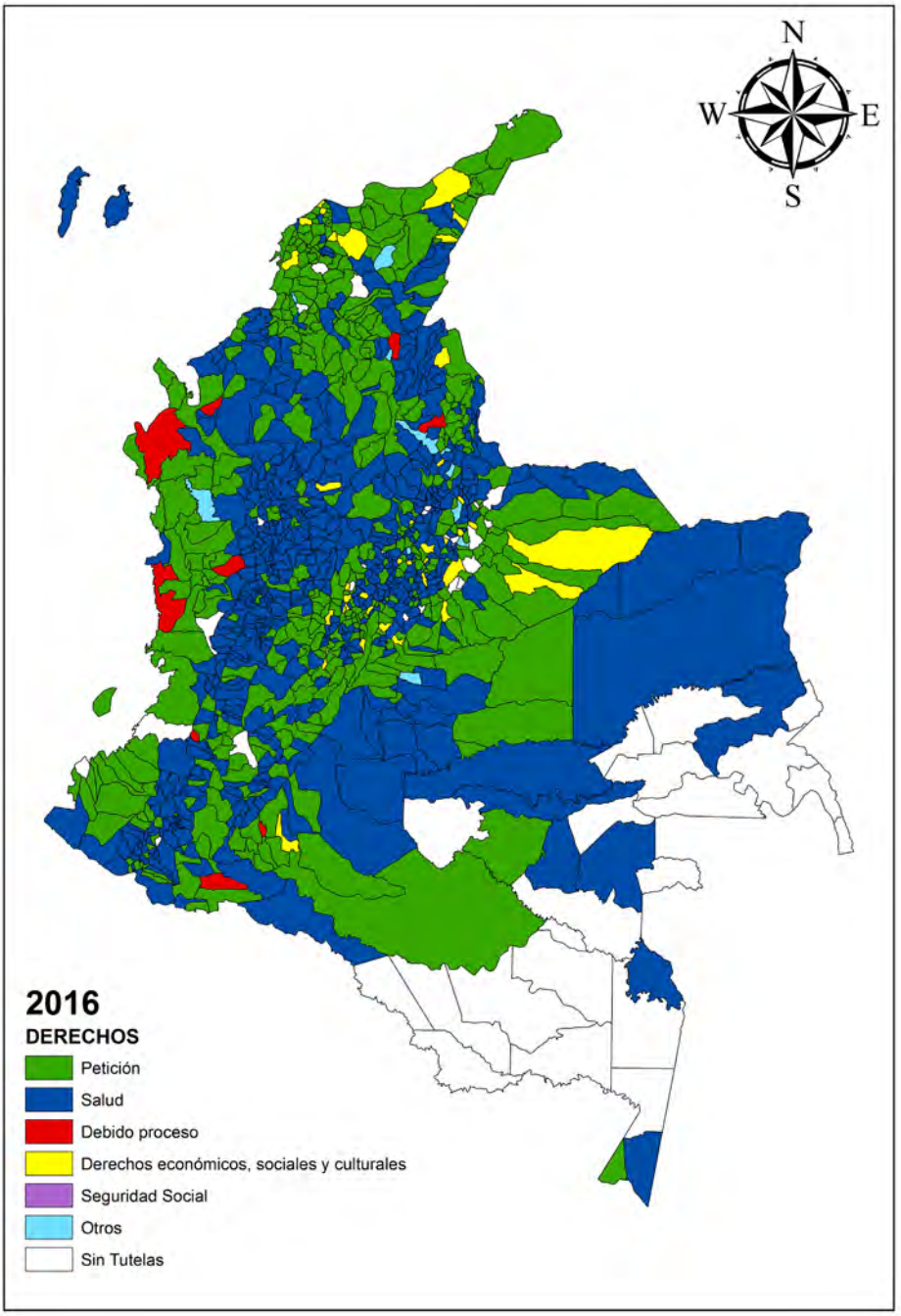


**Tabla 3. Número de tutelas en Colombia, según departamento. Período 2015-2016**

| | 2015 | | 2016 | | Variación % |
|---|---|---|---|---|---|
| | N° Tutelas | Part. % | N° Tutelas | Part. % | |
| Antioquia | 204.116 | 33,22 | 194.461 | 31,51 | -4,73 |
| Bogotá D.C | 101.743 | 16,56 | 104.984 | 17,01 | 3,19 |
| Valle | 53.389 | 8,69 | 49.689 | 8,05 | -6,93 |
| Santander | 24.053 | 3,91 | 25.599 | 4,15 | 6,43 |
| Norte de Santander | 19.319 | 3,14 | 20.496 | 3,32 | 6,09 |
| Tolima | 20.729 | 3,37 | 19.677 | 3,19 | -5,08 |
| Atlántico | 17.444 | 2,84 | 17.389 | 2,82 | -0,32 |
| Caldas | 17.309 | 2,82 | 16.824 | 2,73 | -2,80 |
| Meta | 15.607 | 2,54 | 16.005 | 2,59 | 2,55 |
| Caquetá | 10.300 | 1,68 | 15.071 | 2,44 | 46,32 |
| Bolívar | 12.287 | 2,00 | 14.589 | 2,36 | 18,74 |
| Risaralda | 14.770 | 2,40 | 13.532 | 2,19 | -8,38 |
| Huila | 12.091 | 1,97 | 11.781 | 1,91 | -2,56 |
| Cesar | 11.052 | 1,80 | 11.689 | 1,89 | 5,76 |
| Córdoba | 10.219 | 1,66 | 9.739 | 1,58 | -4,70 |
| Cauca | 8.669 | 1,41 | 9.443 | 1,53 | 8,93 |
| Cundinamarca | 8.914 | 1,45 | 8.965 | 1,45 | 0,57 |
| Magdalena | 8.246 | 1,34 | 8.713 | 1,41 | 5,66 |
| Quindío | 7.875 | 1,28 | 8.170 | 1,32 | 3,75 |
| Nariño | 8.143 | 1,33 | 7.884 | 1,28 | -3,18 |
| Boyacá | 6.593 | 1,07 | 7.878 | 1,28 | 19,49 |
| Putumayo | 6.154 | 1,00 | 6.599 | 1,07 | 7,23 |
| Sucre | 5.415 | 0,88 | 6.279 | 1,02 | 15,96 |
| La Guajira | 2.593 | 0,42 | 2.957 | 0,48 | 14,04 |
| Casanare | 1.842 | 0,30 | 2.870 | 0,47 | 55,81 |
| Arauca | 1.620 | 0,26 | 1.870 | 0,30 | 15,43 |
| Chocó | 1.782 | 0,29 | 1.630 | 0,26 | -8,53 |
| San Andrés | 931 | 0,15 | 889 | 0,14 | -4,51 |
| Amazonas | 408 | 0,07 | 452 | 0,07 | 10,78 |
| Guaviare | 385 | 0,06 | 381 | 0,06 | -1,04 |
| Guainía | 217 | 0,04 | 215 | 0,03 | -0,92 |
| Vichada | 203 | 0,03 | 186 | 0,03 | -8,37 |
| Vaupés | 102 | 0,02 | 165 | 0,03 | 61,76 |
| **Total** | **614.520** | **100,00** | **617.071** | **100,00** | **0,42** |

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

A continuación se hace un análisis de las entidades territoriales en donde se interponen más de 20.000 tutelas anuales.

### *3.1.2.1. Tutelas en Antioquia.*

El departamento de Antioquia, se constituyó nuevamente como la región con más acciones en Colombia (194.461) representando el 31,51 por ciento, aunque disminuyó en 4,73 por ciento respecto a 2015. El derecho más invocado fue el de petición con el 55 por ciento, seguido de otros derechos económicos sociales y culturales (42,3 por ciento) y salud con el 19,5 por ciento.

En 124 municipios se interpuso al menos una tutela por violación a uno o más derechos fundamentales; Medellín con el 68,5 por ciento fue la ciudad con el mayor número, seguido de Apartadó (8,1 por ciento), Bello (3,5 por ciento), Turbo (3,5 por ciento), e Itagüí (2,2 por ciento).

Las entidades con más tutelas durante 2016 fueron: La Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas (61,3 por ciento), Comfama/Savia salud/ Alianza Medellín (6,69 por ciento), Cafesalud/SaludCoop (3,49 por ciento), oficinas de tránsito y similares (3,39 por ciento) e ISS/Colpensiones (3,38 por ciento). En el 85,6 por ciento de los casos, los jueces favorecieron a los antioqueños en la decisión de primera instancia.

En este sentido es importante comentar que la Personería de Medellín[108], con el fin de ahorrar recursos y evitar el desplazamiento de los usuarios hasta sus oficinas, implementó una herramienta online que les permite a los ciudadanos elaborar la acción de tutela desde su casa y oficina, facilitando la defensa de sus derechos constitucionales. Según lo manifestado por el Personero Municipal, dicha iniciativa *"es una apuesta para adoptar las nuevas tecnologías de la información y ponerlas al servicio de la comunidad logrando la descentralización de la Entidad y asumiendo una postura de universalidad en la prestación de los servicios".*

Para utilizar esta herramienta, el usuario debe ingresar a la página web http://www.personeriamedellin.gov.co, seleccionar personería en línea, tutela en línea, diligenciar el formulario y guardar el código que el sistema le arroja. Finalizado, se envía una copia al correo electrónico del usuario.

Este mecanismo se implementó desde el primero de noviembre del 2016. Su piloto está dirigido a la elaboración de tutelas por la vulneración del derecho a la salud, a raíz de que es el derecho más accionado en esa ciudad.

Es de anotar que de manera contraria, la Defensoría del Pueblo, consciente de la gran congestión de los juzgados, evita al máximo inducir la interposición de tute-

108 http://www.personeriamedellin.gov.co/index.php/sala-de-prensa/boletines/1993-medellin-primera-ciudad-de-colombia-con-el-servicio-de-tutela-en-linea

las en las que el ciudadano manifiesta violación del derecho a la salud y su gestión se dirige en intermediaciones directas con los actores del sistema por considerarlo como una medida de mayor inmediatez para la protección del usuario.

### *3.1.2.2. Tutelas en Bogotá.*

En Bogotá se presentaron 104.984 tutelas en 2016, para un incremento de 3,19% con relación a 2015. El derecho de petición (50,2 por ciento) fue el más invocado, seguido de otros derechos económicos sociales y culturales (18,47 por ciento), debido proceso y defensa (18,09 por ciento), salud (17,02 por ciento) y seguridad social (3,89 por ciento).

Las entidades con el mayor número de acciones fueron: La Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas (23,74 por ciento); Juzgados/Cortes/Tribunales (13,2 por ciento); otros particulares (7,13 por ciento), ISS/Colpensiones (6,3 por ciento) y Cafesalud/SaludCoop (4,29 por ciento). En primera instancia los jueces favorecieron a los bogotanos en el 60,3 por ciento de los casos.

### *3.1.2.3. Tutelas en el Valle del Cauca.*

El departamento de Valle del Cauca fue el tercero con mayor número de tutelas en el país con 49.689 acciones, presentando una disminución del 6,93 por ciento con relación al estudio anterior. El derecho más invocado fue salud con 35,95 por ciento, seguido de petición (33,5 por ciento), derechos económicos, sociales y culturales (17,98 por ciento), debido proceso y justicia (9,43 por ciento) y seguridad social (4,2 por ciento).

En Cali se presentó el 60,6 por ciento de las tutelas de este departamento, le siguieron Palmira (9,3 por ciento), Buga (7,1 por ciento), Tuluá (5,9 por ciento) y Cartago (4,2 por ciento). En 42 municipios se interpuso al menos una tutela.

La entidad más demandada fue la EPS Servicio Occidental de Salud (SOS) con 7,59 por ciento, principalmente por las negaciones en la prestación de los servicios en salud y el no pago de incapacidades por enfermedad general y licencias de maternidad. Le siguen Coomeva (7,23 por ciento), ISS/Colpensiones (7,2 por ciento), otros particulares (3,79 por ciento) y Emssanar (5,99 por ciento). En el 67,7 por ciento de los casos los jueces favorecieron a los vallecaucanos en primera instancia.

### *3.1.2.4. Tutelas en Santander.*

Santander con 25.599 tutelas, se constituyó como la cuarta entidad territorial con más acciones en el país con un incremento de 6,43 por ciento respecto al año anterior. En 85 municipios se interpuso al menos una tutela, siendo Bucaramanga quien concentró el mayor número de ellas (67,4 por ciento), seguido de Barrancabermeja (13 por ciento), Floridablanca (4,2 por ciento), San Gil (3,2 por ciento) y Socorro (1,5 por ciento).

El derecho más tutelado fue salud con el 36,8 por ciento de las acciones, seguido del derecho de petición con 31 por ciento, otros derechos económicos, sociales y culturales (14,78 por ciento), debido proceso y defensa (12,66 por ciento) y seguridad social (4,16 por ciento).

Con relación a las entidades más tuteladas en el departamento, Cafesalud/SaludCoop ocupó el primer lugar con el 11,52 por ciento, otros particulares (8,39 por ciento), Coomeva (5,97 por ciento), la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas (5,73 por ciento) y Juzgados/Cortes /Tribunales (5,47 por ciento). En fallo de primera instancia, los jueces favorecieron a los santandereanos en el 63,8 por ciento de los casos.

### *3.1.2.5. Tutelas en Norte de Santander.*

Este departamento con 20.496 acciones, ocupó el quinto lugar por número de tutelas, lo que representó un 3,32 por ciento; su crecimiento fue de 6,09 por ciento respecto al año anterior, con ocasión al ingreso a Colombia de nacionales radicados en Venezuela, quienes realizaron reclamaciones con relación a sus derechos a la salud, vivienda y educación, entre otros.

En 40 municipios se interpuso al menos una tutela, Cúcuta con el 79 por ciento fue la ciudad con el mayor número de ellas; le siguieron Ocaña (11,6 por ciento), Pamplona (2,6 por ciento), Los Patios (1,4 por ciento) y Ábrego (1,2 por ciento).

El derecho a la salud fue el más invocado (35,95 por ciento), seguido de petición (33,5 por ciento), otros derechos económicos, sociales y culturales (17,98 por ciento), debido proceso y defensa (9,42 por ciento) y seguridad social (4,2 por ciento). El 73,5 por ciento de los fallos de primera instancia, favorecieron a los Nortesantandereanos.

Las entidades con el mayor número de tutelas fueron: Cafesalud/SaludCoop (14,51 por ciento), seguido por la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas (12,27 por ciento), Coomeva (10,77 por ciento), Nueva EPS (5,5 por ciento) y otros particulares (5,14 por ciento).

En el país, por cada 10.000 habitantes se interponen 127 tutelas, cifra similar a la observada en 2015. Los departamentos de Antioquia, Caquetá, Putumayo, Caldas y Meta continúan con los indicadores más altos. (Tabla 4).

**Tabla 4. Número de tutelas en Colombia por cada 10.000 habitantes, según departamento. Período 2015-2016**

| | 2015 | 2016 | Variación % |
|---|---|---|---|
| | N° Tutelas X 10.000 Habitantes | N° Tutelas X 10.000 Habitantes | |
| Caquetá | 215,65 | 311,49 | 44,44 |
| Antioquia | 316,12 | 297,58 | -5,86 |
| Putumayo | 178,27 | 188,79 | 5,90 |
| Caldas | 175,19 | 169,95 | -2,99 |
| Meta | 162,35 | 163,37 | 0,63 |
| Norte de Santander | 142,50 | 149,86 | 5,16 |
| Quindío | 139,72 | 143,72 | 2,86 |
| Risaralda | 155,16 | 141,36 | -8,89 |
| Tolima | 147,19 | 139,33 | -5,34 |
| Bogotá D.C | 129,14 | 131,56 | 1,88 |
| Santander | 116,70 | 123,60 | 5,91 |
| San Andrés | 121,79 | 115,30 | -5,33 |
| Cesar | 107,42 | 112,26 | 4,51 |
| Valle | 115,73 | 106,62 | -7,87 |
| Huila | 104,70 | 100,79 | -3,74 |
| Casanare | 51,68 | 79,13 | 53,12 |
| Sucre | 63,58 | 73,02 | 14,85 |
| Arauca | 61,76 | 70,52 | 14,18 |
| Atlántico | 70,88 | 69,84 | -1,46 |
| Bolívar | 58,59 | 68,75 | 17,34 |
| Magdalena | 65,46 | 68,48 | 4,62 |
| Cauca | 62,86 | 67,84 | 7,93 |
| Boyacá | 51,65 | 61,64 | 19,33 |
| Amazonas | 53,51 | 58,63 | 9,57 |
| Córdoba | 59,77 | 56,09 | -6,16 |
| Guainía | 52,31 | 51,04 | -2,43 |
| Nariño | 46,68 | 44,64 | -4,37 |
| Vaupés | 23,36 | 37,43 | 60,25 |
| Guaviare | 34,67 | 33,83 | -2,41 |
| Cundinamarca | 33,26 | 32,94 | -0,96 |
| Chocó | 35,63 | 32,27 | -9,43 |
| La Guajira | 27,07 | 30,01 | 10,83 |
| Vichada | 28,20 | 25,24 | -10,52 |
| **Índice General** | **127,49** | **126,58** | **-0,71** |

Fuente: Corte Constitucional, Proyecciones de población DANE
Cálculos: Defensoría del Pueblo

### 3.1.3. Entidades con el mayor número de tutelas

Al igual que el período anterior, la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas (UARIV) fue la entidad con el mayor número de tutelas en Colombia, pasando de 184.079 a 192.465, con una participación del 31,13 por ciento y un incremento en su frecuencia de 4,56 por ciento (Tabla 5). En 415 municipios se interpuso al menos una tutela contra esta entidad y del total, el 62 por ciento se originaron en Antioquia, seguido de Bogotá (13 por ciento), Caquetá (6 por ciento), Meta (3 por ciento) y Putumayo (2,7 por ciento). Las ciudades con más tutelas fueron: Medellín (44,9 por ciento), Bogotá (13 por ciento), Apartadó (7,2 por ciento), Florencia (5,5 por ciento) y Turbo (3,2 por ciento).

En el 74,1 por ciento de las tutelas contra la UARIV se invocó el derecho de petición seguido de otros derechos económicos, sociales y culturales (59,42 por ciento); reparación e indemnización (8,32 por ciento), debido proceso (1,18%) e igualdad (0,4 por ciento). En primera instancia, los jueces favorecieron a los tutelantes en el 92,2 por ciento de los casos.

Al respecto, la Ley 1448 de 2011 dictó medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno, creó en Colombia un completo sistema para proteger, asistir, atender y reparar integralmente a las víctimas del conflicto en el país. Es de anotar que la reparación integral no es solo la indemnización en dinero o la restitución de bienes, implica el acompañamiento por parte del Estado para la garantía de derechos como la educación, salud y vivienda, así como de la implementación de acciones encaminadas a devolver su dignidad, su memoria, recuperar la verdad y crear las condiciones para que los hechos no se repitan.

La Ley también ampara a las personas víctimas de secuestro, homicidio, desaparición forzada, minas, reclutamiento y delitos contra la libertad sexual. Reconoce el enfoque diferencial en aquellas personas - víctimas por razones de género, edad, discapacidad o grupo étnico, para que reciban tratamiento especial en materia de atención, asistencia y reparación.

La segunda entidad con el mayor número de tutelas en el país durante 2016 fue Cafesalud/SaludCoop con 39.587 acciones, cifra superior en 21,62 por ciento a la observada en 2015. Antioquia fue el departamento con el mayor número (17,2 por ciento), seguido de la ciudad de Bogotá (11,4 por ciento) y los departamentos de Norte de Santander (7,5 por ciento), Santander (7,5 por ciento) y Caldas (7,2 por ciento). Las ciudades con mayor frecuencia fueron Bogotá (11,4 por ciento), Medellín (8,3 por ciento), Cúcuta (6.3 por ciento), Pereira (4,7 por ciento) y Bucaramanga (4,7 por ciento).

**Tabla 5. Entidades con más tutelas en el país. Período 2015-2016**

| | 2015 | | 2016 | | Variación % |
|---|---|---|---|---|---|
| | N° Tutelas | Part. | N° Tutelas | Part. | |
| Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas | 184.074 | 29,76% | 192.465 | 31,13% | 4,56 |
| Cafesalud/Saludcoop | 32.549 | 5,26% | 39.587 | 6,40% | 21,62 |
| Juzgados, Cortes, Tribunales | 27.905 | 4,51% | 28.143 | 4,55% | 0,85 |
| ISS/Colpensiones | 50.382 | 8,15% | 26.934 | 4,36% | -46,54 |
| Alcaldías | 23.292 | 3,77% | 20.113 | 3,25% | -13,65 |
| Coomeva | 19.352 | 3,13% | 19.997 | 3,23% | 3,33 |
| Oficinas de Tránsito y similares | 14.531 | 2,35% | 18.385 | 2,97% | 26,52 |
| Nueva EPS | 19.558 | 3,16% | 18.209 | 2,94% | -6,90 |
| Inpec/Penitenciarías | 15.298 | 2,47% | 15.318 | 2,48% | 0,13 |
| Comfama/Alianza EPS/Savia | 7.717 | 1,25% | 13.262 | 2,14% | 71,85 |
| Fuerzas Militares y de policía | 12.553 | 2,03% | 11.957 | 1,93% | -4,75 |
| Salud Total | 9.121 | 1,47% | 9.583 | 1,55% | 5,07 |
| Empresas de servicios públicos-Operadores celulares | 8.976 | 1,45% | 9.265 | 1,50% | 3,22 |
| Ministerios | 8.843 | 1,43% | 9.242 | 1,49% | 4,51 |
| Asociación Mutual La Esperanza "Asmet Salud" | 5.449 | 0,88% | 6.959 | 1,13% | 27,71 |
| Sura EPS | 6.182 | 1,00% | 6.262 | 1,01% | 1,29 |
| Servicio Occidental de Salud S.O.S | 6.406 | 1,04% | 6.115 | 0,99% | -4,54 |
| Caprecom | 12.696 | 2,05% | 6.043 | 0,98% | -52,40 |
| Secretarías de Salud/Direcciones de salud | 5.581 | 0,90% | 4.978 | 0,81% | -10,80 |
| Emssanar | 4.689 | 0,76% | 4.962 | 0,80% | 5,82 |
| Bancos y Corporaciones | 4.921 | 0,80% | 4.405 | 0,71% | -10,49 |
| Gobernaciones | 3.951 | 0,64% | 4.241 | 0,69% | 7,34 |
| Saludvida | 2.967 | 0,48% | 4.217 | 0,68% | 42,13 |
| Comparta | 3.043 | 0,49% | 4.103 | 0,66% | 34,83 |
| Secretarías de Educación | 3.819 | 0,62% | 3.996 | 0,65% | 4,63 |
| Coosalud | 1.062 | 0,17% | 3.809 | 0,62% | 258,66 |
| Capital Salud | 2.462 | 0,40% | 3.699 | 0,60% | 50,24 |
| Sánitas | 3.967 | 0,64% | 3.647 | 0,59% | -8,07 |
| Registraduría Nacional del estado Civil y Consejo Electoral | 2.738 | 0,44% | 3.454 | 0,56% | 26,15 |
| Universidades | 3.837 | 0,62% | 3.371 | 0,55% | -12,14 |
| Fiscalía General de la Nación | 3.275 | 0,53% | 3.232 | 0,52% | -1,31 |
| Fondo Nacional de Vivienda | 3.090 | 0,50% | 2.994 | 0,48% | -3,11 |
| Unidad Administrativa Especial de Gestión y Parafiscales -UGPP- | 2.632 | 0,43% | 2.780 | 0,45% | 5,62 |
| Departamento para la Prosperidad Social | 2.934 | 0,47% | 2.712 | 0,44% | -7,57 |
| Cruz Blanca EPS | 1.950 | 0,32% | 2.607 | 0,42% | 33,69 |
| Fondo de pensiones y cesantías Porvenir - Horizonte | 2.931 | 0,47% | 2.564 | 0,41% | -12,52 |
| ARL Positiva | 2.394 | 0,39% | 2.558 | 0,41% | 6,85 |
| Centros Educativos y sena | 2.096 | 0,34% | 2.110 | 0,34% | 0,67 |
| Famisanar | 2.323 | 0,38% | 2.078 | 0,34% | -10,55 |
| Superintendencias | 2.147 | 0,35% | 1.912 | 0,31% | -10,95 |
| Fondo de pensiones y Cesantias Protección | 1.973 | 0,32% | 1.764 | 0,29% | -10,59 |
| Comfenalco Valle | 1.621 | 0,26% | 1.717 | 0,28% | 5,92 |
| Otros | 81.139 | 13,12% | 82.605 | 13,36% | 1,81 |
| **Total** | **618.426** | **100%** | **618.354** | **100%** | **-0,01** |

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

En el 82,7 por ciento de las tutelas en contra de esta EPS fue invocado el derecho a la salud, seguido de otros derechos económicos sociales y culturales (11,51 por ciento), petición (6,47 por ciento), vida (4,67 por ciento) y seguridad social (1,18 por ciento). Las decisiones en primera instancia, favorecieron a estos usuarios en el 89,4 por ciento de los casos.

El tercer lugar fue ocupado por los Juzgados/Cortes/Tribunales, que en conjunto concentraron 28.143 acciones, con una participación de 4,55 por ciento y un incremento del 0,85 por ciento con relación a 2015. El derecho al debido proceso fue el más invocado con un 78,8 por ciento; seguido del derecho de petición (16,7 por ciento); otros derechos económicos sociales y culturales (4,3 por ciento), igualdad (3,3 por ciento) y seguridad social (2,1 por ciento). En la ciudad de Bogotá se originaron el 46,9 por ciento de estas acciones, seguida de Valle (7,7 por ciento), Antioquia (7,2 por ciento), Santander (5 por ciento) y Tolima (3,7 por ciento). Las ciudades de mayor concentración de tutelas que invocaron este derecho fueron Bogotá (46,9 por ciento), Medellín (6,2 por ciento), Cali (5,3 por ciento), Bucaramanga (4,1 por ciento) e Ibagué (3,4 por ciento). La decisión de primera instancia favoreció al 19,8 por ciento de los tutelantes.

En un cuarto lugar se ubicó ISS/Colpensiones con 26.934 tutelas, para una disminución del 46,54 por ciento con relación al año anterior, debido a que el represamiento en el reconocimiento de las pensiones fue superado a raíz de la declaratoria del estado de cosas inconstitucional por parte de la HCC. Los derechos más invocados en estas tutelas fueron: Petición (76,28 por ciento), seguridad social (24,5 por ciento), otros derechos económicos sociales y culturales (6,8 por ciento), debido proceso (3,19 por ciento) y salud (1,1 por ciento). Las entidades territoriales con el mayor número de acciones fueron: Bogotá (24,6 por ciento), Antioquia (24,4 por ciento), Valle (13,3 por ciento), Risaralda (5,7 por ciento) y Atlántico (5,1 por ciento). Las ciudades con el mayor flujo de tutelas contra esta entidad fueron: Bogotá (24,6 por ciento), Medellín (20,9 por ciento), Cali (10,1 por ciento), Pereira (5,5 por ciento) y Barranquilla (5,5 por ciento). La decisión en primera instancia favoreció a los accionantes en el 74 por ciento de los casos.

Las Alcaldías Municipales ocuparon el quinto lugar con 20.113 acciones, presentando una disminución del 13,65 por ciento. Las alcaldías más accionadas fueron: Bogotá (10,1 por ciento), Medellín (8,2 por ciento), Cali (7,4 por ciento), Barranquilla (4,3 por ciento) y Cartagena (4,2 por ciento). Los derechos más invocados fueron: petición (55,6 por ciento), debido proceso (18,86 por ciento), otros derechos económicos sociales y culturales (9,78 por ciento), trabajo (5,43 por ciento) y derechos colectivos y del medio ambiente (2,19 por ciento). En primera instancia los jueces favorecieron a los accionantes en el 40,1 por ciento de las tutelas.

Los ciudadanos interponen acciones de tutela contra las alcaldías, por la vulneración a los derechos al debido proceso, vida, salud y medio ambiente sano, y en el caso de los vendedores ambulantes por vulneración a sus derechos al trabajo, mínimo vital y vida.

### 3.1.4. Despachos judiciales y decisión en primera instancia.

En 2016, el porcentaje de favorecimiento a los ciudadanos en primera instancia fue de 72,21 por ciento, cifra similar a la observada en 2015 (Tabla 6). En los juzgados civiles del circuito especializado (87,06 por ciento), juzgados administrativos (85,4 por ciento), juzgados penales del circuito especializado (85,4 por ciento), juzgados promiscuos de familia (84,1 por ciento) y juzgados de familia (83,9 por ciento) se decidieron el mayor número de tutelas a favor de los accionantes. Los porcentajes más bajos de favorecimiento se observaron en las tutelas tramitadas ante la Corte Suprema de Justicia (10,8 por ciento), Consejo de Estado (18,5 por ciento), Consejos seccionales de la Judicatura (36,9 por ciento) y Tribunales Superiores (37,5 por ciento).

Las tutelas con mayor favorecimiento en primera instancia, fueron las que invocaron el derecho a la reparación e indemnización (85,5 por ciento); seguido por las que incluyeron el derecho a la salud (83,6 por ciento), vida digna y dignidad humana (81,6 por ciento), otros derechos económicos sociales y culturales (85,3 por ciento), vida (79,5 por ciento) y petición (75,4 por ciento). Los derechos menos favorecidos fueron: asociación (17,7 por ciento) y derechos políticos (20,9 por ciento).

A nivel de entidad demandada, Comfacor presentó el mayor porcentaje de fallos en contra en primera instancia, con el 94 por ciento, seguida de Alianza Medellín/Savia/Comfama (93,5 por ciento), la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas (92,2 por ciento), Comfamiliar Cartagena (91,2 por ciento) y Ecoopsos (90,4 por ciento).

Tabla 6. Despachos judiciales y decisión en primera instancia. Período 2015-2016

| | 2015 | | | 2016 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | N° de Tutelas | Part. % | Decisión favorable en Primera Instancia % | N° de Tutelas | Part. % | Decisión favorable en Primera Instancia % |
| Juzgado Civil Municipal | 82.554 | 13,43 | 64,43 | 84.598 | 13,71 | 65,40 |
| Juzgado Penal Municipal | 71.571 | 11,65 | 64,35 | 79.165 | 12,83 | 64,79 |
| Juzgado Penal del Circuito | 75.623 | 12,31 | 81,03 | 64.926 | 10,52 | 80,73 |
| Juzgados Administrativos | 59.874 | 9,74 | 87,77 | 64.187 | 10,40 | 85,38 |
| Juzgado Civil del Circuito | 66.858 | 10,88 | 76,27 | 58.839 | 9,54 | 76,29 |
| Juzgado Promiscuo Municipal | 43.857 | 7,14 | 67,09 | 46.556 | 7,54 | 69,77 |
| Juzgado Laboral del Circuito | 52.117 | 8,48 | 82,00 | 45.398 | 7,36 | 83,13 |
| Tribunal Superior | 29.020 | 4,72 | 37,59 | 29.421 | 4,77 | 37,52 |
| Juzgado Penal para Adolescentes | 24.266 | 3,95 | 73,67 | 23.384 | 3,79 | 73,96 |
| Juzgado de Familia | 26.455 | 4,30 | 84,50 | 21.550 | 3,49 | 83,90 |
| Juzgado Promiscuo de Familia | 12.611 | 2,05 | 81,25 | 17.123 | 2,77 | 84,10 |
| Juzgado de Ejecución de Penas | 15.698 | 2,55 | 75,96 | 16.314 | 2,64 | 78,31 |
| Juzgado de pequeñas causas | 5.241 | 0,85 | 73,08 | 11.998 | 1,94 | 73,79 |
| Tribunal Administrativo | 9.481 | 1,54 | 47,75 | 11.595 | 1,88 | 50,56 |
| Juzgado Penal del Circuito Especializado | 9.200 | 1,50 | 82,97 | 11.547 | 1,87 | 85,36 |
| Juzgado Civil del Circuito Especializado | 6.817 | 1,11 | 85,45 | 8.159 | 1,32 | 87,56 |
| Juzgado Promiscuo del Circuito | 5.851 | 0,95 | 79,27 | 5.981 | 0,97 | 78,01 |
| Juzgado de Familia del Circuito | 4.490 | 0,73 | 81,34 | 5.161 | 0,84 | 82,85 |
| Corte Suprema de Justicia | 4.881 | 0,79 | 10,43 | 4.869 | 0,79 | 10,78 |
| Consejo de Estado | 3.824 | 0,62 | 20,76 | 3.311 | 0,54 | 18,51 |
| Consejo Seccional de la Judicatura | 3.447 | 0,56 | 39,54 | 2.621 | 0,42 | 36,86 |
| Juzgado de Menores | 755 | 0,12 | 79,47 | 362 | 0,06 | 74,86 |
| Otros/Sin identificar | 29 | 0,00 | 73,08 | 6 | 73,08 | 66,67 |
| **Total** | **614.520** | **100,00** | **71,93** | **617.071** | **100,00** | **72,21** |

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

## 3.2. La tutela y el derecho a la salud

La constitución política de 1991 desde su preámbulo, marcó un gran cambio en el concepto de la protección social, al pasar de ser un servicio considerado "de caridad" en una noción de asistencia pública establecida en la Constitución de 1886, a ser instituido como un derecho colectivo. Al respecto, estableció que el derecho a la salud, fuera consagrado como un servicio público a cargo del Estado, declarado como fundamental en el caso de los niños y con garantía de atención gratuita en todas las instituciones públicas para menores de un año, sin ningún tipo de seguro en salud.

En 1993 se expidió la ley 100 que creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud como un sistema de aseguramiento establecido bajo los principios de la competencia regulada, la cual fue reformada por la ley 1122 de 2007 en aspectos como financiación, universalización, dirección y mejoramiento en la prestación de servicios de salud y que luego, con la ley 1438 de 2011 fortaleció el concepto y desarrollo de la atención primaria en salud (APS), ofreciendo fórmulas regulatorias para mejorar la funcionalidad del SGSSS y mantuvo los principios esenciales del modelo de aseguramiento y de la competencia regulada. Por último, la ley 1751 de 2015 (ley estatutaria en salud) elevó normativamente el derecho a la salud como fundamental. Es de anotar que todas estas normas, se han elaborado teniendo en cuenta pactos y convenios internacionales ratificados por Colombia, como es el caso de la observación 14 del pacto de derechos económicos, sociales y culturales.

Aunque la ley 1751 de 2015 reguló la fundamentalidad del derecho a la salud, este ya había sido categorizado como tal desde mucho antes. En un principio y durante un largo tiempo, tanto el ordenamiento jurídico como la jurisprudencia constitucional, mantuvo la diferencia teórica entre derechos civiles y políticos y, los derechos sociales, económicos y culturales; reconociendo a los primeros su fundamentalidad (amparables por tutela) mientras que los segundos, al ser considerados como prestacionales, no eran sujetos de la protección constitucional. Sin embargo, la HCC reconsideró esta situación y en primera medida estableció, que los derechos llamados de segunda generación eran amparables a través de la acción de tutela, (i) mediante la tesis de conexidad, es decir, cuando se demostraba un nexo entre ellos y un derecho fundamental (vida, integridad personal y dignidad humana) y, (ii) en contextos donde el tutelante, era un sujeto de especial protección constitucional. Con la expedición de la sentencia T-760 de 2008, el derecho a la salud fue reconocido como fundamental de manera autónoma, permitiendo su protección a través de este mecanismo de protección constitucional.

En esta sección del documento, los resultados se refieren a las acciones de tutelas interpuestas durante 2016, en las cuales los ciudadanos invocaron el derecho a la salud, bien fuera como derecho fundamental individualizado, o en conjunto con otros derechos.

Desde 1992 a la fecha, a excepción de los años 2009 y 2010, las tutelas que invocaron el derecho a la salud presentaron un crecimiento constante, como consecuencia de las negaciones reiteradas de los servicios en salud por parte de las aseguradoras, prestadores y demás entes encargados de entregar dichos servicios, a los usuarios.

Las cifras desde 1999 indican que estas tutelas crecieron 670 por ciento. Las acciones cada año siguen en aumento, situación que se acentuó en los 2 últimos períodos (36,28 por ciento) al pasar de 118.281 tutelas en 2014 a 163.977 en 2016 (Tabla 7).

Lo anterior sugiere que algunas medidas establecidas por el Gobierno nacional como la implementación de la Ley Estatutaria en salud, el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), la intervención de Cafesalud por la SNS y el Decreto 780 de 2016 respecto a afiliación entre otros, no han tenido el efecto previsto y por el contrario han llevado a los usuarios a acudir masivamente a las instancias judiciales para acceder a los servicios en salud que requieren.

Es de resaltar que con la implementación de MIPRES por parte del Ministerio de Salud y Protección Social a partir del 1° de diciembre de 2016, exigible a todos los actores a partir del 1° de marzo de 2017, las acciones de tutela tienden a seguir en aumento. El MIPRES que traduce Mi Prescripción, es la nueva plataforma para profesionales de la salud, cuya finalidad es que estos puedan formular sin necesidad de autorización, medicamentos, procedimientos o dispositivos que requieran los usuarios, eliminando el Comité Técnico Científico (CTC). La norma prevé que una vez sea realizada la prescripción por el profesional de la salud, este debe entregarle al usuario la fórmula con un número, quedando a la espera de la llamada de la EPS para indicarle la fecha y lugar dónde debe reclamar o se le va a suministrar el servicio ordenado, teniendo en cuenta los siguientes términos: urgencias (riesgo inminente), entrega inmediata; urgencias, máximo 24 horas; atención ambulatoria catalogada con prioridad, máximo un día; y demás eventos, máximo 5 días.

El aumento de las tutelas en salud durante el año evaluado, es del 8,44 por ciento, cifra superior al crecimiento general de la tutela que fue de 0,42 por ciento (Tabla 7) (Gráfica 3). No obstante, el porcentaje para reclamar servicios de salud puede ser aún mayor, en razón a que muchos usuarios también solicitan estos servicios invocando el derecho de petición o el derecho a la seguridad social. Lo anterior indica que cada 3,2 minutos se interpone una tutela en salud[109], o cada 43 segundos si se tiene en cuenta solo los 246 días hábiles de 2016.

Igualmente, hay que señalar que el porcentaje de decisiones favorables a los usuarios por parte de los jueces fue del 85,46 por ciento (Tabla 12), cifra superior a la observada en 2015, lo que indica el alto nivel de pertinencia y procedencia de la acción de tutela para acceder al derecho fundamental a la salud y cuya cifra pudo



109 365 días, las 24 horas.

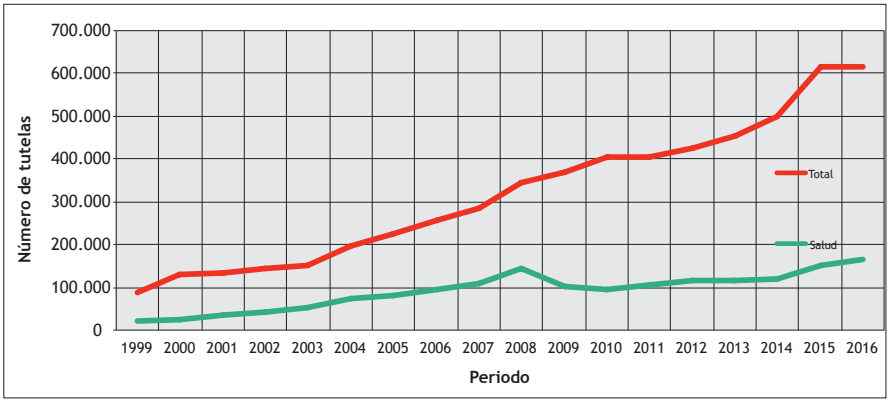
haber sido mayor si se tiene en cuenta que varias tutelas fueron negadas por hecho superado o por muerte del accionante.

**Tabla 7. Participación de las tutelas de salud. Período 1999-2016**

| Año | Tutelas | | Participación salud % | Tasa de crecimiento anual % | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Total | Salud | | Total | Salud |
| 1999 | 86.313 | 21.301 | 24,68 | - | - |
| 2000 | 131.764 | 24.843 | 18,85 | 52,66 | 16,63 |
| 2001 | 133.272 | 34.319 | 25,75 | 1,14 | 38,14 |
| 2002 | 143.887 | 42.734 | 29,70 | 7,96 | 24,52 |
| 2003 | 149.439 | 51.944 | 34,76 | 3,86 | 21,55 |
| 2004 | 198.125 | 72.033 | 36,36 | 32,58 | 38,67 |
| 2005 | 224.270 | 81.017 | 36,12 | 13,20 | 12,47 |
| 2006 | 256.166 | 96.226 | 37,56 | 14,22 | 18,77 |
| 2007 | 283.637 | 107.238 | 37,81 | 10,72 | 11,44 |
| 2008 | 344.468 | 142.957 | 41,50 | 21,45 | 33,31 |
| 2009 | 370.640 | 100.490 | 27,11 | 7,60 | -29,71 |
| 2010 | 403.380 | 94.502 | 23,43 | 8,83 | -5,96 |
| 2011 | 405.359 | 105.947 | 26,14 | 0,49 | 12,11 |
| 2012 | 424.400 | 114.313 | 26,94 | 4,70 | 7,90 |
| 2013 | 454.500 | 115.147 | 25,33 | 7,09 | 0,73 |
| 2014 | 498.240 | 118.281 | 23,74 | 9,62 | 2,72 |
| 2015 | 614.520 | 151.213 | 24,61 | 23,34 | 27,84 |
| 2016 | 617.071 | 163.977 | 26,57 | 0,42 | 8,44 |
| **TOTAL** | **5.739.451** | **1.638.482** | **28,55** | | |

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

**Gráfica 3. Evolución de las tutelas en Colombia. Período 1999-2016.**



### 3.2.1. Tutelas en salud por entidad territorial

Porcentualmente, las regiones de mayor crecimiento en el número de tutelas que invocaron el derecho a la salud fueron Vaupés, Casanare, Boyacá, Sucre y Putumayo (Tabla 8). El caso de Vaupés, fue evidenciado por una comisión de la Defensoría del Pueblo que se desplazó a terreno con la finalidad de identificar la problemática que en materia de salud vivían los habitantes de dicho departamento. La comisión encontró, entre otras cosas que, setenta y dos (72) puestos de salud no funcionaban, el sistema de referencia y contrarreferencia presentaba graves falencias, no había red de atención de urgencias, ni de traslado de pacientes básico, ni medicalizado por vía fluvial y aérea, además que el departamento no contaba con agua potable y la cobertura de alcantarillado en los cascos urbanos representaba el 20 por ciento de los habitantes[110].

Antioquia sigue siendo el departamento con el mayor número de tutelas en salud al registrar 37.907 acciones y una participación del 23,12 por ciento; presentó uno de los crecimientos más elevados (50,74 por ciento) en el período 2014-2016. En 120 municipios del departamento se invocó al menos una tutela por una posible violación al derecho fundamental a la salud. Medellín concentró el 48,5 por ciento de estas, seguido de Itagüí (5,9 por ciento), Bello (5,6 por ciento), Envigado (4,1 por ciento) y Rionegro (3,6 por ciento).

El grupo Comfama/Alianza Medellín/Savia Salud, se constituyó como el más accionado con la tercera parte de las tutelas de salud en Antioquia, seguido de Cafesalud/SaludCoop (16,14 por ciento), Coomeva (8,75 por ciento), Sura EPS (7,04 por ciento) y Secretarías de Salud (6,17 por ciento). Las decisiones en primera instancia favorecieron a los antioqueños en el 90 por ciento.

En segundo lugar se ubicó la ciudad de Bogotá con 17.872 tutelas, desplazando al departamento de Valle del Cauca, con una participación del 10,9 por ciento y un crecimiento de 3,58 por ciento con relación a 2015. Las entidades con más tutelas en la capital de la República fueron: Cafesalud/SaludCoop (20,61 por ciento), Capital Salud (16,56 por ciento), Nueva EPS (8,36 por ciento), Cruz Blanca (6,29 por ciento) y Compensar (5,21 por ciento). En decisión de primera instancia los jueces favorecieron a los bogotanos en el 79,2 por ciento de las acciones.

La tercera entidad territorial con más tutelas en salud fue el departamento de Valle del Cauca con 17.868 acciones, para una participación del 10,9 por ciento y una disminución de 0,57%. En 42 municipios de esta entidad territorial se interpuso al menos una tutela en salud; Cali fue la ciudad con mayor participación



110 Defensoría del Pueblo. Situación en salud en el departamento de Vaupés. 2016.

(52,3 por ciento), seguida de Palmira (11,7 por ciento), Tuluá (6,5 por ciento), Cartago (6,1 por ciento) y Buga (5,8 por ciento).

Emssanar fue la entidad con más tutelas (16,19 por ciento), le siguieron Cafesalud/SaludCoop (11,96 por ciento), Nueva EPS (11,34 por ciento), Coomeva (11,17 por ciento) y Servicio Occidental de Salud (SOS) (10,75 por ciento). En el 85,7 por ciento de los casos los jueces favorecieron en primera instancia a los vallecaucanos.

En cuarto lugar se ubicó el departamento de Caldas con el 5,79 por ciento; en 26 municipios se interpuso al menos una tutela que invocaba este derecho. La ciudad de Manizales registró la mayor cantidad de acciones (64,2 por ciento) seguida de La Dorada (12,1 por ciento), Chinchiná (6,1 por ciento), Salamina (3,6 por ciento), y Riosucio (2,3 por ciento). Las aseguradoras con más acciones de tutela en Caldas fueron: Cafesalud/SaludCoop (27,56 por ciento), Asmet Salud (13,32 por ciento), Nueva EPS (9,86 por ciento), Salud Total (9,2 por ciento) y Salud Vida (6,94 por ciento). En decisión de primera instancia los jueces favorecen a los caldenses en el 86,5 por ciento de las acciones.

La quinta entidad territorial en cuanto al número de tutelas de salud fue Santander con una participación de 5,74 por ciento para un crecimiento de 18,66 por ciento con relación a 2015. En 81 municipios al menos una tutela invocó este derecho. La ciudad de Bucaramanga fue la de mayor participación con 63,7 por ciento, seguida de Barrancabermeja (15 por ciento), San Gil (3,3 por ciento), Málaga (2,1 por ciento) y Floridablanca (2 por ciento). Cafesalud/SaludCoop fue la EPS con el mayor número de tutelas en el departamento (24,48 por ciento) seguida de Nueva EPS (11,38 por ciento), Coomeva (10,61 por ciento), Comparta (8,18 por ciento) y Salud Total (6,32 por ciento). En decisión de primera instancia, los Jueces favorecieron a los santandereanos en el 85,7 por ciento de los casos.

A nivel nacional, el indicador "número de tutelas en salud por cada 10.000 habitantes" fue de 33,64, cifra superior en 7,23 por ciento a la observada en 2015. En trece (13) departamentos, este indicador fue superior al nacional. El departamento de Caldas se mantuvo con el indicador más alto (95,83), seguido de Quindío, Norte de Santander, Risaralda y Antioquia. Paradójicamente los indicadores más bajos correspondieron a Chocó y La Guajira, departamentos con los mayores problemas de salud en el país y que han merecido especial atención por parte del Gobierno nacional en los últimos años (Tabla 9). Lo anterior debido a que son zonas apartadas y de alta disparidad geográfica que ocasiona el aislamiento de centros poblados y por consiguiente, el desconocimiento de mecanismos de protección constitucional como la acción de tutela.

**Tabla 8. Tutelas de salud según departamento. Período 2015-2016**

| | 2015 | | 2016 | | Variación % |
|---|---|---|---|---|---|
| | N° Tutelas | Part.% | N° Tutelas | Part.% | |
| Antioquia | 32.540 | 21,52 | 37.907 | 23,12 | 16,49 |
| Bogotá D.C | 17.254 | 11,41 | 17.872 | 10,90 | 3,58 |
| Valle | 17.971 | 11,88 | 17.868 | 10,90 | -0,57 |
| Caldas | 9.494 | 6,28 | 9.487 | 5,79 | -0,07 |
| Santander | 7.937 | 5,25 | 9.418 | 5,74 | 18,66 |
| Norte de Santander | 8.171 | 5,40 | 9.168 | 5,59 | 12,20 |
| Risaralda | 6.306 | 4,17 | 6.414 | 3,91 | 1,71 |
| Tolima | 5.632 | 3,72 | 5.936 | 3,62 | 5,40 |
| Quindío | 3.668 | 2,43 | 4.120 | 2,51 | 12,32 |
| Cauca | 3.431 | 2,27 | 3.961 | 2,42 | 15,45 |
| Córdoba | 4.482 | 2,96 | 3.914 | 2,39 | -12,67 |
| Cesar | 3.641 | 2,41 | 3.839 | 2,34 | 5,44 |
| Bolívar | 3.327 | 2,20 | 3.778 | 2,30 | 13,56 |
| Huila | 3.686 | 2,44 | 3.700 | 2,26 | 0,38 |
| Atlántico | 3.787 | 2,50 | 3.673 | 2,24 | -3,01 |
| Nariño | 3.402 | 2,25 | 3.420 | 2,09 | 0,53 |
| Meta | 2.807 | 1,86 | 3.392 | 2,07 | 20,84 |
| Cundinamarca | 2.888 | 1,91 | 3.290 | 2,01 | 13,92 |
| Boyacá | 2.133 | 1,41 | 2.927 | 1,79 | 37,22 |
| Magdalena | 1.921 | 1,27 | 2.201 | 1,34 | 14,58 |
| Sucre | 1.436 | 0,95 | 1.894 | 1,16 | 31,89 |
| Caquetá | 1.057 | 0,70 | 1.220 | 0,74 | 15,42 |
| Arauca | 868 | 0,57 | 988 | 0,60 | 13,82 |
| Casanare | 607 | 0,40 | 867 | 0,53 | 42,83 |
| La Guajira | 718 | 0,47 | 724 | 0,44 | 0,84 |
| San Andrés | 465 | 0,31 | 445 | 0,27 | -4,30 |
| Putumayo | 327 | 0,22 | 425 | 0,26 | 29,97 |
| Chocó | 513 | 0,34 | 350 | 0,21 | -31,77 |
| Amazonas | 235 | 0,16 | 216 | 0,13 | -8,09 |
| Guaviare | 218 | 0,14 | 193 | 0,12 | -11,47 |
| Guainía | 135 | 0,09 | 161 | 0,10 | 19,26 |
| Vaupés | 43 | 0,03 | 115 | 0,07 | 167,44 |
| Vichada | 113 | 0,07 | 94 | 0,06 | -16,81 |
| **Total** | **151.213** | **100,00** | **163.977** | **100,00** | **8,44** |

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

En el caso de La Guajira, la Defensoría en materia de salud ha encontrado[111] problemas de desnutrición crónica en niños y en adultos de la tercera edad; sistemas de información no confiables, afectando la notificación de patologías de interés en salud pública; falta de actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad; niños sin vacunación, sin inscripción a los programas de crecimiento y desarrollo y, la no realización de brigadas de salud, entre otros. Por su parte,

111 Defensoría del Pueblo. Informe de Seguimiento a las Recomendaciones de la Resolución Defensorial No. 065 de 2015 "Crisis Humanitaria de La Guajira – Énfasis situación nutricional de niños, niñas y adolescentes. 2016.

el departamento de Chocó[112] evidencia situaciones de desnutrición en niños y maternas especialmente en comunidades indígenas, Programa de Alimentación Escolar (PAE) con minuta inadecuada y problemas con las raciones de los alimentos, no realización de brigadas de salud, no entrega de medicamentos y subregistro en mortalidad, entre otras.

**Tabla 9. Número de tutelas en salud por cada 10.000 habitantes, según departamento. Período 2015-2016**

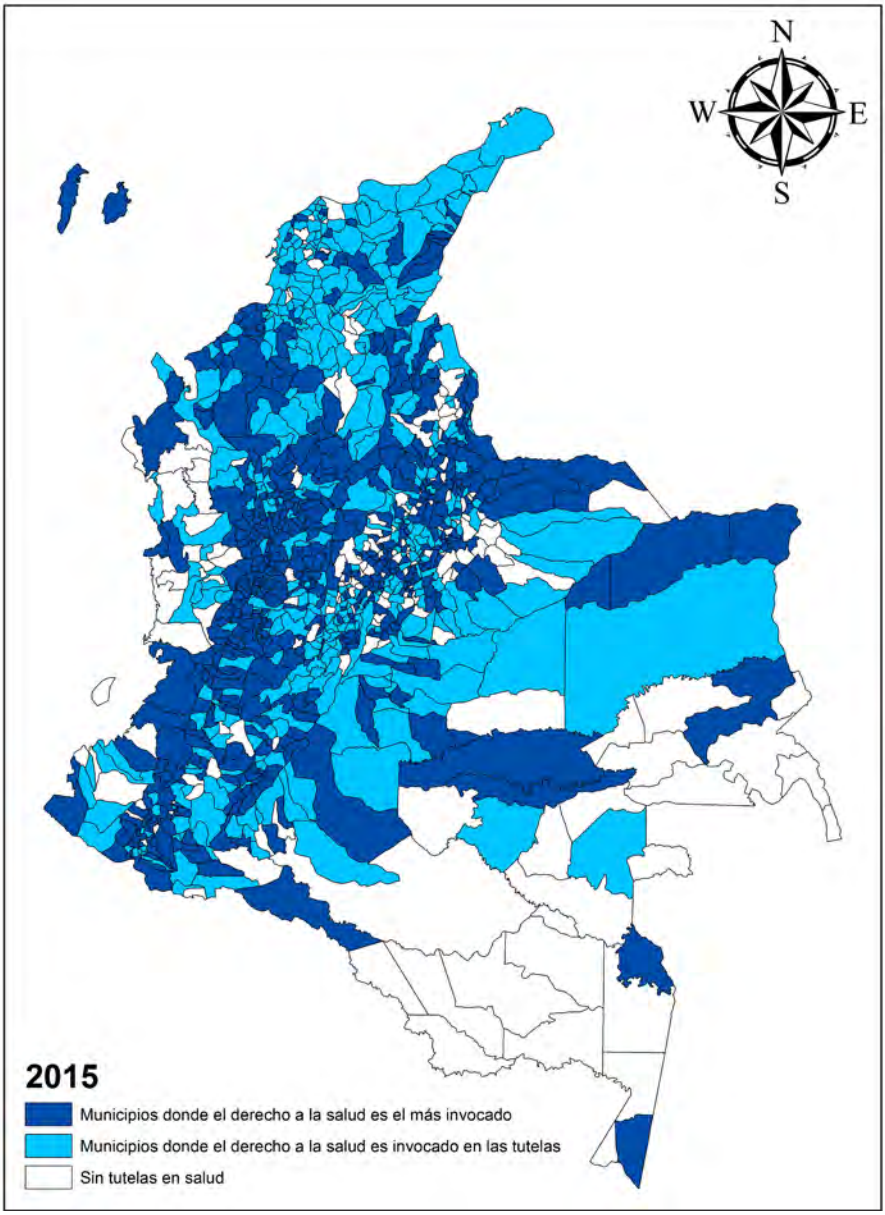
| | 2015 | 2016 | Variación % |
|---|---|---|---|
| | N° Tutelas por cada 10.000 habitantes | N° Tutelas por cada 10.000 habitantes | |
| Caldas | 96,09 | 95,83 | -0,27 |
| Quindío | 65,12 | 72,47 | 11,29 |
| Norte de Santander | 60,27 | 67,03 | 11,22 |
| Risaralda | 66,24 | 67,00 | 1,15 |
| Antioquia | 50,38 | 58,01 | 15,14 |
| San Andrés | 60,83 | 57,72 | -5,12 |
| Santander | 38,51 | 45,47 | 18,09 |
| Tolima | 39,99 | 42,03 | 5,10 |
| Valle | 38,95 | 38,34 | -1,58 |
| Guainía | 32,54 | 38,22 | 17,44 |
| Arauca | 33,09 | 37,26 | 12,59 |
| Cesar | 35,39 | 36,87 | 4,19 |
| Meta | 29,20 | 34,62 | 18,57 |
| Huila | 31,92 | 31,65 | -0,83 |
| Cauca | 24,88 | 28,46 | 14,38 |
| Amazonas | 30,82 | 28,02 | -9,09 |
| Vaupés | 9,85 | 26,09 | 164,93 |
| Caquetá | 22,13 | 25,22 | 13,94 |
| Casanare | 17,03 | 23,90 | 40,37 |
| Boyacá | 16,71 | 22,90 | 37,04 |
| Córdoba | 26,22 | 22,54 | -14,01 |
| Bogotá D.C | 21,90 | 22,40 | 2,27 |
| Sucre | 16,86 | 22,03 | 30,61 |
| Nariño | 19,50 | 19,37 | -0,71 |
| Bolivar | 15,86 | 17,80 | 12,22 |
| Magdalena | 15,25 | 17,30 | 13,44 |
| Guaviare | 19,63 | 17,14 | -12,70 |
| Atlántico | 15,39 | 14,75 | -4,13 |
| Vichada | 15,70 | 12,75 | -18,76 |
| Putumayo | 9,47 | 12,16 | 28,36 |
| Cundinamarca | 10,78 | 12,09 | 12,19 |
| La Guajira | 7,50 | 7,35 | -2,00 |
| Chocó | 10,26 | 6,93 | -32,45 |
| **ÍNDICE TOTAL PAÍS** | **31,37** | **33,64** | **7,23** |

Fuente: Corte Constitucional , Proyecciones de población DANE
Cálculos: Defensoría del Pueblo

112 Defensoría del Pueblo. Informe sobre problemática en salud en el departamento de Chocó. 2016.

De 1.122 municipios que hay en el país, 975 presentan al menos una tutela que invoca el derecho a la salud, lo que amplió la cobertura nacional con relación al año anterior. (Tabla 10, Mapas 3 y 4).

**Mapa 3. Municipios con tutelas en salud en 2015**



**Mapa 4. Municipios con tutelas en salud en 2016**

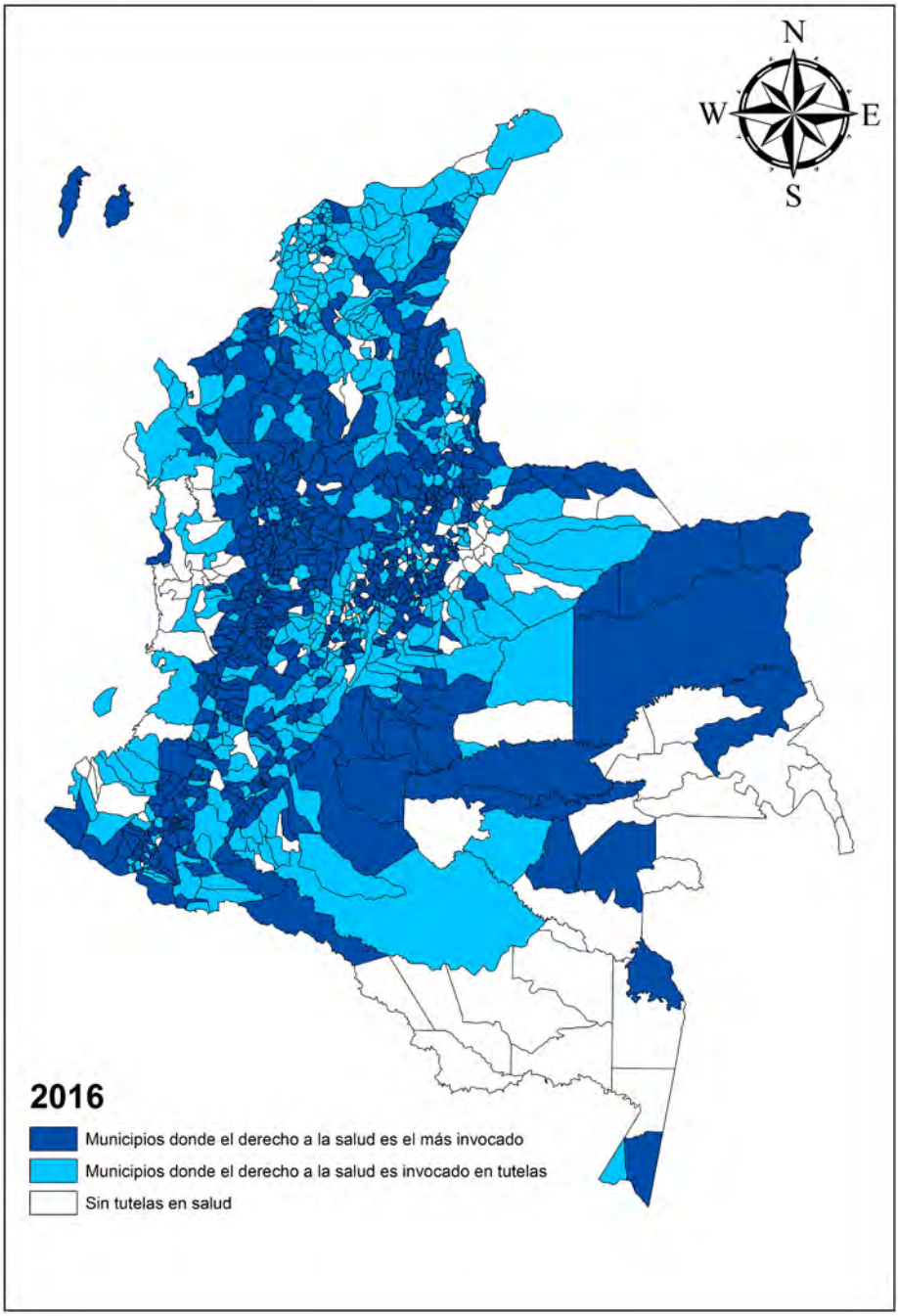


**Tabla 10. Número de municipios según número de tutelas en salud por cada 10.000 habitantes. Período 2015-2016**

| | 2015 | | 2016 | | Variación % |
|---|---|---|---|---|---|
| | N° de municipios | Part.% | N° de municipios | Part.% | |
| Sin Tutelas | 177 | 15,78 | 147 | 13,10 | -16,95 |
| Entre 1 y 10 Tutelas | 523 | 46,61 | 475 | 42,34 | -9,18 |
| Entre 11 y 20 Tutelas | 175 | 15,60 | 208 | 18,54 | 18,86 |
| Entre 21 y 30 Tutelas | 87 | 7,75 | 105 | 9,36 | 20,69 |
| Entre 31 y 40 Tutelas | 51 | 4,55 | 58 | 5,17 | 13,73 |
| Entre 41 y 50 Tutelas | 35 | 3,12 | 29 | 2,58 | -17,14 |
| Mas de 50 Tutelas | 74 | 6,60 | 100 | 8,91 | 35,14 |
| **Total** | **1.122** | **100,00** | **1.122** | **100,00** | **0,00** |

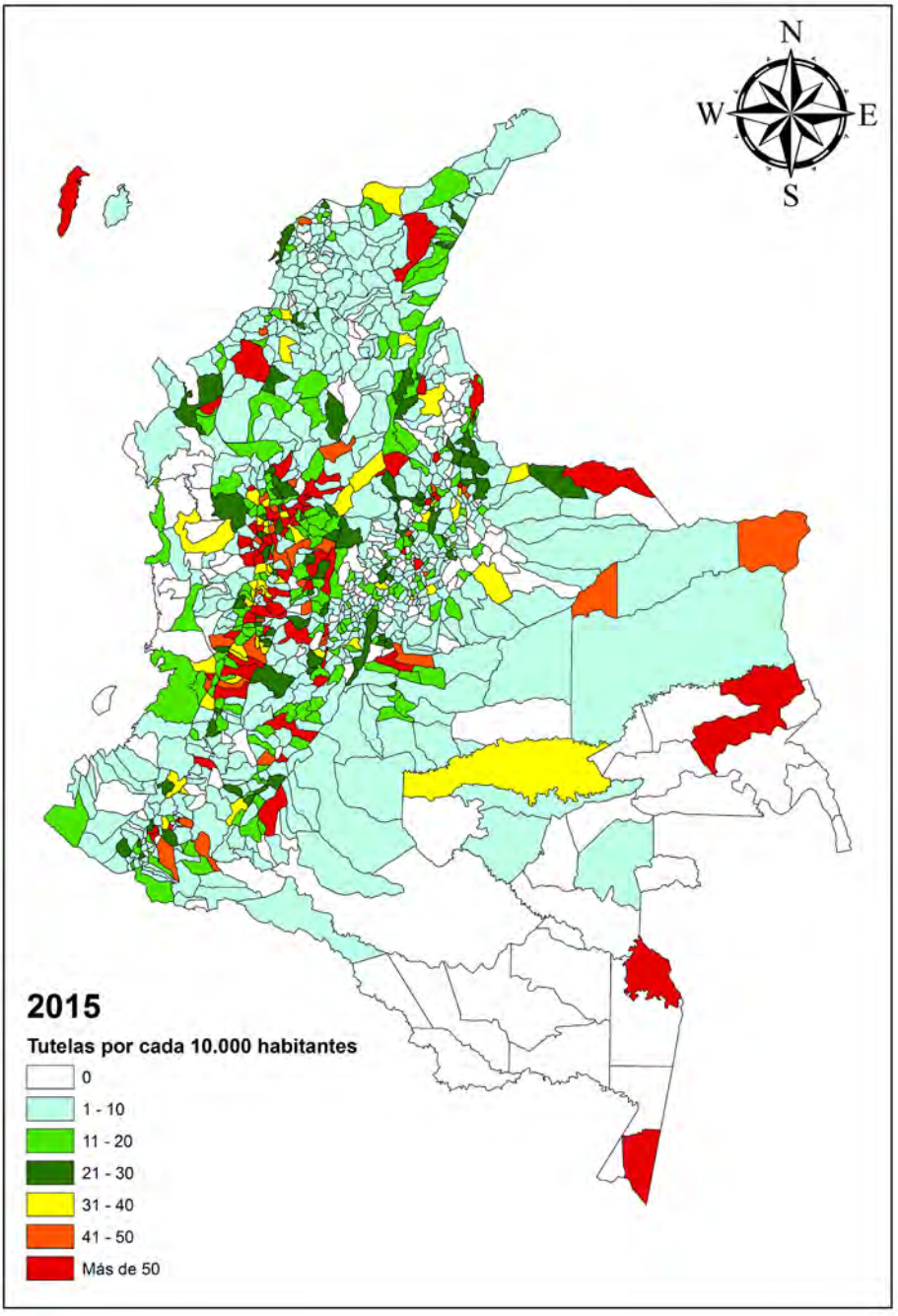
Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

El rango de mayor incremento porcentual correspondió a municipios con más de 50 tutelas en salud por cada 10.000 habitantes (35,14 por ciento) y la mayoría de ellos se encuentran en el Eje Cafetero (Tabla 11, Mapas 5 y 6).

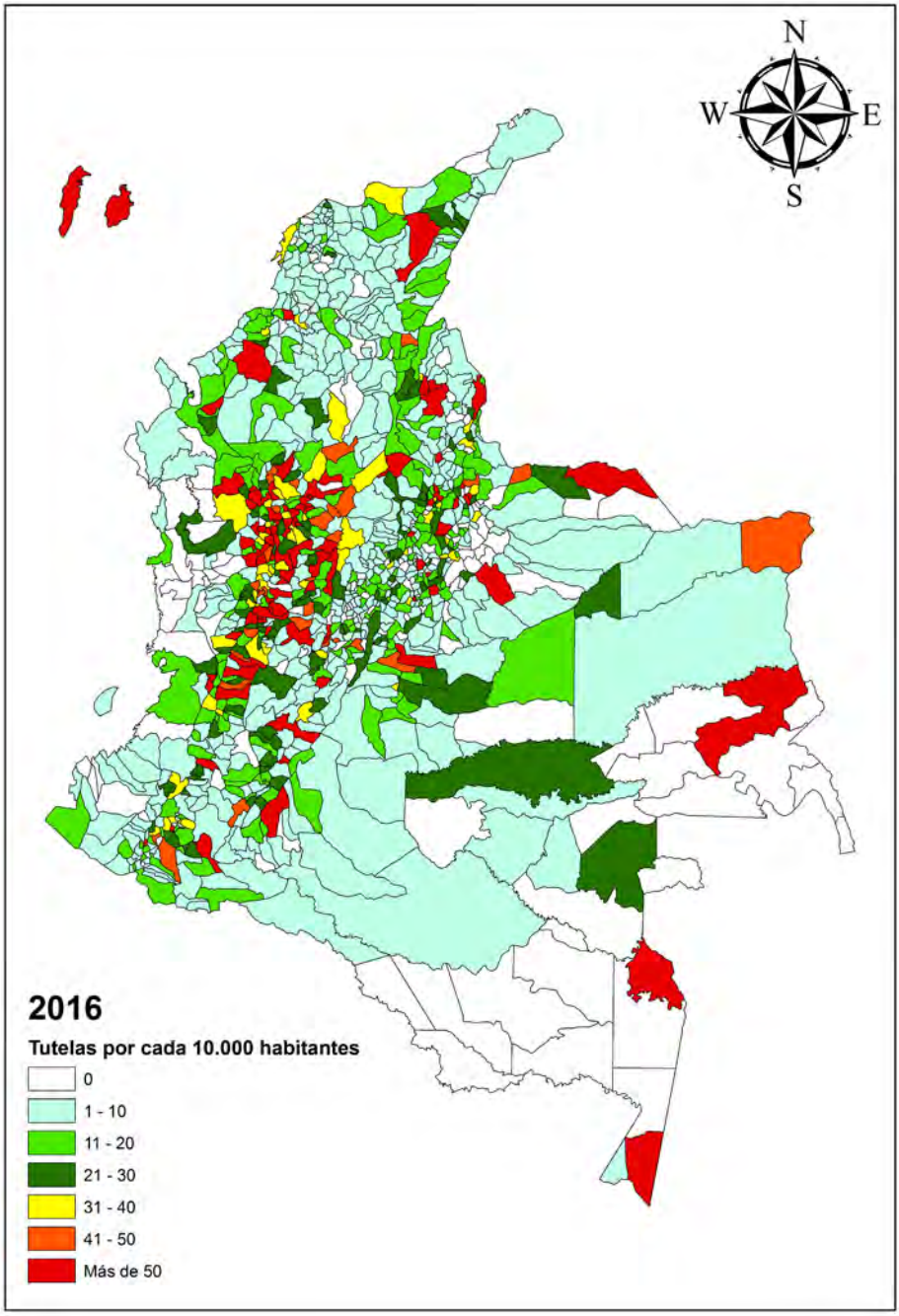
**Tabla 11. Municipios con más de 50 tutelas en salud por cada 10.000 habitantes. Período 2015-2016**

| Departamento | 2015 | 2016 |
|---|---|---|
| Amazonas | Leticia | Leticia |
| Antioquia | Alejandría, Andes, Apartadó, Cisneros, Caldas, Cisneros, Ciudad Bolivar, Concepción, Concordia, El Santuario, Envigado, Fredonia, Giraldo, Girardota, Hispania, Itagüi, Jardin, Jericó, La Ceja, Marinilla, Medellín, Rionegro, San Vicente, Santa Bárbara, Santo Domingo, Titiribí, Valparaiso, Vegachí, Yarumal, Yolombó. | Alejandría, Amagá, Andes, Apartadó, Belmira, Caicedo, Caldas, Cisneros, Ciudad Bolivar, Concepción, Concordia, El Santuario, Envigado, Fredonia, Frontino, Giraldo, Girardota, Hispania, Itagüi, Jardín, Jericó, La Ceja, Marinilla, Medellín, Rionegro, San Vicente, Santa Bárbara, Santafé de Antioquia, Santo Domingo, Sonsón, Sopetrán, Titiribí, Valparaiso, Vegachí, Yarumal, Yolombó. |
| Arauca | Arauca | Arauca |
| Boyacá | Santa Sofía, Tunja | Ciénega, Guateque, Miraflores, San josé de Pare, Tunja |
| Caldas | Chinchiná, La Dorada, Manizales, Norcasia, Salamina | Aguadas, Aranzazu, Chinchiná, La Dorada, Manizales, Norcasia, Salamina |
| Cauca | Popayán | Popayán |
| Casanare | | Yopal |
| Caquetá | Florencia | Florencia |
| Cesar | Valledupar | Valledupar |
| Córdoba | Montería | Montería |
| Cundinamarca | Guataquí | Guataquí, Nariño |
| Güainia | Inírida | Inírida |
| Guaviare | Miraflores | Miraflores |
| Huila | Hobo, Neiva | Hobo, Neiva |
| Meta | Acacías | Villavicencio |
| Nariño | Arboleda, Belén, El Tambo, La Florida | Ancuyá, Arboleda |
| Norte de Santander | Cúcuta, Ocaña | Abrego, Cúcuta, La Playa, Ocaña |
| Putumayo | | Mocoa |
| Quindío | Armenia | Armenia |
| Risaralda | Dosquebradas, Pereira, Santa Rosa de Cabal | Dosquebradas, Pereira, Santa Rosa de Cabal |
| San Andrés Islas | San Andrés | San Andrés, Providencia |
| Santander | Barrancabermeja, Bucaramanga, Málaga, San Gil, Socorro | Barrancabermeja, Bucaramanga, Capitanejo, Enciso, Málaga, San Gil, San José de Miranda, San Miguel, Socorro, Villanueva |
| Sucre | | Sincelejo |
| Tolima | Fresno, Honda, Ibagué, Prado, Suárez | Fresno, Honda, Ibagué, Prado |
| Valle | Cartago, Guadalajara de Buga, Palmira, Restrepo, Roldanillo, Tulúa | Alcalá, Cartago, Guadalajara de Buga, La Cumbre, Palmira, Restrepo, Roldanillo, Tulúa, Ulloa |
| Vaupés | Taraira | Taraira |

Mapa 5. Número de tutelas en salud por cada 10.000 habitantes en cada municipio, 2015



**Mapa 6. Número de tutelas en salud por cada 10.000 habitantes en cada municipio, 2016**



### 3.2.2. Despachos judiciales y decisión en primera instancia de las tutelas en salud

Los jueces que más tramitaron tutelas de salud fueron los civiles municipales (22,79 por ciento), seguido de los penales municipales (22,36 por ciento) y los promiscuos municipales (14,22 por ciento). El porcentaje de favorecimiento en primera instancia fue del 85,46 por ciento, 2,3 puntos porcentuales mayor al observado en 2015 (Tabla 12). El porcentaje de fallos favorables más altos se observaron en los juzgados civiles del circuito (88,32 por ciento), juzgados de familia del circuito (87,99 por ciento), y juzgados penales del circuito (87,88 por ciento); mientras que los más bajos se observaron en la Corte Suprema de Justicia (15,38 por ciento), Consejo de Estado (45,45 por ciento) y Consejo Seccional de la Judicatura (69,58 por ciento).

En primera instancia por demandado, Comfacor fue la entidad con el mayor número de fallos en contra con el 94,8 por ciento, seguida del grupo Comfama/ Savia Salud/ Alianza Medellín (93,88 por ciento), Comfamiliar Cartagena (92,6 por ciento), Comfacundi (92 por ciento) y Ecoopsos (91,3 por ciento).

A pesar del alto grado de favorabilidad en primera instancia en las tutelas de salud, las entidades accionadas no están cumpliendo los fallos, razón por la cual los usuarios se ven en la necesidad de interponer desacatos, los cuales según ellos, tampoco se cumplen. Al respecto, la Corte Constitucional ha resaltado que en virtud del fin esencial del Estado[113] que supone que no solo la controversia jurídica debe ser resuelta, sino que esta debe ser acatada plenamente, es decir, que el derecho debe ser materializado, el juez constitucional, frente a sus decisiones, tiene dos facultades: el trámite de cumplimiento y el incidente de desacato, los cuales comparten el propósito de asegurar que la entidad pública o el particular responsable de la infracción, restablezca los derechos vulnerados a través del cumplimiento de las órdenes que se impartieron. Las dos facultades pueden ser tramitadas de manera simultánea.

El cumplimiento del fallo incorpora la facultad de requerir a la autoridad particular responsable de acatar las órdenes de protección para que actúe, se enfoca en la adopción de "todas las medidas" que conduzcan al cumplimiento del fallo. El desacato en cambio, se tramita por vía de incidente y se concentra en el juzgamiento disciplinario del servidor público o del particular incumplido, cuestión que, puede conducir también en que la sentencia sea cumplida.

113 Colombia. Corte Constitucional. Sentencia T-226 de 2016. Expediente T- 5010277. M. P. Luis Ernesto Vargas Silva.

**Tabla 12. Despachos judiciales y decisión en primera instancia en las tutelas en salud. Período 2015-2016**

| | 2015 | | | 2016 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | N° de Tutelas | Part. % | Concedidas en Primera Instancia % | N° de Tutelas | Part. % | Concedidas en Primera Instancia % |
| Juzgado Civil Municipal | 34.981 | 23,13 | 82,15 | 37.364 | 22,79 | 84,96 |
| Juzgado Penal Municipal | 32.622 | 21,57 | 81,88 | 36.664 | 22,36 | 83,78 |
| Juzgado Promiscuo Municipal | 20.097 | 13,29 | 82,86 | 23.313 | 14,22 | 87,38 |
| Juzgado Penal del Circuito | 12.338 | 8,16 | 85,28 | 11.405 | 6,96 | 87,88 |
| Juzgado Civil del Circuito | 9.992 | 6,61 | 86,84 | 9.569 | 5,84 | 88,32 |
| Juzgado Penal para adolescentes | 7.607 | 5,03 | 84,80 | 7.698 | 4,69 | 84,96 |
| Juzgados Administrativos | 6.106 | 4,04 | 84,87 | 6.822 | 4,16 | 85,25 |
| Juzgado Laboral del Circuito | 5.732 | 3,79 | 85,38 | 5.551 | 3,39 | 87,03 |
| Juzgado de pequeñas causas | 1.782 | 1,18 | 88,28 | 5.018 | 3,06 | 86,07 |
| Juzgado Promiscuo de familia | 3.480 | 2,30 | 86,69 | 4.451 | 2,71 | 87,80 |
| Juzgado de Familia | 4.196 | 2,77 | 86,62 | 3.296 | 2,01 | 86,38 |
| Juzgado de Ejecución de Penas | 2.986 | 1,97 | 82,33 | 3.284 | 2,00 | 83,25 |
| Tribunal Superior | 2.535 | 1,68 | 69,20 | 2.489 | 1,52 | 74,25 |
| Juzgado Promiscuo del Circuito | 1.498 | 0,99 | 86,17 | 1.812 | 1,11 | 86,64 |
| Juzgado Penal del Circuito Especializado | 1.298 | 0,86 | 86,55 | 1.655 | 1,01 | 87,55 |
| Tribunal Administrativo | 1.102 | 0,73 | 78,22 | 1.220 | 0,74 | 79,10 |
| Juzgado Familia del Circuito | 927 | 0,61 | 81,97 | 1.074 | 0,65 | 87,99 |
| Juzgado Civil del Circuito Especializado | 833 | 0,55 | 84,97 | 823 | 0,50 | 86,63 |
| Consejo Seccional de la Judicatura | 611 | 0,40 | 61,33 | 332 | 0,20 | 69,58 |
| Juzgado de Menores | 230 | 0,15 | 83,61 | 112 | 0,07 | 87,50 |
| Corte Suprema de Justicia | 25 | 0,02 | 21,88 | 13 | 0,01 | 15,38 |
| Consejo de Estado | 224 | 0,15 | 36,36 | 11 | 0,01 | 45,45 |
| Sin Identificar | 11 | 0,01 | | 1 | 0,00 | |
| **Total** | **151.213** | **100,00** | **83,16** | **163.977** | **100,00** | **85,46** |

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

La adopción de "todas las medidas" involucra la facultad de realizar nuevos requerimientos, de practicar pruebas y, en fin, de tomar los correctivos que en criterio del juez materialice lo ordenado y que también comprende, el inicio del incidente de desacato. En el incidente de desacato, la labor del juez consiste en verificar: contra quién se dirigió la orden, el término de ejecución y el alcance de la misma, para determinar el grado de cumplimiento, así como las razones que motivaron su incumplimiento, examinar la responsabilidad subjetiva del obligado y finalmente, imponer las sanciones del caso.

En cuanto a la relación y diferencias existentes entre el cumplimiento de la decisión y el incidente de desacato, la Corte Constitucional[114] estableció:

*"Las dos herramientas tienen una naturaleza disímil. Se debe tener en cuenta que en forma paralela al cumplimiento de la decisión, es posible iniciar el trámite de desacato, pero este último procedimiento no puede desconocer ni excusar la obligación primordial del juez constitucional, cual es la de hacer cumplir integralmente la orden judicial de protección. En este sentido se pronunció la Corte en la Sentencia T-458 de 2003, en donde sostuvo que: "el trámite del cumplimiento no es un prerrequisito para el desacato, ni el trámite de desacato es la vía para el cumplimiento. Son dos cosas distintas el cumplimiento y el desacato. Puede ocurrir que a través del trámite de desacato se logre el cumplimiento, pero esto no significa que la tutela no cumplida solo tiene como posibilidad el incidente de desacato."*

Por su parte, la Sentencia T-744 de 2003, estableció las diferencias entre las dos figuras, así: *"i) El cumplimiento es obligatorio, hace parte de la garantía constitucional; el desacato es incidental, se trata de un instrumento disciplinario de creación legal. ii) La responsabilidad exigida para el cumplimiento es objetiva, la exigida para el desacato es subjetiva. iii) La competencia y las circunstancias para el cumplimiento de la sentencia se basan en los artículos 23 y 27 del Decreto 2591 de 1991. La base legal del desacato está en los artículos 57 y 27 del mencionado decreto. Es decir que en cuanto el respaldo normativo, existen puntos de conjunción y de diferencia. iv) El desacato es a petición de parte interesada, el cumplimiento es de oficio, aunque v) Puede ser impulsado por el interesado o por el Ministerio Público."*

Como puede observarse, la HCC ha dado directrices que permiten al juez de tutela hacer cumplir los fallos con el fin de hacer efectivo el derecho que les asiste a los usuarios; sin embargo, las entidades tuteladas no cumplen lo ordenado, presentándose una presunta "complacencia" de los jueces. Es por esta razón que directivos de varias EPS acumulan días de arresto sin que ello los perturbe.

### 3.2.3. El derecho a la salud y su relación con otros derechos

Desde que la Ley Estatutaria en Salud[115] elevó normativamente el derecho a la salud como fundamental autónomo, exigiendo del Estado la garantía en su prestación, regulando y estableciendo mecanismos de protección, su invocación en las tutelas en conexidad con otros derechos fundamentales, ha disminuido ostensiblemente. En 2016 solamente el 5,53 por ciento de las tutelas contenía el derecho a la vida en conjunto con salud y el 2,07 en conexidad con el derecho de petición. (Tabla 13).

114 Colombia. Corte Constitucional. Sentencia T-939 de 2015. Expediente T- 4.026.072. M. P. Luis Guillermo Guerrero Pérez.
115 Ley 1751 de 2015.

Tabla 13. El derecho a la salud en asocio con otros derechos. Período 2015–2016

| | 2015 | | 2016 | |
|---|---|---|---|---|
| | N° Tutelas | % en Tutelas | N° Tutelas | % en Tutelas |
| Salud | 151.213 | 100,00 | 163.977 | 100,00 |
| Vida | 19.612 | 12,97 | 9.060 | 5,53 |
| Petición | 2.732 | 1,81 | 3.396 | 2,07 |
| Seguridad Social | 26.888 | 17,78 | 1.450 | 0,88 |
| Otros derechos económicos, sociales y culturales | 3.598 | 2,38 | 833 | 0,51 |
| Debido proceso y defensa | 577 | 0,38 | 803 | 0,49 |
| Trabajo | 728 | 0,48 | 329 | 0,20 |
| Vida digna y Dignidad humana | 41.955 | 27,75 | 271 | 0,17 |
| Igualdad | 1.521 | 1,01 | 169 | 0,10 |
| Integridad física | 1.656 | 1,10 | 163 | 0,10 |
| Intimidad, buen nombre y honra | 100 | 0,07 | 45 | 0,03 |
| Libertad de enseñanza, educación, investigación | 147 | 0,10 | 41 | 0,03 |
| Derechos colectivos y del medio ambiente | 194 | 0,13 | 17 | 0,01 |
| Otros | 698 | 0,46 | 87 | 0,05 |
| | | | | |
| **Total tutelas de salud interpuestas** | **151.213** | | **163.977** | |

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

### 3.2.4. Entidades más demandadas en las tutelas de salud

Al igual que en 2015, Cafesalud/SaludCoop se constituyó como la entidad más demandada en 2016 (Tabla 14) con 32.819 tutelas, que correspondieron a la quinta parte de las tutelas en salud, presentando un incremento de 26,77 por ciento con relación al año anterior. Es de anotar que a la Defensoría del Pueblo, todos los días llegan usuarios afiliados a dicha EPS solicitando la intervención de la entidad para poder acceder a los servicios en salud, entre los que sobresalen: insuficiencia de red de prestadores (lo que retarda procedimientos, cirugías, exámenes), restricción de remisiones, barreras de acceso a servicios de urgencias, inoportunidad de citas médicas especializadas y negación en la entrega de medicamentos.

Es de anotar que en el año de estudio, esta EPS se encontraba intervenida por la Superintendencia Nacional de Salud y de acuerdo con los resultados, dicha intervención no fue efectiva y por el contrario, agudizó la problemática existente, razón por la cual el Gobierno nacional decidió venderla. A la fecha de publicación de este informe, la EPS Cafesalud fue adquirida por PrestaSalud, un consorcio

conformado por 13 clínicas, hospitales y otros actores médicos del sector[116] cambiando el nombre a MEDIMÁS EPS.

La mayor concentración de las acciones contra Cafesalud/SaludCoop se encontró en el departamento de Antioquia (28,7 por ciento) seguido de Bogotá (11,3 por ciento), Caldas (8 por ciento), Risaralda (7,8 por ciento) y Santander (7,1 por ciento). En primera instancia los jueces favorecieron a los tutelantes en el 90,4 por ciento de los casos y en 620 municipios se interpuso al menos una tutela en salud contra esta EPS. Las ciudades con mayor cantidad de tutelas fueron: Bogotá (11,3 por ciento), Medellín (8,7 por ciento), Cúcuta (5,5 por ciento), Pereira (5 por ciento) y Manizales (4,8 por ciento).

En segundo lugar se ubicó la Nueva EPS con 15.547 acciones, aunque presentó una disminución de 8,77 por ciento respecto del año anterior. El mayor porcentaje de tutelas estuvo en Antioquia (14,5 por ciento), seguido de Valle del Cauca (13,1 por ciento), Bogotá (9,6 por ciento), Santander (6,9 por ciento) y Norte de Santander (6,1 por ciento). El 84,3 por ciento de estas acciones fueron concedidas en primera instancia por los jueces de la república y en 423 municipios del país se interpuso al menos una tutela contra esta entidad. Bogotá (9,6 por ciento), Medellín (7,1 por ciento), Cali (6,6 por ciento), Cúcuta (5 por ciento) y Bucaramanga (4,9 por ciento) fueron las ciudades que concentraron el mayor número de tutelas.

Coomeva fue la tercera entidad con más tutelas, participando en el 8,76 por ciento y con un crecimiento de 7,04 por ciento en el último año. Los departamentos con la mayor frecuencia fueron: Antioquia (23,1 por ciento), Valle del Cauca (13,9 por ciento), Norte de Santander (11,3 por ciento), Santander (7 por ciento) y Atlántico (5,4 por ciento). En primera instancia los jueces favorecieron a los tutelantes en el 86,6 por ciento de los casos y en 372 municipios se interpuso al menos una tutela contra esta EPS. Medellín (11,2 por ciento), Cúcuta (8,9 por ciento), Cali (6,8 por ciento), Barranquilla (4,9 por ciento) y Bucaramanga (4,6 por ciento) fueron las ciudades con el mayor número de acciones.

En cuarto lugar se sitúa el grupo Comfama/Alianza Medellín/Savia Salud, que en conjunto participaron con el 7,82 por ciento de las tutelas, creciendo en un 78,33 por ciento. Los departamentos con el mayor número de acciones fueron Antioquia (98,2 por ciento) y Tolima (0,8 por ciento). En primera instancia los jueces favorecen a los tutelantes en el 93,9 por ciento de los casos y en 142 mu-

116 Entre estas se encuentran el Hospital Universitario San José, el Hospital Universitario Infantil, las clínicas Medilaser, junto con su centro académico; la Universidad de Navarra, la Organización Clínica General del Norte, el Centro Nacional de Oncología, Hospital Cardiovascular y el grupo MedPlus. También se encuentra como aliada la española Grupo de Salud Rivera.

nicipios se interpuso al menos una tutela que demandó a esta entidad y Medellín (44,7 por ciento), Itagüí (5,1 por ciento), Bello (5 por ciento), Rionegro (4,5 por ciento) y El Santuario (3,1 por ciento) fueron las de mayor frecuencia.

La quinta entidad con más tutelas en salud fue Asmet salud, con una participación del 4,09 por ciento, presentando un incremento en el último año de 29,68 por ciento. Los departamentos con el mayor número de acciones fueron Caldas (18,8 por ciento), Risaralda (18,4 por ciento), Cauca (14,9 por ciento), Quindío (8,8 por ciento) y Caquetá (8 por ciento). En primera instancia los jueces favorecieron a los tutelantes en el 87,7 por ciento de los casos y en 240 municipios se interpuso al menos una tutela en contra de esta EPS. Pereira (11,3 por ciento), la Dorada (7,8%), Armenia (7,2 por ciento), Florencia (6,1 por ciento) y Popayán (5,8 por ciento) fueron las de mayor frecuencia.

Las entidades con los mayores incrementos porcentuales en el número de tutelas durante 2016 fueron: Unicajas/Comfacundi (285,9 por ciento), Coosalud (278,13 por ciento), Barrios Unidos de Quibdó (140,15 por ciento), Convida (125,51 por ciento) y Ecoopsos (84,84 por ciento), todas del régimen subsidiado. (Tabla 14).

## 3.3. Tipo de entidad demandada

Para el análisis se conformaron varias categorías según la entidad demandada. Es así como, las EPS que brindan servicios en ambos regímenes, se organizaron en un solo grupo debido a la dificultad de identificar en la base de datos suministrada por la Honorable Corte Constitucional, el tipo de régimen (Contributivo o Subsidiado) al que pertenecía el usuario; las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), se clasificaron de manera independiente cuando las acciones de tutela iban dirigidas a ellas, sin establecer la condición del usuario respecto del sistema de aseguramiento en salud, ni identificar la entidad aseguradora, en este grupo no fueron incluidos el Hospital Militar, la Clínica de la Policía y el Hospital Naval, que fueron clasificados en el grupo de Fuerzas Militares y de Policía.

Para completar la información se conformaron otros grupos teniendo en cuenta la afinidad entre las entidades demandadas. En el caso que en una misma tutela aparezca más de un demandado plenamente identificado, se contabiliza nuevamente para efectos estadísticos, descartando los casos en que se mencionaba "otros".

En 2016, las tutelas contra el grupo de EPS se incrementaron en 12,33 por ciento y constituyeron el 85,52 por ciento de las tutelas en salud (Tabla 15). En los dos últimos años el incremento acumulado fue de 41,42 por ciento, lo que evidenció la dificultad de los usuarios para acceder a las tecnologías en salud en este período.

Tabla 14. Entidades más tuteladas en derecho a la salud. Período 2015-2016

| | 2015 | | 2016 | | Variación % |
|---|---|---|---|---|---|
| | N° Tutelas | Part. % | N° Tutelas | Part. % | |
| Cafesalud/Saludccop | 25.889 | 17,05 | 32.819 | 19,96 | 26,77 |
| Nueva EPS | 17.041 | 11,22 | 15.547 | 9,46 | -8,77 |
| Coomeva | 13.454 | 8,86 | 14.401 | 8,76 | 7,04 |
| Comfama/Alianza Medellin/Savia | 7.208 | 4,75 | 12.854 | 7,82 | 78,33 |
| Asociación Mutual La Esperanza "Asmet Salud" | 5.188 | 3,42 | 6.728 | 4,09 | 29,68 |
| Salud Total | 6.523 | 4,29 | 6.419 | 3,90 | -1,59 |
| Caprecom | 11.762 | 7,74 | 5.483 | 3,33 | -53,38 |
| Emssanar | 4.474 | 2,95 | 4.816 | 2,93 | 7,64 |
| Secretarías de Salud/Direcciones de salud | 4.808 | 3,17 | 4.347 | 2,64 | -9,59 |
| Saludvida | 2.705 | 1,78 | 3.981 | 2,42 | 47,17 |
| Comparta | 2.816 | 1,85 | 3.906 | 2,38 | 38,71 |
| Sura EPS | 3.987 | 2,63 | 3.697 | 2,25 | -7,27 |
| Coosalud EPS | 974 | 0,64 | 3.683 | 2,24 | 278,13 |
| Servicio Occidental de Salud S.O.S | 3.993 | 2,63 | 3.663 | 2,23 | -8,26 |
| Capital Salud EPS | 2.342 | 1,54 | 3.552 | 2,16 | 51,67 |
| Fuerzas Militares y de policía | 3.541 | 2,33 | 3.443 | 2,09 | -2,77 |
| Sánitas | 3.041 | 2,00 | 2.718 | 1,65 | -10,62 |
| INPEC/Penitenciarías | 2.140 | 1,41 | 2.374 | 1,44 | 10,93 |
| Cruz Blanca | 1.594 | 1,05 | 2.167 | 1,32 | 35,95 |
| Fundación Médico Preventiva | 1.577 | 1,04 | 1.577 | 0,96 | 0,00 |
| Comfamiliar Huila | 1.209 | 0,80 | 1.337 | 0,81 | 10,59 |
| Asociación Mutual Barrios Unidos de Quibdó | 543 | 0,36 | 1.304 | 0,79 | 140,15 |
| Famisanar | 1.547 | 1,02 | 1.299 | 0,79 | -16,03 |
| Empresa Cooperativa Solidaria de Salud "Ecoopsos" | 699 | 0,46 | 1.292 | 0,79 | 84,84 |
| Convida | 494 | 0,33 | 1.114 | 0,68 | 125,51 |
| Ministerios | 993 | 0,65 | 1.033 | 0,63 | 4,03 |
| Compensar | 957 | 0,63 | 1.008 | 0,61 | 5,33 |
| Cosmitet | 985 | 0,65 | 1.000 | 0,61 | 1,52 |
| ARP Positiva | 963 | 0,63 | 936 | 0,57 | -2,80 |
| Comfenalco Valle | 911 | 0,60 | 810 | 0,49 | -11,09 |
| Comfacor | 866 | 0,57 | 792 | 0,48 | -8,55 |
| Cajacopi | 591 | 0,39 | 768 | 0,47 | 29,95 |
| Emdis Salud | 625 | 0,41 | 745 | 0,45 | 19,20 |
| Asociación Mutual ser | 481 | 0,32 | 692 | 0,42 | 43,87 |
| Comfamiliar Cartagena | 351 | 0,23 | 445 | 0,27 | 26,78 |
| Alcaldías | 763 | 0,50 | 440 | 0,27 | -42,33 |
| Comfamiliar de Nariño | 323 | 0,21 | 404 | 0,25 | 25,08 |
| Fosyga y Consorcio | 238 | 0,16 | 327 | 0,20 | 37,39 |
| ComfaOriente | 224 | 0,15 | 303 | 0,18 | 35,27 |
| Unicajas/Comfacundi | 78 | 0,05 | 301 | 0,18 | 285,90 |
| Otros | 12.982 | 8,55 | 9.893 | 6,02 | -23,79 |
| **Total** | **151.880** | **100,00** | **164.418** | **100,00** | **8,26** |

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

En segundo lugar se hubicó el grupo de las Instituciones Prestadoras de Salud (3,63 por ciento), cuyo incremento con relación al año anterior fue de 3,59 por ciento. Le siguieron los entes territoriales (3,07 por ciento), regímenes de excepción (2,14 por ciento) e Inpec/Penitenciarías (1,44 por ciento), el cual tuvo un incremento del 10,93 por ciento (Tabla 15).

**Tabla 15. Tutelas en salud, según tipo de entidad demandada. Período 2015-2016**

| | 2015 | | 2016 | | Variación % |
|---|---|---|---|---|---|
| | N° de Tutelas | Part. % | N° de Tutelas | Part. % | |
| Entidades Prestadora de Salud -EPS- | 125.176 | 82,42 | 140.614 | 85,52 | 12,33 |
| Instituciones Prestadoras de Salud - IPS | 5.765 | 3,80 | 5.972 | 3,63 | 3,59 |
| Entes Territoriales | 6.010 | 3,96 | 5.045 | 3,07 | -16,06 |
| Regímenes de excepción | 3.602 | 2,37 | 3.512 | 2,14 | -2,50 |
| Inpec/Penitenciarias | 2.140 | 1,41 | 2.374 | 1,44 | 10,93 |
| Administradoras de Riesgos Laborales -ARL y Aseguradoras | 1.917 | 1,26 | 1.833 | 1,11 | -4,38 |
| Administradoras de Fondos de Pensiones -AFP | 1.490 | 0,98 | 909 | 0,55 | -38,99 |
| Empresas de Medicina Prepagada | 311 | 0,20 | 308 | 0,19 | -0,96 |
| Empresas de Servicios Públicos y Telefonía celular | 404 | 0,27 | 88 | 0,05 | -78,22 |
| Otras entidades | 5.065 | 3,33 | 3.763 | 2,29 | -25,71 |
| **Total** | **151.880** | **100,00** | **164.418** | **100,00** | **8,26** |

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

A continuación se hace un análisis al interior de cada categoría conformada.

### 3.3.1. Entidades Promotoras de Salud -EPS-

Según el reporte suministrado por el Ministerio de Salud y Protección Social a 31 de diciembre de 2016, entre los regímenes contributivo y subsidiado sumaban 44.370.667 usuarios, un 0,59 por ciento menos que en 2015 (Tabla 16). De ellos, 22.199.204 corresponde al contributivo con un crecimiento de 3,48 por ciento y 22.171.463 al subsidiado, inferior en 4,35 por ciento con relación al año anterior. En este número de afiliados se encuentran usuarios de movilidad[117] (486.181 del régimen contributivo y 994.607 del subsidiado).

Cafesalud se constituyó como la EPS con el mayor número de afiliados en el país con 5.583.469, un 14,48 por ciento menos que en 2015, mientras que Sánitas (23,72 por ciento), Sura (12,18 por ciento), Nueva EPS (8,25 por ciento) y Salud Total (6,84 por ciento), incrementaron sus afiliados significativamente (Tabla 16).

117 Garantía del afiliado de continuar en la misma EPS, cuando por alguna circunstancia cambie de régimen.

Tabla 16. Número de afiliados según EPS. Período 2015-2016

| | 2015 | | 2016 | | Variación % |
|---|---|---|---|---|---|
| | N° de Afiliados | Part. % | N° de Afiliados | Part. % | |
| Cafesalud | 6.528.885 | 14,63 | 5.583.469 | 12,58 | -14,48 |
| La Nueva EPS | 3.833.181 | 8,59 | 4.149.484 | 9,35 | 8,25 |
| Coomeva. | 2.972.684 | 6,66 | 2.861.728 | 6,45 | -3,73 |
| Sura EPS | 2.319.589 | 5,20 | 2.602.087 | 5,86 | 12,18 |
| Salud Total | 2.231.983 | 5,00 | 2.384.687 | 5,37 | 6,84 |
| Coosalud | 1.927.361 | 4,32 | 1.941.042 | 4,37 | 0,71 |
| Asmet Salud | 1.915.007 | 4,29 | 1.932.488 | 4,36 | 0,91 |
| Emssanar | 1.887.479 | 4,23 | 1.897.972 | 4,28 | 0,56 |
| Sánitas | 1.501.691 | 3,36 | 1.857.825 | 4,19 | 23,72 |
| Comparta | 1.910.740 | 4,28 | 1.845.638 | 4,16 | -3,41 |
| Famisanar | 1.760.479 | 3,94 | 1.829.819 | 4,12 | 3,94 |
| Comfama/Alianza Medellín/Savia | 1.690.584 | 3,79 | 1.665.271 | 3,75 | -1,50 |
| Asociación Mutual ser | 1.329.146 | 2,98 | 1.349.271 | 3,04 | 1,51 |
| Saludvida | 1.470.210 | 3,29 | 1.321.669 | 2,98 | -10,10 |
| Compensar | 1.134.774 | 2,54 | 1.253.053 | 2,82 | 10,42 |
| Capital Salud | 1.202.772 | 2,69 | 1.169.400 | 2,64 | -2,77 |
| Servicio Occidental de Salud S.O.S | 924.894 | 2,07 | 936.200 | 2,11 | 1,22 |
| Barrios Unidos de Quibdó | 974.758 | 2,18 | 931.738 | 2,10 | -4,41 |
| Cajacopi | 669.602 | 1,50 | 693.953 | 1,56 | 3,64 |
| Comfacor | 614.410 | 1,38 | 600.477 | 1,35 | -2,27 |
| Cruz Blanca | 594.917 | 1,33 | 563.768 | 1,27 | -5,24 |
| Convida | 579.169 | 1,30 | 563.536 | 1,27 | -2,70 |
| Comfamiliar Huila | 534.859 | 1,20 | 523.173 | 1,18 | -2,18 |
| Emdisalud | 500.356 | 1,12 | 466.213 | 1,05 | -6,82 |
| Asociación Indigena del cauca | 442.702 | 0,99 | 444.189 | 1,00 | 0,34 |
| Ecoopsos | 323.501 | 0,72 | 300.163 | 0,68 | -7,21 |
| Mallamas | 297.902 | 0,67 | 283.218 | 0,64 | -4,93 |
| Comfenalco Valle | 261.928 | 0,59 | 244.903 | 0,55 | -6,50 |
| Manexka EPSI | 220.270 | 0,49 | 212.698 | 0,48 | -3,44 |
| Aliansalud | 200.910 | 0,45 | 205.899 | 0,46 | 2,48 |
| Comfamiliar Cartagena | 221.388 | 0,50 | 205.646 | 0,46 | -7,11 |
| Dusakawi EPSI | 204.588 | 0,46 | 199.838 | 0,45 | -2,32 |
| Comfamiliar Nariño | 187.395 | 0,42 | 182.828 | 0,41 | -2,44 |
| Capresoca | 177.038 | 0,40 | 177.318 | 0,40 | 0,16 |
| Comfachocó | 158.457 | 0,36 | 156.310 | 0,35 | -1,35 |
| Comfamiliar Guajira | 144.902 | 0,32 | 143.457 | 0,32 | -1,00 |
| Anas Wayuu EPSI | 129.598 | 0,29 | 131.947 | 0,30 | 1,81 |
| Comfacundi | 111.315 | 0,25 | 116.422 | 0,26 | 4,59 |
| Comfaoriente | 107.681 | 0,24 | 108.030 | 0,24 | 0,32 |
| Comfaboy | 102.814 | 0,23 | 103.593 | 0,23 | 0,76 |
| Comfasucre | 102.066 | 0,23 | 98.195 | 0,22 | -3,79 |
| Pijaos EPSI | 78.186 | 0,18 | 79.846 | 0,18 | 2,12 |
| Caprecom | 96.182 | 0,22 | 22 | 0,00 | -99,98 |
| Otros | 54.824 | 0,12 | 52.184 | 0,12 | -4,82 |
| **Total** | **44.633.177** | **100,00** | **44.370.667** | **100,00** | **-0,59** |

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

Según los resultados de tutelas, en la categoría de EPS se presentó un incremento del 12,33 por ciento respecto a 2015. Cafesalud/SaludCoop continuó como la EPS con más acciones (32.819), presentando un incremento del 26,77 por ciento con relación a 2015, a pesar de haber disminuido en afiliados. En segundo lugar se ubicó la Nueva EPS con 15.547 tutelas para una disminución del 8,77 por ciento, siguiendo en orden, Coomeva con 14.401 acciones y un incremento de 7,04 por ciento (Tabla 17). Coosalud, Unicajas/Comfacundi, Anas Wayuu, Barrios Unidos de Quibdó y Convida fueron las EPS de mayor crecimiento porcentual.

Para eliminar la correlación positiva entre número de afiliados y número de tutelas y establecer un indicador que permita realizar comparaciones entre EPS, se calculó el indicador "número de tutelas por cada 10.000 afiliados" en cada EPS, revelando que las aseguradoras con los indicadores más altos fueron: Grupo Comfama/Alianza Medellín/Savia Salud, Cafesalud, Coomeva, Ecoopsos y Servicio Occidental de Salud, mientras que los indicadores más bajos se observaron en las EPS indígenas y en Mutual Ser (Gráfica 5).

Los incrementos más altos en este indicador se observaron en Coosalud, Unicajas/Comfacundi, Barrios Unidos de Quibdó, Anas Wayuu y Convida. (Tabla 18)

**Tabla 17. Tutelas en salud, según de EPS. Período 2015-2016**

| | 2015 | | 2016 | | Variación % |
|---|---|---|---|---|---|
| | N° Tutelas | Part. % | N° Tutelas | Part. % | |
| Cafesalud/Saludcoop | 25.889 | 20,68 | 32.819 | 23,34 | 26,77 |
| Nueva EPS | 17.041 | 13,61 | 15.547 | 11,06 | -8,77 |
| Coomeva | 13.454 | 10,75 | 14.401 | 10,24 | 7,04 |
| Comfama/Alianza Medellín/Savia | 7.208 | 5,76 | 12.854 | 9,14 | 78,33 |
| Asociación Mutual La Esperanza "Asmet Salud" | 5.184 | 4,14 | 6.728 | 4,78 | 29,78 |
| Salud Total | 6.523 | 5,21 | 6.419 | 4,56 | -1,59 |
| Caprecom | 11.762 | 9,40 | 5.483 | 3,90 | -53,38 |
| Emssanar | 4.474 | 3,57 | 4.816 | 3,42 | 7,64 |
| Saludvida | 2.705 | 2,16 | 3.981 | 2,83 | 47,17 |
| Comparta | 2.816 | 2,25 | 3.906 | 2,78 | 38,71 |
| Coosalud | 974 | 0,78 | 3.683 | 2,62 | 278,13 |
| Sura EPS | 3.987 | 3,19 | 3.697 | 2,63 | -7,27 |
| Servicio Occidental de Salud S.O.S | 3.993 | 3,19 | 3.663 | 2,61 | -8,26 |
| Capitalsalud | 2.342 | 1,87 | 3.552 | 2,53 | 51,67 |
| Sánitas | 3.041 | 2,43 | 2.718 | 1,93 | -10,62 |
| Cruz Blanca | 1.594 | 1,27 | 2.167 | 1,54 | 35,95 |
| Comfamiliar Huila | 1.209 | 0,97 | 1.337 | 0,95 | 10,59 |
| Asociación Mutual Barrios Unidos de Quibdó | 548 | 0,44 | 1.303 | 0,93 | 137,77 |
| Famisanar | 1.547 | 1,24 | 1.299 | 0,92 | -16,03 |
| Empresa Cooperativa Solidaria de Salud "Ecoopsos" | 699 | 0,56 | 1.292 | 0,92 | 84,84 |
| Convida | 494 | 0,39 | 1.114 | 0,79 | 125,51 |
| Compensar | 957 | 0,76 | 1.008 | 0,72 | 5,33 |
| Comfenalco Valle | 911 | 0,73 | 810 | 0,58 | -11,09 |
| Comfacor | 866 | 0,69 | 790 | 0,56 | -8,78 |
| Cajacopi | 591 | 0,47 | 768 | 0,55 | 29,95 |
| Emdis Salud | 625 | 0,50 | 745 | 0,53 | 19,20 |
| Asociación Mutual ser | 481 | 0,38 | 692 | 0,49 | 43,87 |
| Comfamiliar Cartagena | 351 | 0,28 | 445 | 0,32 | 26,78 |
| Comfamiliar de Nariño | 323 | 0,26 | 404 | 0,29 | 25,08 |
| ComfaOriente | 224 | 0,18 | 303 | 0,22 | 35,27 |
| Unicajas/Comfacundi | 83 | 0,07 | 300 | 0,21 | 261,45 |
| Aliansalud | 593 | 0,47 | 253 | 0,18 | -57,34 |
| Asociación Indígena del Cauca | 137 | 0,11 | 203 | 0,14 | 48,18 |
| Mallamas EPSI | 152 | 0,12 | 198 | 0,14 | 30,26 |
| Capresoca | 102 | 0,08 | 195 | 0,14 | 91,18 |
| Comfaboy | 166 | 0,13 | 191 | 0,14 | 15,06 |
| Comfachocó | 146 | 0,12 | 131 | 0,09 | -10,27 |
| Comfasucre | 48 | 0,04 | 78 | 0,06 | 62,50 |
| Manexka EPSI | 51 | 0,04 | 65 | 0,05 | 27,45 |
| PijaoSalud EPSI | 70 | 0,06 | 60 | 0,04 | -14,29 |
| Comfamiliar de la Guajira | 39 | 0,03 | 43 | 0,03 | 10,26 |
| Asociación de Cabildos Indígenas del Cesar "Dusakawi" | 116 | 0,09 | 42 | 0,03 | -63,79 |
| Anas Wayuu EPSI | 12 | 0,01 | 29 | 0,02 | 141,67 |
| Otras | 648 | 0,52 | 82 | 0,06 | -87,35 |
| **Total** | **125.176** | **100,00** | **140.614** | **100,00** | **12,33** |

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

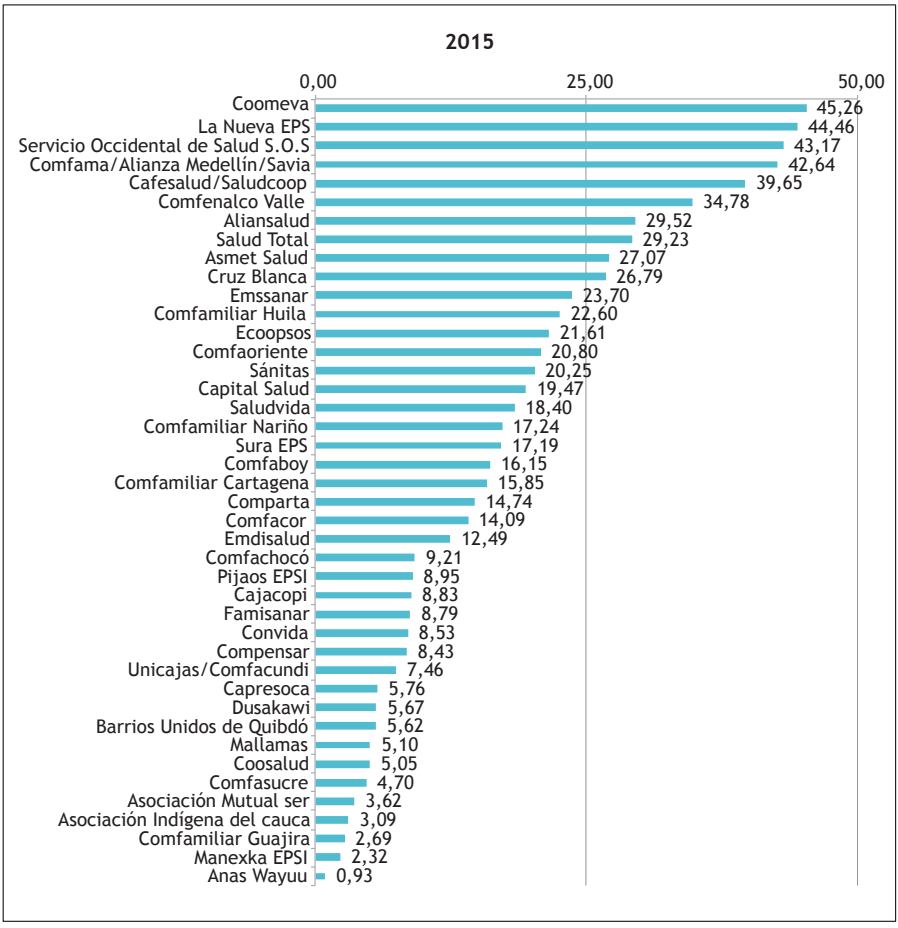
**Tabla 18. Número de tutelas por cada 10.000 afiliados en cada EPS. Período 2015-2016**

| | 2015 | 2016 | Variación % |
|---|---|---|---|
| | N° Tutelas | N° Tutelas | |
| Comfama/Alianza Medellín/Savia | 42,64 | 77,19 | 81,04 |
| Cafesalud/Saludcoop | 39,65 | 58,78 | 48,24 |
| Coomeva | 45,26 | 50,32 | 11,19 |
| Ecoopsos | 21,61 | 43,04 | 99,21 |
| Servicio Occidental de Salud S.O.S | 43,17 | 39,13 | -9,36 |
| Cruz Blanca | 26,79 | 38,44 | 43,46 |
| La Nueva EPS | 44,46 | 37,47 | -15,72 |
| Asmet Salud | 27,07 | 34,82 | 28,63 |
| Comfenalco Valle | 34,78 | 33,07 | -4,91 |
| Capital Salud | 19,47 | 30,37 | 55,99 |
| Saludvida | 18,40 | 30,12 | 63,71 |
| Comfaoriente | 20,80 | 28,05 | 34,83 |
| Salud Total | 29,23 | 26,92 | -7,90 |
| Unicajas/Comfacundi | 7,46 | 25,77 | 245,61 |
| Comfamiliar Huila | 22,60 | 25,56 | 13,06 |
| Emssanar | 23,70 | 25,37 | 7,05 |
| Comfamiliar Nariño | 17,24 | 22,10 | 28,20 |
| Comfamiliar Cartagena | 15,85 | 21,64 | 36,49 |
| Comparta | 14,74 | 21,16 | 43,60 |
| Convida | 8,53 | 19,77 | 131,76 |
| Coosalud | 5,05 | 18,97 | 275,47 |
| Comfaboy | 16,15 | 18,44 | 14,20 |
| Emdisalud | 12,49 | 15,98 | 27,93 |
| Sánitas | 20,25 | 14,63 | -27,75 |
| Sura EPS | 17,19 | 14,21 | -17,33 |
| Barrios Unidos de Quibdó | 5,62 | 13,98 | 148,75 |
| Comfacor | 14,09 | 13,16 | -6,66 |
| Aliansalud | 29,52 | 12,29 | -58,36 |
| Cajacopi | 8,83 | 11,07 | 25,39 |
| Capresoca | 5,76 | 11,00 | 90,87 |
| Comfachocó | 9,21 | 8,38 | -9,04 |
| Compensar | 8,43 | 8,04 | -4,61 |
| Comfasucre | 4,70 | 7,94 | 68,91 |
| Pijaos EPSI | 8,95 | 7,51 | -16,07 |
| Famisanar | 8,79 | 7,10 | -19,21 |
| Mallamas | 5,10 | 6,99 | 37,02 |
| Asociación Mutual ser | 3,62 | 5,13 | 41,72 |
| Asociación Indígena del cauca | 3,09 | 4,57 | 47,68 |
| Manexka EPSI | 2,32 | 3,06 | 31,99 |
| Comfamiliar Guajira | 2,69 | 3,00 | 11,37 |
| Anas Wayuu | 0,93 | 2,20 | 137,60 |
| Dusakawi | 5,67 | 2,10 | -62,93 |

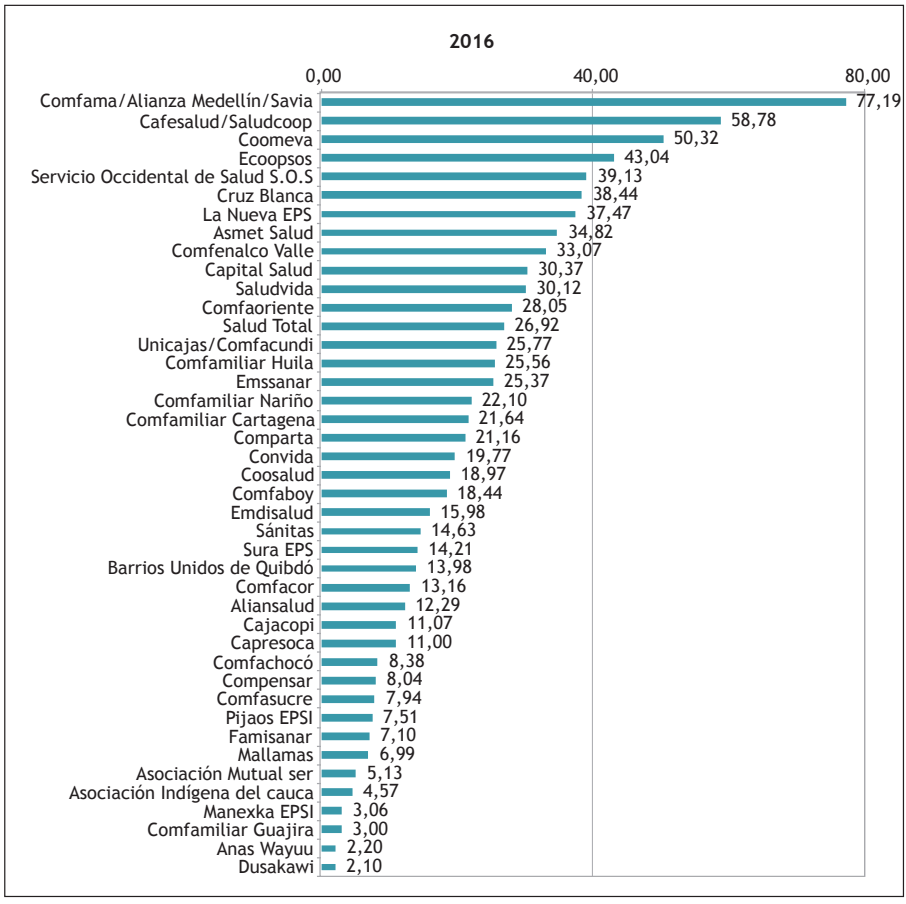
Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

Las gráficas 4 y 5 muestran el número de tutelas por cada 10.000 afiliados, para todas la EPS que prestan servicios tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado.

**Gráfica 4. Número de tutelas por cada 10.000 afiliados en cada EPS en 2015**



**Gráfica 5. Número de tutelas por cada 10.000 afiliados en cada EPS en 2016**




## 3.3.2. Tutelas contra Instituciones Prestadoras de Salud (IPS)

Las IPS (hospitales, clínicas y centros de salud), fueron el segundo grupo de entidades con mayor número de tutelas en salud con un incremento del 3,59 por ciento, siendo las IPS que prestan servicios de salud al Magisterio las de mayores frecuencias. Las entidades más tuteladas fueron: Fundación Médica Preventiva con 26,39 por ciento y una disminución de 0,06 por ciento; Cosmitet con una participación de 16,85 por ciento y un incremento de 2,24 por ciento; Clínica General del Norte (3,95 por ciento), Médicos Asociados (3,47 por ciento) y Servimédicos (3,27 por ciento). (Tabla 19).

**Tabla 19. Tutelas en salud contra IPS. Período 2015-2016**

| | 2015 | | 2016 | | Variación% |
|---|---|---|---|---|---|
| | N° Tutelas | Part. % | N° Tutelas | Part. % | |
| Fundación Médico Preventiva | 1.577 | 27,35 | 1.576 | 26,39 | -0,06 |
| Cosmitet | 984 | 17,07 | 1.006 | 16,85 | 2,24 |
| Clínica General del Norte/ Unión Temporal del Norte | 211 | 3,66 | 236 | 3,95 | 11,85 |
| Médicos Asociados | 200 | 3,47 | 207 | 3,47 | 3,50 |
| Servimédicos | 143 | 2,48 | 195 | 3,27 | 36,36 |
| Avanzar Médico | 137 | 2,38 | 187 | 3,13 | 36,50 |
| Emcosalud | 221 | 3,83 | 181 | 3,03 | -18,10 |
| UT Medicol | 134 | 2,32 | 158 | 2,65 | 17,91 |
| Colombiana de Salud | 95 | 1,65 | 102 | 1,71 | 7,37 |
| Comfandi | 64 | 1,11 | 80 | 1,34 | 25,00 |
| Instituto Nacional de Cancerología | 54 | 0,94 | 66 | 1,11 | 22,22 |
| Medicina Integral de Córdoba | 51 | 0,88 | 46 | 0,77 | -9,80 |
| Hospital Universitario de Santander | 29 | 0,50 | 46 | 0,77 | 58,62 |
| Unión Temporal de Oriente | 22 | 0,38 | 45 | 0,75 | 104,55 |
| Hospital Universitario del Valle | 27 | 0,47 | 40 | 0,67 | 48,15 |
| Clínica Peñitas de Sincelejo | 24 | 0,42 | 37 | 0,62 | 54,17 |
| Proinsalud | 37 | 0,64 | 32 | 0,54 | -13,51 |
| Hospital Erasmo Meóz | 32 | 0,56 | 32 | 0,54 | 0,00 |
| Hospital Federico Lleras Acosta | 29 | 0,50 | 29 | 0,49 | 0,00 |
| Hospital de Kennedy | 34 | 0,59 | 12 | 0,20 | -64,71 |
| Otras IPS | 1.660 | 28,79 | 1.659 | 27,78 | -0,06 |
| **Total** | **5.765** | **100,00** | **5.972** | **100,00** | **3,59** |

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

El régimen especial de salud para el Magisterio[118], fue establecido por la Ley 91 de 1989 que creó el Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio como una cuenta de la Nación, destinada a administrar los recursos de la seguridad social de los docentes afiliados (servicios de salud y prestaciones económicas), el cual debía ser administrado por una entidad fiduciaria que en la actualidad, es la Fiduprevisora.

La prestación de los servicios médico-asistenciales se realiza a través de la contratación con entidades de salud (IPS) a nivel nacional, para garantizar la disponibilidad de la red de servicios en todos los niveles de atención y en todos los lugares del país.



118 No hace parte de la Ley 100 de 1993.

En este sistema no hay copagos ni cuotas moderadoras y todas las patologías son atendidas sin restricción y sin períodos mínimos de cotización, además se garantiza la equidad, a través de la cobertura en condiciones de igualdad de beneficios; la integralidad, en la prestación de los servicios médico-asistenciales; la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

### 3.3.3. Tutelas contra entidades territoriales

El tercer grupo con más tutelas en salud es el conformado por los entes territoriales aunque presentó una disminución del 16,06 por ciento con relación a 2015 especialmente en tutelas dirigidas contra las secretarías de educación, Alcaldías Municipales y gobernaciones. (Tabla 20).

La obligación en salud de las entidades territoriales está dada a través de las secretarías departamentales, municipales y distritales, a quienes les corresponde dirigir y coordinar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en su jurisdicción, además de gestionar y supervisar el acceso a la prestación de los servicios y garantizar el aseguramiento de su población.

Con relación a las secretarías de salud, la de Medellín tuvo el mayor número de tutelas (17,7 por ciento), le siguieron las secretarías de salud de Envigado (11,4 por ciento), Itagüí (8,9 por ciento), Bogotá (7,4 por ciento) e Ibagué (4 por ciento). A nivel de alcaldías las más tuteladas fueron las de Santa Marta (24,1 por ciento) y Bogotá (14,1 por ciento).

**Tabla 20. Tutelas en salud contra entidades territoriales. Período 2015-2016**

| | 2015 | | 2016 | | Variación % |
|---|---|---|---|---|---|
| | N° Tutelas | Part. % | N° Tutelas | Part. % | |
| Secretarías de Salud/ Direcciones de salud | 4.808 | 80,00 | 4.349 | 86,20 | -9,55 |
| Alcaldías | 763 | 12,70 | 440 | 8,72 | -42,33 |
| Gobernaciones | 285 | 4,74 | 191 | 3,79 | -32,98 |
| Secretarías de Educación | 154 | 2,56 | 65 | 1,29 | -57,79 |
| **Total** | **6.010** | **100,00** | **5.045** | **100,00** | **-16,06** |

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

### 3.3.4. Tutelas en salud en regímenes de excepción

Los resultados solo incluyen las tutelas dirigidas a las Fuerzas Militares y de Policía y Ecopetrol, ya que las acciones contra el Magisterio no se interponen directamente contra esta entidad, sino contra las IPS encargadas de la atención de

los docentes y sus beneficiarios, las cuales fueron mencionadas en el grupo de las IPS.

Las tutelas contra las entidades que pertenecen a este grupo disminuyeron en 2,5 por ciento especialmente en las tutelas interpuestas contra los servicios de salud de las Fuerzas Militares y de Policía, cuya participación fue de 98,04 por ciento, presentando una disminución del 2,77 por ciento con relación al estudio anterior (Tabla 21).

**Tabla 21. Tutelas en salud contra entidades de régimen especial. Período 2015-2016**

| | 2015 | | 2016 | | Variación % |
|---|---|---|---|---|---|
| | N° Tutelas | Part. % | N° Tutelas | Part. % | |
| Fuerzas Militares y de Policía | 3.541 | 98,31 | 3.443 | 98,04 | -2,77 |
| Ecopetrol | 61 | 1,69 | 69 | 1,96 | 13,11 |
| **Total** | **3.602** | **100,00** | **3.512** | **100,00** | **-2,50** |

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo
No se incluye al Magisterio

Es de resaltar que la Ley 352 de 1997 reestructuró el sistema de salud para las Fuerzas Militares y de Policía Nacional. Dicho sistema está conformado por el Ministerio de Defensa Nacional, el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, el Subsistema de Salud de la Policía Nacional y los afiliados y beneficiarios del Sistema.

Su objetivo es prestar el servicio integral de salud en las áreas de promoción, prevención, protección, recuperación y rehabilitación al personal afiliado y sus beneficiarios, así como el servicio de sanidad inherentes a las operaciones militares y policiales, entendido como un servicio público esencial de la logística militar y policial, innato a su organización y funcionamiento.

El Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares lo constituyen el Comando General de las Fuerzas Militares, la Dirección General de Sanidad Militar, el Ejército Nacional, la Armada Nacional, la Fuerza Aérea y el Hospital Militar Central; y el Subsistema de Salud de la Policía Nacional lo constituyen la Policía Nacional y la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional.

El plan de servicios de sanidad militar y de policía, permite la protección integral de los afiliados y beneficiarios a la enfermedad general y maternidad, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan. Mediante el Plan de Servicios de Sanidad,

los afiliados y beneficiarios tienen derecho a que el sistema les suministre dentro del país asistencia médica, quirúrgica, odontológica, hospitalaria, farmacéutica y demás servicios asistenciales en hospitales, clínicas y otras unidades prestadoras de servicios o por medio de contratos con personas naturales o jurídicas.

### 3.3.5. Tutelas en salud contra Inpec/penitenciarías

Las tutelas contra el Inpec/penitenciarias para reclamar servicios de salud crecieron en 2016 en 10,95 por ciento, el mayor número de acciones de este grupo fueron contra las penitenciarías ubicadas en el departamento de Valle del Cauca con una participación de 12,51 por ciento, le siguieron en frecuencia penitenciarías ubicadas en Bogotá, Tolima, Caldas y Boyacá. (Tabla 22).

El Decreto 1069 de 2015, Único Reglamentario del Sector Justicia y del Derecho, previó la prestación de los servicios de salud a las personas privadas de la libertad bajo la custodia y vigilancia del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC) y estableció que dicha población (incluidos los menores de tres (3) años que convivan con sus madres en los establecimientos de reclusión), recibirían los servicios asistenciales a través del esquema de prestación de servicios de salud y de acuerdo al Modelo de Atención en Salud que se adoptaría para su cumplimiento, establecido mediante Resolución 5159 de 2015, emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS).

Por su parte, el Decreto 1142 de 2016, modificó el Decreto 1069 de 2015 con relación a la conservación de la afiliación para la población privada de la libertad que se encontrara afiliada al Régimen Contributivo o a regímenes exceptuados o especiales, mientras cumplieran con los requisitos establecidos para pertenecer a dichos regímenes, pudiendo conservar su vinculación a los Planes Voluntarios de Salud, para lo cual se dispuso que las EPS, las entidades que administran los regímenes excepcionales y especiales y la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (USPEC), debían adoptar mecanismos financieros y operativos, necesarios para dar cumplimiento a lo ordenado con relación a la atención intramural de los servicios de salud de la Población Privada de la Libertad a cargo del INPEC.

Por tal motivo, el ministerio emitió la Resolución 5159 de 2015 e integró en un solo texto el Modelo de Atención en Salud para la Población Privada de la Libertad bajo custodia y vigilancia del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario, INPEC, que estableció entre otras cosas que: (i) las EPS deben cumplir con el modelo para la atención intramural a la población privada de la libertad que se encuentre afiliada a esas entidades y, (ii) determina que los detenidos que

se encuentren en prisión domiciliaria, afiliados a una EPS o a entidades que administran los regímenes de excepción y especiales, deberían ser atendidos dentro de la red contratada por dichas entidades.

La Defensoría del Pueblo a través de la Delegada para la Política Criminal y Penitenciaria de la Defensoría del Pueblo, realizó seguimiento a la prestación de los servicios de salud a la población privada de la libertad[119], a través de visitas de inspección adelantadas en distintos establecimientos carcelarios, donde constató las precarias condiciones en que se brinda el servicio de salud. Sin embargo y a pesar de que es un sistema relativamente nuevo, dicha delegada encontró que, en gran parte de los centros de reclusión faltan medicamentos para pacientes con enfermedades mentales y crónicas, no cuentan con servicio de atención médica, existe represa de procedimientos para atención especializada y no tienen insumos odontológicos y médicos básicos como gasas y jeringas, entre otros.

Igualmente, identificó como causas de la crisis en salud en esta población, (i) los graves traumatismos en el proceso de implementación del modelo, debido a que el fondo tuvo que asumir de manera inmediata la atención de la población[120], a pesar de que el decreto que desarrolló el modelo[121] previó un plazo de 8 meses; (ii) el fondo, al momento de asumir el compromiso de la atención en salud, carecía del personal suficiente para la atención de las solicitudes de servicios provenientes de los 136 centros de reclusión a su cargo, a modo de ejemplo, a mayo de 2016 se habían solicitado 29.805 autorizaciones de procedimientos, de las cuales faltaban por autorizar el 48%; y, (iii) la carencia de profesionales administrativos en las regiones, que sirven de contacto directo con el personal médico asistencial que se encuentra al interior de los centros de reclusión, lo que generó inconvenientes en el pago de los honorarios y motivó la renuncia generalizada de los galenos y demás personal de salud, así como la indolencia y poco ánimo proactivo para atender la problemática.

119 Defensoría del Pueblo. Seguimiento a la prestación de los servicios de salud a la población privada de la libertad. 2016.

120 Ante la imposibilidad de Caprecom en liquidación de continuar con la prestación de los servicios de salud.

121 Ley 1709 de 2014 y Decreto 2245 de 2015.

**Tabla 22. Tutelas en salud contra el Inpec/penitenciarías según departamento. Período 2015-2016**

| | PERÍODO | | | | Variación % |
|---|---|---|---|---|---|
| | 2015 | | 2016 | | |
| | N° Tutelas | Part. % | N° Tutelas | Part. % | |
| Valle | 276 | 12,90 | 297 | 12,51 | 7,61 |
| Bogotá D. C | 134 | 6,26 | 224 | 9,44 | 67,16 |
| Tolima | 238 | 11,12 | 214 | 9,01 | -10,08 |
| Caldas | 164 | 7,66 | 205 | 8,64 | 25,00 |
| Boyacá | 69 | 3,22 | 192 | 8,09 | 178,26 |
| Cauca | 180 | 8,41 | 188 | 7,92 | 4,44 |
| Antioquia | 141 | 6,59 | 176 | 7,41 | 24,82 |
| Meta | 198 | 9,25 | 159 | 6,70 | -19,70 |
| Santander | 106 | 4,95 | 145 | 6,11 | 36,79 |
| Norte de Santander | 294 | 13,74 | 110 | 4,63 | -62,59 |
| Cesar | 82 | 3,83 | 79 | 3,33 | -3,66 |
| Casanare | 19 | 0,89 | 60 | 2,53 | 215,79 |
| Caquetá | 34 | 1,59 | 59 | 2,49 | 73,53 |
| Cundinamarca | 52 | 2,43 | 56 | 2,36 | 7,69 |
| Huila | 34 | 1,59 | 52 | 2,19 | 52,94 |
| Nariño | 16 | 0,75 | 28 | 1,18 | 75,00 |
| Risaralda | 18 | 0,84 | 25 | 1,05 | 38,89 |
| Quindío | 28 | 1,31 | 24 | 1,01 | -14,29 |
| Atlántico | 19 | 0,89 | 13 | 0,55 | -31,58 |
| Otros | 38 | 1,78 | 68 | 2,86 | 78,95 |
| **Total** | **2.140** | **100,00** | **2.374** | **100,00** | **10,93** |

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

### 3.3.6. Tutelas en salud contra Administradoras de Riesgos Laborales y compañías de seguros.

El número de tutelas que invocaron el derecho a la salud contra las entidades que conforman este grupo disminuyeron en 4,38 por ciento. ARL Positiva fue la entidad con el mayor número de acciones con una participación del 51,06 por ciento, aunque su frecuencia disminuyó en 2,8 por ciento. (Tabla 23). A Excepción de Seguros Colpatria y Mapfre seguros, las demás entidades disminuyeron su frecuencia.

Es de anotar la dificultad que se presenta en la afiliación a las ARL de trabajadores independientes - cuenta propia, es decir que no tienen un contrato de trabajo, a pesar que el Decreto 1563 de 2016, estableció un término máximo de seis (6) meses para su implementación, con el fin de que el Ministerio de Salud y Protección Social realizara los ajustes pertinentes, entre ellos su incorporación en la planilla integrada de liquidación de aporte PILA y que venció el 30 de marzo de 2017.

El ministerio mediante comunicación dirigida a un usuario, previa intervención de esta entidad[122] informó que realizó comunicación previa con las ARL con el fin de que le suministraran a los trabajadores independientes que quisieran realizar afiliación voluntaria, el formulario de afiliación utilizado en la actualidad, es decir el Anexo 1 de la Resolución 3796 de 2014. Asimismo, impartió indicaciones para el diligenciamiento correcto del formulario: en el ítem "Tipo de cotizante" deberían marcar con X la casilla "Otro"; y en la casilla "cuál", escribir que corresponde a "Independiente voluntario a riesgos laborales".

Igualmente, respecto a los ítems "código actividad económica de acuerdo al Decreto 1607 de 2002" y "Actividad económica principal" se deberá tener en cuenta el anexo 2 del decreto 1563 que detalla la clasificación de ocupaciones y oficios más representativos; y para efectos del pago de cotización en el PILA, se deberían regir según lo establecido en la Resolución 5858 de 2016, que define el tipo de cotizante 57 como "independiente voluntario a riesgos laborales".

Para la afiliación, el IBC no puede ser inferior a un mes, ni superior a 25 SMLMV, y deberá aportar por períodos mensuales completos, pagando mes vencido a los sistemas de salud, pensiones y riesgos laborales, de acuerdo al artículo 135 de la Ley 1753 de 2015.

Sin embargo, pese a lo enunciado por el ministerio, los trabajadores voluntarios –a cuenta propia que desean afiliarse al SGSS siguen encontrando barreras para hacerlo[123] y las ARL solo atienden los casos particulares en los cuales hay intervención de las entidades públicas, como fue el caso de la Defensoría del Pueblo.

**Tabla 23. Tutelas en salud contra ARL y compañías de seguros. Período 2015-2016**

| | 2015 | | 2016 | | Variación % |
|---|---|---|---|---|---|
| | N° Tutelas | Part. % | N° Tutelas | Part. % | |
| ARL Positiva | 963 | 50,23 | 936 | 51,06 | -2,80 |
| Sura/Suratep | 277 | 14,45 | 231 | 12,60 | -16,61 |
| Seguros de Vida Colpatria | 138 | 7,20 | 140 | 7,64 | 1,45 |
| Compañía de Seguros Colmena | 113 | 5,89 | 111 | 6,06 | -1,77 |
| Compañia de Seguros Bolívar | 61 | 3,18 | 54 | 2,95 | -11,48 |
| La Equidad Seguros de Vida | 57 | 2,97 | 53 | 2,89 | -7,02 |
| Liberty Seguros | 55 | 2,87 | 51 | 2,78 | -7,27 |
| Maphre Seguros | 42 | 2,19 | 47 | 2,56 | 11,90 |
| QBE Seguros | 54 | 2,82 | 46 | 2,51 | -14,81 |
| Seguros del Estado S.A | 53 | 2,76 | 45 | 2,45 | -15,09 |
| Otras compañías de seguros | 104 | 5,43 | 119 | 6,49 | 14,42 |
| **Total** | **1.917** | **100,00** | **1.833** | **100,00** | **-4,38** |

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

122 Concepto del Ministerio de Salud y Protección Social. Radicado 201731300501711 del 17 de marzo de 2017.
123 Ejemplo claro de ello se encuentra en las páginas web de las administradoras, donde siguen exigiendo contrato de prestación de servicios para afiliación de trabajadores independientes; y en el diligenciamiento vía web de los formularios de afiliación, en donde si no se cuenta con el número del contrato, no es posible afiliarse.

### 3.3.7. Tutelas en salud contra administradoras de fondos de pensiones

Las tutelas en salud contra las entidades de este grupo disminuyeron en 38,99 por ciento como producto del menor número de acciones en contra de ISS/Colpensiones, debido al reconocimiento oportuno de las pensiones lo que conlleva la afiliación a salud para acceder a los servicios.

No obstante se observa un crecimiento del 96,15 por ciento de las tutelas contra Fiduprevisora/Fondo de previsión del Magisterio, cuya participación en este grupo pasó de 12,21 por ciento a 39,27 por ciento (Tabla 24).

**Tabla 24. Tutelas en salud contra administradoras de fondos de pensiones. Período 2015-2016**

| | 2015 | | 2016 | | Variación % |
|---|---|---|---|---|---|
| | N° Tutelas | Part. % | N° Tutelas | Part. % | |
| Fiduprevisora/Fondo de previsión del Magisterio | 182 | 12,21 | 357 | 39,27 | 96,15 |
| ISS/Colpensiones | 821 | 55,10 | 297 | 32,67 | -63,82 |
| Fondo de Pensiones y Cesantías Porvenir-Horizonte | 142 | 9,53 | 51 | 5,61 | -64,08 |
| Fondo de Pensiones y Cesantías Protección-ING | 92 | 6,17 | 38 | 4,18 | -58,70 |
| UGPP | 38 | 2,55 | 33 | 3,63 | -13,16 |
| Colfondos-Citi | 36 | 2,42 | 14 | 1,54 | -61,11 |
| Fondo de Pensiones Públicas FOPEP, FONCEP/Fondos territoriales | 18 | 1,21 | 9 | 0,99 | -50,00 |
| Otras administradoras de fondos de pensiones | 161 | 10,81 | 110 | 12,10 | -31,68 |
| **Total** | **1.490** | **100,00** | **909** | **100,00** | **-38,99** |

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

### 3.3.8. Otras entidades demandadas

En esta clasificación se encuentran entidades contra las cuales se interpusieron tutelas que invocaron el derecho a la salud y que no se mencionan en otros grupos. Sobresalen los ministerios (1.033), Fosyga (327), la Unidad para la atención y reparación a las víctimas (246), y las empresas de medicina prepagada (308).

## 3.4. Análisis de los hechos en las tutelas de salud 2016

El análisis de esta sección se hizo sobre una muestra representativa de 2.969 tutelas que invocaron el derecho a la salud durante 2016, seleccionada a través de

un muestreo aleatorio estratificado por departamento con una confiabilidad del 95 por ciento y un margen de error de 1,6 por ciento. Los resultados se presentan utilizando un factor de expansión en función de la misma variable de estratificación. La muestra estuvo conformada por 47,4 por ciento tutelas del régimen contributivo, 43 por ciento del régimen subsidiado y 9,7 por ciento de otros, en los que se incluyeron servicios de salud de las Fuerzas Militares y de Policía; Magisterio, medicina prepagada, administradoras de fondos de pensiones, administradora de riesgos laborales, Inpec, etc.

La información fue recolectada durante 2016 y 2017, en la medida en que iban llegando los expedientes a la Corte Constitucional. Los datos fueron registrados en el formato del anexo 1, discriminando los tipos de solicitudes realizadas en cada expediente, de acuerdo al relato del accionante en la tutela seleccionada. La cuantificación se hizo con todas las solicitudes en cada una de las tutelas, ya que en una misma acción se puede presentar más de una solicitud con requerimientos diferentes.

Durante 2016 se realizaron 357.097 solicitudes en las 163.977 tutelas instauradas, observándose un incremento de 19,07 por ciento con relación a 2015. El promedio de solicitudes por tutela fue de 2,18, superior al observado en el año anterior (1,98). Según el tipo de solicitud, la media aritmética más alta corresponde a exámenes paraclínicos (2,51 solicitudes por tutela), seguido de medicamentos (1,65), prótesis e insumos (1,6), imágenes diagnósticas (1,39), citas médicas especializadas (1,32), cirugías (1,25) tratamientos (1,18) y procedimientos (1,14).

### 3.4.1. Contenidos más frecuentes en las tutelas de salud

Las distintas solicitudes de los ciudadanos incluidas en las tutelas que invocaron el derecho a la salud independientemente del régimen al que pertenecen (Contributivo, Subsidiado y otros), fueron clasificadas en ocho (8) servicios médicos (tratamientos, medicamentos, citas médicas especializadas, cirugías, prótesis/órtesis/insumos médicos, imágenes diagnósticas, exámenes paraclínicos y procedimientos) y, en dos (2) grupos adicionales: uno en el que la solicitud tenía relación de alguna forma con la atención en salud sin ser un servicio específico de salud (transporte, afiliaciones, ambulancias, etc.) y otro, con aquellas peticiones que nada tenían que ver con servicios de salud, pero que los usuarios consideraban que su derecho a la salud estaba presuntamente violado (servicios públicos, ruidos, etc.). (Tabla 25).

**Tabla 25. Solicitudes más frecuentes en las tutelas de salud. Período 2015-2016**

| | 2015 | | 2016 | | Variación % |
|---|---|---|---|---|---|
| | N° Solicitudes | Part % en Solictudes | N° Solicitudes | Part. % en Solicitudes | |
| Tratamientos | 76.899 | 25,64 | 85.829 | 24,04 | 11,61 |
| Medicamentos | 51.795 | 17,27 | 75.618 | 21,18 | 45,99 |
| Citas médicas | 34.140 | 11,38 | 43.879 | 12,29 | 28,53 |
| Cirugías | 28.324 | 9,44 | 33.567 | 9,40 | 18,51 |
| Prótesis, órtesis e insumos médicos | 34.005 | 11,34 | 30.754 | 8,61 | -9,56 |
| Imágenes diagnósticas | 17.020 | 5,68 | 25.200 | 7,06 | 48,06 |
| Exámenes | 8.310 | 2,77 | 13.868 | 3,88 | 66,88 |
| Procedimientos | 2.715 | 0,91 | 3.929 | 1,10 | 44,71 |
| Otras relacionadas con el sistema | 41.667 | 13,89 | 41.486 | 11,62 | -0,43 |
| Otras | 5.030 | 1,68 | 2.967 | 0,83 | -41,01 |
| **Total solicitudes** | **299.905** | **100,00** | **357.097** | **100,00** | **19,07** |
| **Total tutelas en salud** | **151.213** | | **163.977** | | **8,44** |

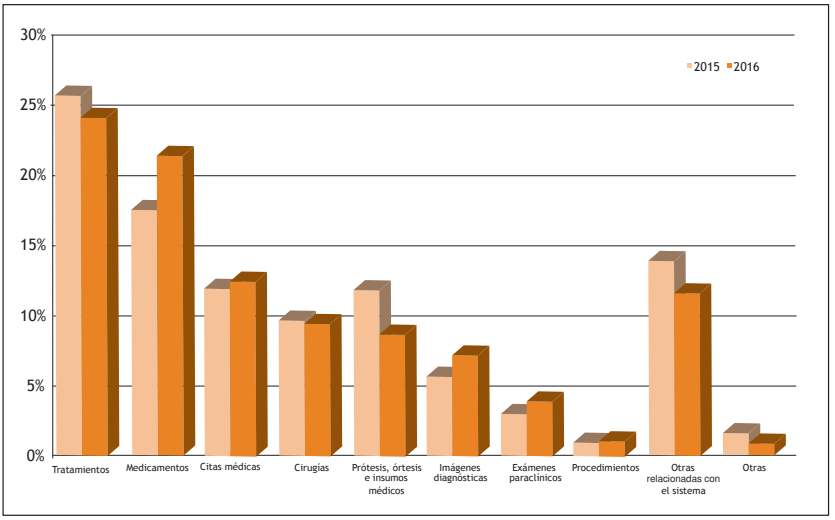
Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

En concordancia con el aumento en tutelas (8,44 por ciento), las solicitudes también se incrementaron en 19,07 por ciento, respecto del año anterior. Los tratamientos fueron las reclamaciones más frecuentes en las tutelas de este período con una participación de 24,04 por ciento, presentando un aumento de 11,61 por ciento. Le siguieron solicitudes por medicamentos con 21,18 por ciento, citas médicas especializadas (12,29 por ciento), cirugías (9,4 por ciento) y prótesis/órtesis/insumos médicos (8,61 por ciento) (Gráfica 6). Las solicitudes de prótesis/órtesis/insumos médicos presentaron una disminución de 9,56 por ciento, mientras que los demás servicios médicos reflejaron incrementos considerables respecto a 2015 (Tabla 25), debido a la negación de las EPS a los usuarios que acceden al sistema de salud, quienes deben acudir a la tutela para lograr su prestación, situación que retrasa el tratamiento y favorece la progresión de la enfermedad, aumentando la morbimortalidad en la población por la falta de continuidad en los tratamientos requeridos para la recuperación de la salud.

Asimismo hay que mencionar la participación elevada (11,62 por ciento) de otras solicitudes relacionadas con salud entre las que sobresalen los servicios de transporte y viáticos, los cuales, en la mayoría de los casos solamente se está accediendo a través de tutela. (Tabla 25).

Al verificar las solicitudes en las tutelas por régimen, el 46,85 por ciento corresponden al contributivo, 45,31 por ciento al subsidiado y el 7,84 a otros (Magisterio, Fuerzas Militares y de Policía, ARL, medicina prepagada, etc.).

**Gráfica 6. Solicitudes más frecuentes en las tutelas de salud. Período 2015-2016**




Al comparar los dos regímenes, en el contributivo se observó una mayor frecuencia de solicitudes por tratamientos, citas médicas especializadas, cirugías, imágenes diagnósticas, y procedimientos, mientras que los demás servicios son mayoritarios en el régimen subsidiado. (Tabla 26).

**Tabla 26. Solicitudes más frecuentes en las tutelas de salud por régimen. Año 2016**

| | RÉGIMEN | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | CONTRIBUTIVO | | | SUBSIDIADO | | | OTROS | | | Total | |
| | Solicitudes | Part V% | Part H% | Solicitudes | Part V% | Part H% | Solicitudes | Part V% | Part H% | Solicitudes | Part % |
| Tratamientos | 43.189 | 25,8 | 50,32 | 37.414 | 23,1 | 43,59 | 5.226 | 18,67 | 6,09 | 85.829 | 24,04 |
| Medicamentos | 32.593 | 19,5 | 43,10 | 38.695 | 23,9 | 51,17 | 4.330 | 15,47 | 5,73 | 75.618 | 21,18 |
| Citas médicas especializadas | 20.625 | 12,3 | 47,00 | 19.709 | 12,2 | 44,92 | 3.545 | 12,66 | 8,08 | 43.879 | 12,29 |
| Cirugías | 18.567 | 11,1 | 55,31 | 12.085 | 7,5 | 36,00 | 2.915 | 10,41 | 8,68 | 33.567 | 9,40 |
| Prótesis, órtesis e insumos médicos | 12.624 | 7,5 | 41,05 | 16.478 | 10,2 | 53,58 | 1.652 | 5,90 | 5,37 | 30.754 | 8,61 |
| Imágenes diagnósticas | 11.789 | 7,0 | 46,78 | 10.970 | 6,8 | 43,53 | 2.441 | 8,72 | 9,69 | 25.200 | 7,06 |
| Exámenes | 4.637 | 2,8 | 33,44 | 7.822 | 4,8 | 56,40 | 1.409 | 5,03 | 10,16 | 13.868 | 3,88 |
| Procedimientos | 2.443 | 1,5 | 62,18 | 1.328 | 0,8 | 33,80 | 158 | 0,56 | 4,02 | 3.929 | 1,10 |
| Otras relacionadas con el sistema | 20.127 | 12,0 | 48,52 | 17.247 | 10,7 | 41,57 | 4.112 | 14,69 | 9,91 | 41.486 | 11,62 |
| Otras | 694 | 0,4 | 23,39 | 64 | 0,0 | 2,16 | 2.209 | 7,89 | 74,45 | 2.967 | 0,83 |
| **Total** | **167.288** | **100,0** | **46,85** | **161.812** | **100,0** | **45,31** | **27.997** | **100,00** | **7,84** | **357.097** | **100,00** |

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

### *3.4.1.1. Especialidades más frecuentes en las tutelas de salud*

Teniendo en cuenta los ocho (8) servicios de salud en los cuales se clasificaron las solicitudes (tratamientos, medicamentos, cirugías, imágenes diagnósticas, exámenes paraclínicos, prótesis/órtesis/insumos médicos, procedimientos y citas médicas especializadas) y de acuerdo al diagnóstico reportado en cada una de las tutelas, se determinaron las especialidades relacionadas con cada uno de ellos. Así las cosas, las cinco (5) especialidades más frecuentes fueron: neurología, oncología, ortopedia, urología y oftalmología, las tres (3) primeras se conservan con relación a 2015, y aparecen dos especialidades nuevas (urología y oftalmología) en 2016.

La demanda de estas especialidades por los usuarios del sistema de salud se relaciona directamente con los diagnósticos resultantes de las causas de mortalidad de la población. La época actual se caracteriza por tener una práctica médica en la que convergen tendencias, profundamente entrelazadas y que tienen su propia dinámica, se encuentran los ingentes problemas de salud de una población que crece y envejece rápidamente, seguido del surgimiento de una vasta tecnología, casi siempre muy costosa, que difícilmente puede ponerse al alcance de toda la población y de las diversas posturas éticas frente al servicio de salud.

Las especialidades de mayor crecimiento fueron cirugía general, nefrología y psiquiatría, mientras que disminuyeron las especialidades de odontología y maxilofacial. (Tabla 27). Lo anterior, debido a que la mayoría de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), no cumplen con la obligación de garantizar la red de prestadores de servicios de salud en los diferentes niveles de complejidad, encontrándose en el segundo nivel de atención las especialidades crecientes en este estudio. Coincide la especialidad de psiquiatría, con el estudio "Datos para la vida" realizado por el Instituto Nacional de Medicina Legal, en su libro Forensis 2016, donde se registra el aumento de las muertes por suicidio.

Al clasificar las especialidades por régimen, en el contributivo hubo una mayor participación en neurología, oncología, ortopedia, neurocirugía y endocrinología, mientras que en el régimen subsidiado se destacaron urología, oftalmología, psiquiatría, cardiología y neumología (Tabla 28). Según informe del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), sobre Estadísticas Vitales en Colombia 2016, estas especialidades referencian a pacientes con enfermedades que representan casi el 30 por ciento de los casos de fallecimiento en el país, siendo las enfermedades isquémicas del corazón (infartos), la principal causa de defunción. De las 202.199 muertes en el período mencionado, el 16,3 por ciento fueron por esta causa, la cual está relacionada con el exceso de peso, vida sedentaria, mala alimentación, poco ejercicio y estrés, entre otros factores, todos controlables con los programas de promoción y prevención de la salud.

**Tabla 27. Especialidades más frecuentes en las tutelas. Período 2015-2016**

| | 2015 | | 2016 | | Variación % |
|---|---|---|---|---|---|
| | Tutelas | Part. % | Tutelas | Part. % | |
| Neurología | 19.063 | 12,61 | 19.350 | 11,80 | 1,51 |
| Oncología | 14.393 | 9,52 | 16.939 | 10,33 | 17,69 |
| Ortopedia | 10.139 | 6,71 | 16.088 | 9,81 | 58,67 |
| Urología | 7.011 | 4,64 | 9.823 | 5,99 | 40,11 |
| Oftalmología/retinología | 7.332 | 4,85 | 8.463 | 5,16 | 15,43 |
| Neurocirugía | 9.540 | 6,31 | 8.018 | 4,89 | -15,95 |
| Psiquiatría | 3.738 | 2,47 | 7.498 | 4,57 | 100,59 |
| Endocrinología | 7.946 | 5,25 | 6.683 | 4,08 | -15,89 |
| Cardiología | 4.545 | 3,01 | 6.090 | 3,71 | 33,99 |
| Gastroenterología | 4.307 | 2,85 | 5.637 | 3,44 | 30,88 |
| Cirugía general | 951 | 0,63 | 5.596 | 3,41 | 488,43 |
| Gineco-obstetricia | 3.775 | 2,50 | 4.627 | 2,82 | 22,57 |
| Neumología | 4.064 | 2,69 | 4.578 | 2,79 | 12,65 |
| Nefrología | 2.132 | 1,41 | 4.352 | 2,65 | 104,13 |
| Reumatología | 2.673 | 1,77 | 4.032 | 2,46 | 50,84 |
| Otorrinolaringología | 4.053 | 2,68 | 3.341 | 2,04 | -17,57 |
| Infectología | 1.630 | 1,08 | 2.636 | 1,61 | 61,72 |
| Vascular | 1.446 | 0,96 | 2.600 | 1,59 | 79,81 |
| Medicina interna | 1.440 | 0,95 | 2.552 | 1,56 | 77,22 |
| Dermatología | 1.278 | 0,85 | 1.789 | 1,09 | 39,98 |
| Hepatología | 796 | 0,53 | 1.383 | 0,84 | 73,74 |
| Odontología | 1.886 | 1,25 | 1.175 | 0,72 | -37,70 |
| Nutricionista | 936 | 0,62 | 1.133 | 0,69 | 21,05 |
| Cirugía plástica | 915 | 0,61 | 973 | 0,59 | 6,34 |
| Maxilofacial | 1.084 | 0,72 | 930 | 0,57 | -14,21 |
| Hematología | 697 | 0,46 | 923 | 0,56 | 32,42 |
| Fisiatría | 625 | 0,41 | 814 | 0,50 | 30,24 |
| Proctología | 602 | 0,40 | 732 | 0,45 | 21,59 |
| No Aplica/Otras | 32.216 | 21,31 | 15.222 | 9,28 | -52,75 |
| **Total** | **151.213** | **100,00** | **163.977** | **100,00** | **8,44** |

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

**Tabla 28. Especialidades más frecuentes en las tutelas según régimen. Año 2016**

| | RÉGIMEN | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | CONTRIBUTIVO | | | SUBSIDIADO | | | OTROS | | | Total | |
| | Tutelas | Part V% | Part H% | Tutelas | Part V% | Part H% | Tutelas | Part V% | Part H% | Tutelas | Part % |
| Neurología | 9.430 | 12,1 | 48,73 | 8.695 | 12,5 | 44,94 | 1.225 | 7,67 | 6,33 | 19.350 | 11,80 |
| Oncología | 9.885 | 12,6 | 58,36 | 5.972 | 8,6 | 35,26 | 1.082 | 6,77 | 6,39 | 16.939 | 10,33 |
| Ortopedia | 8.046 | 10,3 | 50,01 | 4.929 | 7,1 | 30,64 | 3.113 | 19,49 | 19,35 | 16.088 | 9,81 |
| Urología | 4.412 | 5,6 | 44,91 | 4.864 | 7,0 | 49,52 | 547 | 3,42 | 5,57 | 9.823 | 5,99 |
| Oftalmología | 3.476 | 4,4 | 41,07 | 4.344 | 6,2 | 51,33 | 643 | 4,03 | 7,60 | 8.463 | 5,16 |
| Neurocirugía | 3.768 | 4,8 | 46,99 | 3.363 | 4,8 | 41,94 | 887 | 5,55 | 11,06 | 8.018 | 4,89 |
| Psiquiatría | 2.489 | 3,2 | 33,20 | 4.470 | 6,4 | 59,62 | 539 | 3,37 | 7,19 | 7.498 | 4,57 |
| Endocrinología | 3.534 | 4,5 | 52,88 | 2.597 | 3,7 | 38,86 | 552 | 3,46 | 8,26 | 6.683 | 4,08 |
| Cardiología | 2.728 | 3,5 | 44,79 | 3.124 | 4,5 | 51,30 | 238 | 1,49 | 3,91 | 6.090 | 3,71 |
| Gastroenterología | 3.074 | 3,9 | 54,53 | 1.992 | 2,9 | 35,34 | 571 | 3,57 | 10,13 | 5.637 | 3,44 |
| Cirugía general | 2.729 | 3,5 | 48,77 | 2.412 | 3,5 | 43,10 | 455 | 2,85 | 8,13 | 5.596 | 3,41 |
| Gineco-obstetricia | 2.837 | 3,6 | 61,31 | 1.674 | 2,4 | 36,18 | 116 | 0,73 | 2,51 | 4.627 | 2,82 |
| Neumología | 1.497 | 1,9 | 32,70 | 2.959 | 4,2 | 64,64 | 122 | 0,76 | 2,66 | 4.578 | 2,79 |
| Nefrología | 1.881 | 2,4 | 43,22 | 2.213 | 3,2 | 50,85 | 258 | 1,62 | 5,93 | 4.352 | 2,65 |
| Reumatología | 2.231 | 2,9 | 55,33 | 1.505 | 2,2 | 37,33 | 296 | 1,85 | 7,34 | 4.032 | 2,46 |
| Otorrinolaringología | 1.513 | 1,9 | 45,29 | 1.649 | 2,4 | 49,36 | 179 | 1,12 | 5,36 | 3.341 | 2,04 |
| Infectología | 883 | 1,1 | 33,50 | 1.454 | 2,1 | 55,16 | 299 | 1,87 | 11,34 | 2.636 | 1,61 |
| Vascular | 1.471 | 1,9 | 56,58 | 1.016 | 1,5 | 39,08 | 113 | 0,71 | 4,35 | 2.600 | 1,59 |
| Medicina interna | 1.386 | 1,8 | 54,31 | 878 | 1,3 | 34,40 | 288 | 1,80 | 11,29 | 2.552 | 1,56 |
| Dermatología | 864 | 1,1 | 48,30 | 863 | 1,2 | 48,24 | 62 | 0,39 | 3,47 | 1.789 | 1,09 |
| Hepatología | 590 | 0,8 | 42,66 | 630 | 0,9 | 45,55 | 163 | 1,02 | 11,79 | 1.383 | 0,84 |
| Odontología | 608 | 0,8 | 51,74 | 409 | 0,6 | 34,81 | 158 | 0,99 | 13,45 | 1.175 | 0,72 |
| Nutricionista | 428 | 0,5 | 37,78 | 705 | 1,0 | 62,22 | 0 | 0,00 | 0,00 | 1.133 | 0,69 |
| Cirugía plástica | 611 | 0,8 | 62,80 | 186 | 0,3 | 19,12 | 176 | 1,10 | 18,09 | 973 | 0,59 |
| Maxilofacial | 447 | 0,6 | 48,06 | 423 | 0,6 | 45,48 | 60 | 0,38 | 6,45 | 930 | 0,57 |
| Hematología | 410 | 0,5 | 44,42 | 406 | 0,6 | 43,99 | 107 | 0,67 | 11,59 | 923 | 0,56 |
| Fisiatría | 408 | 0,5 | 50,12 | 285 | 0,4 | 35,01 | 121 | 0,76 | 14,86 | 814 | 0,50 |
| Proctología | 360 | 0,5 | 49,18 | 372 | 0,5 | 50,82 | 0 | 0,00 | 0,00 | 732 | 0,45 |
| No Aplica/Otras | 6.227 | 8,0 | 40,91 | 5.390 | 7,7 | 35,41 | 3.605 | 22,57 | 23,68 | 15.222 | 9,28 |
| **Total** | **78.223** | **100,0** | **47,70** | **69.779** | **100,0** | **42,55** | **15.975** | **100,00** | **9,74** | **163.977** | **100,00** |

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

### *3.4.1.2. Diagnósticos en las tutelas*

Teniendo en cuenta la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades (CIE 10), los diagnósticos se agruparon según los capítulos y bloques de dicha clasificación (anexo 3). Adicionalmente se creó un grupo independiente denominado enfermedades huérfanas o raras para determinar su comportamiento. Los cinco (5) diagnósticos más frecuentes que se relacionaron en las tutelas que invocaron el derecho a la salud fueron los tumores o neoplasias (11,89 por ciento), seguido de las enfermedades del aparato genitourinario (9,29 por ciento), trastornos mentales y de comportamiento (8,10 por ciento), enfermedades del sistema osteomuscular (8,07 por ciento) y enfermedades del sistema circulatorio (8 por ciento). Los mayores incrementos, se dieron en enfermedades huérfanas

o raras, traumatismos, enfermedades infecciosas, enfermedades del sistema genitourinario y enfermedades de la piel (Tabla 29).

En el caso de tumores o neoplasias, las dificultades se presentan para iniciar y continuar los tratamientos, por falta de un diagnóstico oportuno lo que ha llevado a una tendencia creciente de la tasa de mortalidad, al pasar del 71,62 por ciento en el año 2015 al 80,17 por ciento de muerte por cada cien mil personas, según información reportada por el Ministerio de Salud y Protección Social[124].

**Tabla 29. Diagnósticos en las tutelas. Período 2015-2016**

| | 2015 | | 2016 | | Variación |
|---|---|---|---|---|---|
| | Tutelas | Part. % | Tutelas | Part. % | % |
| Tumores (Neoplasias) | 14.135 | 9,35 | 19.503 | 11,89 | 37,98 |
| Enfermedades del aparato genitourinario | 10.389 | 6,87 | 15.240 | 9,29 | 46,69 |
| Trastornos mentales y del comportamiento | 10.678 | 7,06 | 13.277 | 8,10 | 24,34 |
| Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo | 9.724 | 6,43 | 13.227 | 8,07 | 36,02 |
| Enfermedades del sistema circulatorio | 10.435 | 6,90 | 13.121 | 8,00 | 25,74 |
| Enfermedades del sistema nervioso | 9.586 | 6,34 | 12.789 | 7,80 | 33,41 |
| Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa | 5.936 | 3,93 | 9.524 | 5,81 | 60,44 |
| Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas | 8.093 | 5,35 | 9.413 | 5,74 | 16,31 |
| Enfermedades del sistema digestivo | 7.049 | 4,66 | 8.984 | 5,48 | 27,45 |
| Enfermedades del ojo y sus anexos | 6.518 | 4,31 | 7.441 | 4,54 | 14,16 |
| Enfermedades del sistema respiratorio | 4.885 | 3,23 | 5.462 | 3,33 | 11,81 |
| Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte | 4.391 | 2,90 | 4.378 | 2,67 | -0,30 |
| Enfermedades infecciosas y parasitarias | 2.242 | 1,48 | 3.491 | 2,13 | 55,71 |
| Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas | 3.765 | 2,49 | 3.238 | 1,97 | -14,00 |
| Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud | 4.718 | 3,12 | 2.971 | 1,81 | -37,03 |
| Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo | 2.046 | 1,35 | 2.862 | 1,75 | 39,88 |
| Enfermedades raras | 1.504 | 0,99 | 2.454 | 1,50 | 63,16 |
| Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides | 1.954 | 1,29 | 1.895 | 1,16 | -3,02 |
| Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal | 697 | 0,46 | 763 | 0,47 | 9,47 |
| Enfermedades de la sangre y de órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad | 649 | 0,43 | 645 | 0,39 | -0,62 |
| Causas extremas de morbilidad y de mortalidad | 416 | 0,28 | 184 | 0,11 | -55,77 |
| Embarazo, parto y puerperio | 143 | 0,09 | 166 | 0,10 | 16,08 |
| No aplica/No refiere | 31.260 | 20,67 | 12.949 | 7,90 | -58,58 |
| **Total** | **151.213** | **100,00** | **163.977** | **100,00** | **8,44** |

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

124 Ministerio de salud. Análisis de la situación de salud (ASIS) Colombia, 2016.

#### 3.4.1.2.1. Diagnósticos según régimen

En el régimen contributivo predominaron las tutelas con diagnóstico de tumores o neoplasias (14,6 por ciento), enfermedades del aparato genitourinario (9,1 por ciento), enfermedades del sistema osteomuscular (8,9 por ciento), enfermedades del sistema circulatorio (8,2 por ciento ) y enfermedades del sistema nervioso (7,9 por ciento).

Por su parte, en el régimen subsidiado, los diagnósticos más frecuentes fueron: Enfermedades del aparato genitourinario (10,5 por ciento), tumores o neoplasias (9,8 por ciento), trastornos mentales y del comportamiento (9,2 por ciento), enfermedades del sistema nervioso (8,4 por ciento) y enfermedades del sistema circulatorio (8,4 por ciento).

En los otros regímenes predominan los traumatismos (11,89 por ciento), enfermedades del sistema osteomuscular (11,84 por ciento), tumores o neoplasias (7,52 por ciento), trastornos mentales y del comportamiento (6,87 por ciento) y enfermedades del sistema digestivo (5,82 por ciento) (Tabla 30).

**Tabla 30. Diagnósticos en las tutelas según régimen. Año 2016**

| | RÉGIMEN | | | | | | | | | Total | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | CONTRIBUTIVO | | | SUBSIDIADO | | | OTROS | | | | |
| | Tutelas | Part V% | Part H% | Tutelas | Part V% | Part H% | Tutelas | Part V% | Part H% | Tutelas | Part % |
| Tumores (Neoplasias) | 11.452 | 14,6 | 58,72 | 6.849 | 9,8 | 35,12 | 1202 | 7,52 | 6,16 | 19.503 | 11,89 |
| Enfermedades del aparato genitourinario | 7.135 | 9,1 | 46,82 | 7.353 | 10,5 | 48,25 | 752 | 4,71 | 4,93 | 15.240 | 9,29 |
| Trastornos mentales y del comportamiento | 5.742 | 7,3 | 43,25 | 6.438 | 9,2 | 48,49 | 1097 | 6,87 | 8,26 | 13.277 | 8,10 |
| Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo | 6.945 | 8,9 | 52,51 | 4.391 | 6,3 | 33,20 | 1891 | 11,84 | 14,30 | 13.227 | 8,07 |
| Enfermedades del sistema circulatorio | 6.451 | 8,2 | 49,17 | 5.880 | 8,4 | 44,81 | 790 | 4,95 | 6,02 | 13.121 | 8,00 |
| Enfermedades del sistema nervioso | 6.199 | 7,9 | 48,47 | 5.887 | 8,4 | 46,03 | 703 | 4,40 | 5,50 | 12.789 | 7,80 |
| Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa | 4.146 | 5,3 | 43,53 | 3.479 | 5,0 | 36,53 | 1899 | 11,89 | 19,94 | 9.524 | 5,81 |
| Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas | 4.791 | 6,1 | 50,90 | 3.842 | 5,5 | 40,82 | 780 | 4,88 | 8,29 | 9.413 | 5,74 |
| Enfermedades del sistema digestivo | 4.523 | 5,8 | 50,35 | 3.531 | 5,1 | 39,30 | 930 | 5,82 | 10,35 | 8.984 | 5,48 |
| Enfermedades del ojo y sus anexos | 3.096 | 4,0 | 41,61 | 3.832 | 5,5 | 51,50 | 513 | 3,21 | 6,89 | 7.441 | 4,54 |
| Enfermedades del sistema respiratorio | 1.839 | 2,4 | 33,67 | 3.501 | 5,0 | 64,10 | 122 | 0,76 | 2,23 | 5.462 | 3,33 |
| Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte | 2.102 | 2,7 | 48,01 | 1.977 | 2,8 | 45,16 | 299 | 1,87 | 6,83 | 4.378 | 2,67 |
| Enfermedades infecciosas y parasitarias | 1.156 | 1,5 | 33,11 | 1.981 | 2,8 | 56,75 | 354 | 2,22 | 10,14 | 3.491 | 2,13 |
| Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas | 1.459 | 1,9 | 45,06 | 1.547 | 2,2 | 47,78 | 232 | 1,45 | 7,16 | 3.238 | 1,97 |
| Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud | 1.567 | 2,0 | 52,74 | 1.228 | 1,8 | 41,33 | 176 | 1,10 | 5,92 | 2.971 | 1,81 |
| Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo | 1.411 | 1,8 | 49,30 | 1.219 | 1,7 | 42,59 | 232 | 1,45 | 8,11 | 2.862 | 1,75 |
| Enfermedades raras | 1.242 | 1,6 | 50,61 | 1.037 | 1,5 | 42,26 | 175 | 1,10 | 7,13 | 2.454 | 1,50 |
| Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides | 836 | 1,1 | 44,12 | 941 | 1,3 | 49,66 | 118 | 0,74 | 6,23 | 1.895 | 1,16 |
| Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal | 421 | 0,5 | 55,18 | 285 | 0,4 | 37,35 | 57 | 0,36 | 7,47 | 763 | 0,47 |
| Enfermedades de la sangre y de órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad | 225 | 0,3 | 34,88 | 313 | 0,4 | 48,53 | 107 | 0,67 | 16,59 | 645 | 0,39 |
| Causas extremas de morbilidad y de mortalidad | 59 | 0,1 | 32,07 | 6 | 0,0 | 3,26 | 119 | 0,74 | 64,67 | 184 | 0,11 |
| Embarazo, parto y puerperio | 166 | 0,2 | 100,00 | 0 | 0,0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0,00 | 166 | 0,10 |
| No aplica/No refiere | 5.260 | 6,7 | 40,62 | 4.262 | 6,1 | 32,91 | 3427 | 21,45 | 26,47 | 12.949 | 7,90 |
| **Total** | **78.223** | **100,0** | **47,70** | **69.779** | **100,0** | **42,55** | **15.975** | **100,00** | **9,74** | **163.977** | **100,00** |

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

Dentro del diagnóstico de los tumores o neoplasias, el cáncer de mama es el más frecuente, seguido por próstata, cuello del útero, tiroides y estómago; los cuatro primeros predominantes en el régimen contributivo y el último en el subsidiado. (Tabla 31).

Estas cifras continúan guardando relación con lo expresado en el Plan Decenal para el control del Cáncer en Colombia 2012-2021, en el que se estableció que entre las principales causas de muerte por cáncer en mujeres está el cáncer en cuello uterino, de mama, de estómago y de pulmón; mientras que en los hombres, el de estómago, pulmón y próstata son los más frecuentes, todos evitables si se tiene un diagnóstico y tratamiento oportuno.

**Tabla 31. Tutelas por diagnóstico de tumores. Año 2016**

| | RÉGIMEN | | | | | | | | | Total | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | CONTRIBUTIVO | | | SUBSIDIADO | | | OTROS | | | | |
| | Tutelas | Part V% | Part H% | Tutelas | Part V% | Part H% | Tutelas | Part V% | Part H% | Tutelas | Part % |
| Tumor maligno de mama | 1.863 | 16,3 | 65,46 | 743 | 10,8 | 26,11 | 240 | 19,97 | 8,43 | 2.846 | 14,59 |
| Tumor maligno de próstata | 1.103 | 9,6 | 57,39 | 706 | 10,3 | 36,73 | 113 | 9,40 | 5,88 | 1.922 | 9,85 |
| Tumor maligno del cuello del útero | 793 | 6,9 | 53,08 | 701 | 10,2 | 46,92 | 0 | 0,00 | 0,00 | 1.494 | 7,66 |
| Tumor maligno de la glándula tiroides | 1.080 | 9,4 | 78,37 | 241 | 3,5 | 17,49 | 57 | 4,74 | 4,14 | 1.378 | 7,07 |
| Tumor maligno del estómago | 361 | 3,2 | 33,43 | 602 | 8,8 | 55,74 | 117 | 9,73 | 10,83 | 1.080 | 5,54 |
| Tumor maligno del colon | 429 | 3,7 | 64,61 | 175 | 2,6 | 26,36 | 60 | 4,99 | 9,04 | 664 | 3,40 |
| Otros tumores malignos de la piel | 229 | 2,0 | 45,89 | 270 | 3,9 | 54,11 | 0 | 0,00 | 0,00 | 499 | 2,56 |
| Tumor maligno de los bronquios y del pulmón | 349 | 3,0 | 75,70 | 62 | 0,9 | 13,45 | 50 | 4,16 | 10,85 | 461 | 2,36 |
| Tumor maligno del ano y del conducto anal | 115 | 1,0 | 25,33 | 136 | 2,0 | 29,96 | 203 | 16,89 | 44,71 | 454 | 2,33 |
| Linfoma no hodgking difuso | 228 | 2,0 | 51,24 | 217 | 3,2 | 48,76 | 0 | 0,00 | 0,00 | 445 | 2,28 |
| Otros | 4.902 | 42,8 | 59,35 | 2.996 | 43,7 | 36,27 | 362 | 30,12 | 4,38 | 8.260 | 42,35 |
| **Total** | **11.452** | **100,0** | **58,72** | **6.849** | **100,0** | **35,12** | **1.202** | **100,00** | **6,16** | **19.503** | **100,00** |

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

En cuanto a las enfermedades del sistema genitourinario que fueron los segundos diagnósticos más frecuentes en las tutelas de 2016, los más repetidos fueron: Otros trastornos del sistema urinario, insuficiencia renal, hiperplasia de la próstata, cálculos renales y uropatía obstructiva, siendo las dos primeras mayoritarias en el régimen subsidiado (Tabla 32), lo que podría relacionarse con la calidad de vida de estas personas, quienes están más expuestas a este tipo de patologías,

según informe de calidad de vida presentado por el Instituto Nacional de Salud, a la comisión séptima del Senado de la República[125].

**Tabla 32. Tutelas por diagnóstico de enfermedades del aparato genitourinario. Año 2016**

| | RÉGIMEN | | | | | | | | | Total | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | CONTRIBUTIVO | | | SUBSIDIADO | | | OTROS | | | | |
| | Tutelas | Part V% | Part H% | Tutelas | Part V% | Part H% | Tutelas | Part V% | Part H% | Tutelas | Part % |
| Otros trastornos del sistema urinario | 1.555 | 21,8 | 39,11 | 2.236 | 30,4 | 56,24 | 185 | 24,59 | 4,65 | 3.977 | 26,09 |
| Insuficiencia renal no específicada | 1.536 | 21,5 | 42,71 | 1.803 | 24,5 | 50,12 | 258 | 34,29 | 7,16 | 3.597 | 23,60 |
| Hiperplasia de la próstata | 737 | 10,3 | 56,90 | 496 | 6,8 | 38,31 | 62 | 8,26 | 4,79 | 1.296 | 8,50 |
| Cálculo del rinón, ureter y vias urinarias inferiores | 580 | 8,1 | 47,19 | 528 | 7,2 | 42,96 | 121 | 16,11 | 9,85 | 1.229 | 8,06 |
| Uropatía obstructiva y por reflujo | 454 | 6,4 | 46,81 | 516 | 7,0 | 53,19 | 0 | 0,00 | 0,00 | 969 | 6,36 |
| Otras hemorragias uterinas o vaginales anormales | 233 | 3,3 | 58,19 | 108 | 1,5 | 27,09 | 59 | 7,84 | 14,73 | 400 | 2,62 |
| Hipertrofia de la mama | 171 | 2,4 | 49,34 | 175 | 2,4 | 50,66 | 0 | 0,00 | 0,00 | 346 | 2,27 |
| Endometriosis | 233 | 3,3 | 83,01 | 48 | 0,6 | 16,99 | 0 | 0,00 | 0,00 | 281 | 1,84 |
| Masa no especificada en la mama | 144 | 2,0 | 53,66 | 124 | 1,7 | 46,34 | 0 | 0,00 | 0,00 | 268 | 1,76 |
| Otros | 1.493 | 20,9 | 51,86 | 1.319 | 17,9 | 45,81 | 67 | 8,92 | 2,33 | 2.879 | 18,89 |
| **Total** | **7.136** | **100,0** | **46,82** | **7.353** | **100,0** | **48,25** | **751** | **100,00** | **4,93** | **15.240** | **100,00** |

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

Con relación a los trastornos mentales y de comportamiento, la enfermedad de alzheimer con 13,66 por ciento fue la más frecuente, seguida de retraso mental, trastornos generalizados del desarrollo, esquizofrenia y trastornos mentales y del comportamiento por uso de drogas y otras sustancias psicoactivas (Tabla 33). El creciente aumento del número de tutelas por estos conceptos, se debe a la baja oferta de los servicios de psiquiatría en el país, algunos no cubiertos por el plan de beneficios. Estas cifras guardan relación con las presentadas por el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses en el informe "Datos para la vida" rea-



125 Sesión realizada el día 1° de agosto de 2017.

lizado en el 2016, donde se visibiliza el incremento de las patologías mentales que conllevan aumento de la tasa de suicidios. Es de anotar que el alzheimer es mucho más frecuente en el régimen contributivo, mientras que en el subsidiado, sobresale la esquizofrenia.

**Tabla 33. Tutelas por diagnóstico de trastornos mentales y de comportamiento. Año 2016**

| | RÉGIMEN | | | | | | | | | Total | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | CONTRIBUTIVO | | | SUBSIDIADO | | | OTROS | | | | |
| | Tutelas | Part V% | Part H% | Tutelas | Part V% | Part H% | Tutelas | Part V% | Part H% | Tutelas | Part % |
| Demencia en la enfermedad de alzhéimer | 1.211 | 21,1 | 66,80 | 473 | 7,3 | 26,09 | 129 | 11,76 | 7,12 | 1.813 | 13,66 |
| Retraso mental no especíificado | 552 | 9,6 | 35,07 | 1.022 | 15,9 | 64,93 | | 0,00 | 0,00 | 1.574 | 11,86 |
| Trastornos generalizados del desarrollo | 853 | 14,9 | 58,67 | 541 | 8,4 | 37,21 | 60 | 5,47 | 4,13 | 1.454 | 10,95 |
| Esquizofrenia | 181 | 3,2 | 14,16 | 1.037 | 16,1 | 81,14 | 60 | 5,47 | 4,69 | 1.278 | 9,63 |
| Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas | 464 | 8,1 | 48,59 | 369 | 5,7 | 38,64 | 122 | 11,12 | 12,77 | 955 | 7,19 |
| Trastornos hipercinéticos | 420 | 7,3 | 45,11 | 511 | 7,9 | 54,89 | 0 | 0,00 | 0,00 | 931 | 7,01 |
| Demencia no especificada | 352 | 6,1 | 44,50 | 301 | 4,7 | 38,05 | 138 | 12,58 | 17,45 | 791 | 5,96 |
| Otros trastornos de ansiedad | 351 | 6,1 | 46,00 | 298 | 4,6 | 39,06 | 114 | 10,39 | 14,94 | 763 | 5,75 |
| Trastorno afectivo bipolar | 50 | 0,9 | 7,18 | 646 | 10,0 | 92,82 | 0 | 0,00 | 0,00 | 696 | 5,24 |
| Trastornos mental no especificado | 136 | 2,4 | 31,70 | 293 | 4,6 | 68,30 | 0 | 0,00 | 0,00 | 429 | 3,23 |
| Otros | 1.172 | 20,4 | 45,20 | 947 | 14,7 | 36,52 | 474 | 43,21 | 18,28 | 2.593 | 19,53 |
| **Total** | **5.742** | **100,0** | **43,25** | **6.438** | **100,0** | **48,49** | **1.097** | **100,00** | **8,26** | **13.277** | **100,00** |

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

### *3.4.1.3. Otras solicitudes relacionadas con el sistema*

En este grupo se incluyeron las solicitudes realizadas por los usuarios que de una u otra forma le impidieron acceder a los servicios de salud o que fueron derivadas de uno de ellos. Durante 2016, las tutelas por estos conceptos presentaron cifras similares a las de 2015, aunque las solicitudes de transporte, alojamiento y viáticos, que fueron las más frecuentes, crecieron en 18,06 por ciento (Tabla 34).

Al respecto, es importante aclarar que el servicio de transporte no es relacionado como una prestación médica, pero sí es catalogado tanto por la jurisprudencia constitucional como por el ordenamiento jurídico, como un medio para acceder a los servicios de salud y el no contar con este para recibir lo requerido, impide la materialización del derecho.

Desde la Resolución 5521 de 2013 se previó la inclusión dentro del plan de beneficios del transporte acuático, aéreo y terrestre de los pacientes, para los casos de urgencia o cuando el servicio requerido no se preste en el lugar de residencia del usuario; y, para la atención domiciliaria, en cuyos casos, los costos deben ser cubiertos por la EPS a la cual se encuentra afiliado. Para las situaciones en que el paciente requiere de un acompañante para garantizar su integridad física, como en el caso de las personas de edad avanzada, de los niños y niñas, o que el tratamiento requerido causa un gran impacto en la condición de salud de la persona, la EPS también está en la obligación de sufragar dichos costos.

No obstante, los incrementos más altos en las solicitudes de este grupo se presentan en afiliaciones y cambios de EPS e IPS. Respecto a la primera situación, es importante aclarar que la negación de la afiliación por parte de algunas EPS es ilegal, por lo que la acción de tutela es procedente para conseguir que la aseguradora no vulnere este derecho. Se ha identificado que las negaciones se presentan por las condiciones especiales de las personas adultos mayores y en tratamientos de alto costo, especialmente.

Para cumplir con la materialización del derecho a la salud, la afiliación al SGSSS es obligatoria, correspondiéndole a los empleadores y al Estado garantizarla[126]. Es de anotar que la afiliación permite la aplicación del principio de universalidad[127], por tal motivo, está prohibida su negación[128], siempre que se asegure el pago de la cotización o el subsidio correspondiente.

La Ley Estatutaria en Salud reguló aspectos relativos a la afiliación, con el fin de eliminar las barreras de acceso a la atención médica de las personas. Es así como el MSPS expidió el Decreto 2353 de 2015, que unificó y actualizó las reglas de afiliación al sistema, creó el sistema de afiliación transaccional y definió los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud, lo que prohíbe a las EPS, adoptar conductas selectivas que restrinjan la afiliación de las personas toda vez que, además de obstruir el acceso a la atención en salud, retarda el ejercicio efectivo de otros derechos fundamenta-

126 En el caso de las personas sin capacidad de pago.
127 Ley 100 de 1993. Artículo 178, numeral 3.
128 Ley 100 de 1993. Artículo 183.

les, siendo motivo suficiente para admitir la acción de tutela, donde el juez debe adoptar las medidas necesarias para reivindicar la dignidad de la persona[129].

Con relación a los cambios de EPS e IPS, los ciudadanos acuden a la acción de tutela cuando, por lo general, ven interrumpidos sus tratamientos por la terminación intempestiva de contratos, porque no quieren cambiar de IPS que les presta el servicio, porque la nueva IPS no tiene contratado a su médico tratante, y por liquidación de algunas aseguradoras, entre otros.

Sin embargo, hay que resaltar que el derecho a la libre escogencia, es uno de los principios rectores del SGSSS por lo que se debe asegurar a los usuarios la libertad en la escogencia de las EPS y de las IPS dentro de su red. La ley 100 de 1993, en el artículo 156 determinó que los afiliados podrían elegir libremente a su EPS y en ella, a su IPS dentro de las opciones ofrecidas por ella. Por su parte, la Ley estatutaria en salud, en su artículo sexto, estableció que la libre elección, es entendida como la libertad que tienen las personas de elegir sus entidades en salud, dentro de la oferta disponible.

La libre escogencia como principio y característica del SGSSS, ha sido entendida por la jurisprudencia constitucional como un derecho de doble vía. Por una parte, (i) la facultad de los usuarios de elegir libremente la EPS a la cual desean afiliarse, así como la IPS en la que se le prestarán los servicios de salud y, por otra, (ii) la potestad de las EPS de seleccionar las IPS con las que contratará tales servicios[130]. No obstante, la libre escogencia como derecho del usuario no es absoluto ya que el afiliado, para el caso de las IPS, solo podrá elegir entre las prestadoras que tengan contrato o convenio con su respectiva EPS, es decir, la libertad de escogencia se encuentra limitada por la oferta de servicios disponible. Empero, hay casos excepcionales que permiten al usuario recibir los servicios de salud en cualquier IPS autorizada así no tenga convenio o contrato con la EPS a la cual se encuentre afiliado y son: (i) cuando requiera atención de urgencias; (ii) cuando exista autorización expresa de la EPS para un servicio específico; y (iii) cuando se encuentre demostrada la incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia de la EPS para suministrar un servicio a través de su red.

La tercera solicitud más frecuente dentro de este grupo es la atención médica no especificada que se presenta en todos los regímenes y en la mayoría de los casos

129 Colombia. Corte Constitucional. Sentencia T-344 de 2016. Expedientes acumulados T-5.406.691. M. P. Alberto Rojas Ríos.

130 Colombia. Corte Constitucional. Sentencia T-476 de 2016. Expedientes acumulados T-5.406.691. M. P. Luis Guillermo Guerrero Pérez.

se debe a la negativa de atención o a demoras para la misma, razón por la cual los usuarios deben recurrir a la tutela para su atención oportuna.

Igualmente, hay que resaltar la disminución de la solicitud de pago de incapacidades y de licencias de maternidad con ocasión a la amplia protección jurisprudencial y normativa que aclara y ratifica estos derechos.

Al respecto, el Ministerio de Salud expidió la circular externa 0024 del 19 de julio de 2017, donde hizo claridad en el reconocimiento económico de las licencias por maternidad en el SGSSS, luego de que esta fuera ampliada por la Ley 1822 de 2017, en 18 semanas, reconocida y pagada por el sistema de acuerdo al ingreso base de cotización reportado al inicio de la misma.

En el caso de los niños prematuros (nacidos antes de la semana 37), la norma establece que se tendrá en cuenta la diferencia entre la fecha gestacional y la del nacimiento a término, contado a partir del cual, les serán sumadas las 18 semanas; en caso de parto múltiple, la licencia se amplía dos semanas más.

También se hace referencia al reconocimiento de la licencia de maternidad por extensión, prevista para la madre adoptante, o al padre que quede a cargo del recién nacido sin apoyo de la madre, sea por enfermedad o muerte, en cuyos casos se asimila la fecha del parto a la de la entrega oficial del menor que se ha adoptado, o del que se adquiere su custodia justo después del nacimiento.

**Tabla 34. Otras solicitudes relacionadas con el sistema. Período 2015-2016**

| | PERÍODO | | | | Variación % |
|---|---|---|---|---|---|
| | 2015 | | 2016 | | |
| | Solicitudes | Part. % | Solicitudes | Part. % | |
| Transporte, alojamiento y viáticos | 20.546 | 49,31 | 24.256 | 58,47 | 18,06 |
| Afiliaciones/retiros | 3.391 | 8,14 | 5.053 | 12,18 | 49,01 |
| Atención médica | 4.216 | 10,12 | 3.848 | 9,28 | -8,73 |
| Cambio de EPS/IPS | 1.811 | 4,35 | 2.757 | 6,65 | 52,24 |
| Servicio de ambulancia | 1.348 | 3,24 | 1.574 | 3,79 | 16,77 |
| Exoneración de copagos o cuotas moderadoras | 3.095 | 7,43 | 1.346 | 3,24 | -56,51 |
| Pago de incapacidades | 3.655 | 8,77 | 1.132 | 2,73 | -69,03 |
| Reintegro por pagos médicos | 542 | 1,30 | 512 | 1,23 | -5,54 |
| Pago de licencia de maternidad | 1.538 | 3,69 | 286 | 0,69 | -81,40 |
| Atención en centro especializado | 329 | 0,79 | 255 | 0,61 | -22,49 |
| Pago de aportes a salud | 342 | 0,82 | 239 | 0,58 | -30,12 |
| Multiafiliación/corrección BDUA | 267 | 0,64 | 228 | 0,55 | -14,61 |
| Otros | 587 | 1,41 | 0 | 0,00 | -100,00 |
| **Total** | **41.667** | **100,00** | **41.486** | **100,00** | **-0,43** |

Fuente: Corte Constitucional.
Cálculos: Defensoría del Pueblo.

Al analizar por regímenes, la solicitud de transporte, alojamiento y viáticos, se da por igual en el régimen contributivo como en el subsidiado, mientras que las solicitudes por pago de incapacidades, pago de licencia de maternidad y atención en centros especializados solo se presentan en el régimen contributivo. (Tabla 35).

**Tabla 35. Otras solicitudes relacionadas con el sistema según régimen. Año 2016**

| | RÉGIMEN | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | CONTRIBUTIVO | | | SUBSIDIADO | | | OTROS | | | Total | |
| | Solicitudes | Part V% | Part H% | Solicitudes | Part V% | Part H% | Solicitudes | Part V% | Part H% | Solicitudes | Part % |
| Transporte, alojamiento y viáticos | 11.584 | 57,6 | 47,76 | 11.576 | 67,1 | 47,72 | 1.096 | 26,65 | 4,52 | **24.256** | **58,47** |
| Afiliaciones/retiros | 2.257 | 11,2 | 44,67 | 2.146 | 12,4 | 42,47 | 650 | 15,81 | 12,86 | **5.053** | **12,18** |
| Atención médica | 1.209 | 6,0 | 31,42 | 1.150 | 6,7 | 29,89 | 1.489 | 36,21 | 38,70 | **3.848** | **9,28** |
| Cambio de EPS/IPS | 1.569 | 7,8 | 56,91 | 1.067 | 6,2 | 38,70 | 121 | 2,94 | 4,39 | **2.757** | **6,65** |
| Servicio de ambulancia | 968 | 4,8 | 61,50 | 489 | 2,8 | 31,07 | 117 | 2,85 | 7,43 | **1.574** | **3,79** |
| Exoneración de copagos o cuotas moderadoras | 814 | 4,0 | 60,48 | 532 | 3,1 | 39,52 | 0 | 0,00 | 0,00 | **1.346** | **3,24** |
| Pago de incapacidades | 958 | 4,8 | 84,63 | 0 | 0,0 | 0,00 | 174 | 4,23 | 15,37 | **1.132** | **2,73** |
| Reintegro por pagos médicos | 227 | 1,1 | 44,34 | 120 | 0,7 | 23,44 | 165 | 4,01 | 32,23 | **512** | **1,23** |
| Pago de licencia de maternidad | 286 | 1,4 | 100,00 | 0 | 0,0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0,00 | **286** | **0,69** |
| Atención en centro especializado | 195 | 1,0 | 76,47 | 0 | 0,0 | 0,00 | 60 | 1,46 | 23,53 | **255** | **0,61** |
| Pago de aportes a salud | 0 | 0,0 | 0,00 | 60 | 0,3 | 25,10 | 179 | 4,35 | 74,90 | **239** | **0,58** |
| Multiafiliación/ corrección BDUA | 60 | 0,3 | 26,32 | 107 | 0,6 | 46,93 | 61 | 1,48 | 26,75 | **228** | **0,55** |
| **Total** | **20.127** | **100,0** | **48,52** | **17.247** | **100,0** | **41,57** | **4.112** | **100,00** | **9,91** | **41.486** | **100,00** |

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

### *3.4.1.4. Otras solicitudes en las tutelas de salud*

Estas tutelas corresponden a solicitudes de aspectos que no guardan relación con servicios de salud pero que los ciudadanos consideran que afectan su estado de salud. Con relación a 2015, la frecuencia presentó una disminución de 31,62 por ciento, especialmente en solicitudes relacionadas con ayuda humanitaria, pago de prestaciones económicas y servicios públicos; sin embargo, se observaron incrementos en solicitudes de medio ambiente y salubridad pública y calificación de invalidez. (Tabla 36).

**Tabla 36. Otras solicitudes. Período 2015-2016**

| | PERÍODO | | | | Variación % |
|---|---|---|---|---|---|
| | 2015 | | 2016 | | |
| | Solicitudes | Part. % | Solicitudes | Part. % | |
| Calificación de invalidez | 989 | 22,79 | 1.352 | 45,57 | 36,70 |
| Reintegro laboral | 676 | 15,58 | 410 | 13,82 | -39,35 |
| Medio ambiente y salubridad pública | 160 | 3,69 | 241 | 8,12 | 50,63 |
| Pago de prestaciones económicas | 563 | 12,98 | 144 | 4,85 | -74,42 |
| Ayuda humanitaria | 513 | 11,82 | 88 | 2,97 | -82,85 |
| Servicios públicos | 267 | 6,15 | 71 | 2,39 | -73,41 |
| Otros | 1.171 | 26,99 | 661 | 22,28 | -43,55 |
| **Total** | **4.339** | **100,00** | **2.967** | **100,00** | **-31,62** |

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

Para el caso de la calificación de invalidez, las acciones de tutela por lo general se presentan con ocasión a la controversia con EPS, ARL y AFP por: (i) negación de las EPS para asumir el pago de las incapacidades por haber transcurrido más de 180 días desde el inicio de las mismas y, de las AFP que argumentan el no pago, al no existir concepto favorable de rehabilitación por parte de la EPS y, (ii) por la negación de las EPS a pagar las incapacidades bajo el argumento de que en el reporte de accidente de trabajo emitido por el empleador, se registró por un accidente de origen laboral; y, por la ARL, basada en la calificación que le realizó a su afiliado, donde determina que la pérdida de capacidad laboral se da como consecuencia de una enfermedad de origen común y no por un accidente laboral.

Por lo anterior, la HCC aclaró en sus sentencias de tutela que la primera calificación del origen de la enfermedad es la que determina al responsable del pago de las incapacidades[131], hasta que esta sea revisada o modificada por la entidad, junta médica o autoridad judicial correspondiente, estando obligada al pago de las prestaciones, las ARL en los casos de enfermedades o accidentes de origen laboral y las EPS y AFP cuando las afectaciones a la salud del trabajador tienen origen común.

Es claro que a pesar de existir un trámite definido para la determinación del origen de la enfermedad o el accidente sufrido por el trabajador, continúa la discusión entre las entidades del sistema respecto al responsable de las obligaciones prestacionales, ya que cada una de ellas señala a la otra como responsable y se niegan a reconocer los pagos y prestaciones asistenciales a las que tiene derecho el trabajador, lo que vulnera sus derechos fundamentales cuando estos constituyen

131 Colombia. Corte Constitucional. Sentencia T-140 de 2016. Expedientes T-5253368 y T-5239472. M. P. Jorge Iván Palacio Palacio.

su única fuente de ingreso. Con el fin de no dejar desprotegido al afiliado, el juez de instancia debe designar un responsable provisional[132], más aún cuando este se encuentra en circunstancias de debilidad manifiesta y es más propenso a sufrir un perjuicio irremediable, por su estado de salud y condición económica.

Asimismo, aunque las EPS no están obligadas a pagar incapacidades superiores a 180 días, sí es su deber acompañar al usuario en el proceso de cobro de las prestaciones ante la AFP, por lo que, una vez advierta sobre una incapacidad superior a dicho término, debe remitir los documentos ante el fondo respectivo, para que este inicie el trámite y se pronuncie de manera oportuna respecto a la cancelación o no de la prestación económica, en cuyo caso (negativa), deberá justificarla e indicarle al paciente las alternativas previstas en el sistema, por el tiempo que dure la incapacidad y hasta que se tenga derecho a la pensión de invalidez. Esta obligación debe ser asumida por las AFP hasta por 360 días adicionales, sin importar que se haya realizado la calificación de la pérdida de la capacidad laboral del afiliado, cuando sigue presentando afectaciones a su estado de salud que le impiden trabajar. Este pago debe ir hasta que el médico tratante emita un concepto de recuperación o hasta que se determine una pérdida de la capacidad laboral superior al 50%.

La obligación de pago de las incapacidades por enfermedad o accidente de origen común está en cabeza del empleador o de las diferentes entidades del sistema en función del tiempo transcurrido desde la primera incapacidad hasta la recuperación del trabajador o la calificación de la pérdida de la capacidad laboral, así[133]:

De acuerdo a los resultados, el 74,45 por ciento de estas solicitudes son presentadas por ciudadanos de otros regímenes de salud (Fuerzas Militares y de Policía, Magisterio, otros) y por desempleados o personas que se encuentran en condición de desplazamiento. (Tabla 37).

132 *Ibidem.*

133 Colombia. Corte Constitucional. Sentencia T-140 de 2016. Expedientes T-5253368 y T-5239472. M. P. Jorge Iván Palacio Palacio.

| Días de incapacidad / valor del subsidio | Encargado | Norma | Comentario |
|---|---|---|---|
| 1 a 2 / dos terceras partes del salario. | Empleador | Decreto Reglamentario 2493 de 2013, artículo 1°. | El empleador deberá asumir el pago de las incapacidades y en general de todas las prestaciones garantizadas por el Sistema de Seguridad Social Integral cuando no haya afiliado al trabajador o cuando a pesar de haber sido requerido por las entidades del sistema, se haya encontrado en mora en las cotizaciones al momento de ocurrir el siniestro. Sentencia T-723 de 2014. |
| 3 a 180 / dos terceras partes del salario durante los primeros 90 días y la mitad a partir del día 91 y por el tiempo restante. | Entidad Promotora de Salud | Código Sustantivo del Trabajo, artículo 227. | Antes de cumplirse el día 120 de incapacidad, la EPS deberá emitir un concepto médico donde se determine si el trabajador va a recuperarse o no y enviarlo a la AFP antes del día 150. Si tal concepto no es emitido, la EPS deberá asumir el pago de las incapacidades superiores a 180 días y hasta que el mismo sea expedido. En todo caso, la regla general es que las EPS no asumen el pago de incapacidades superiores a 180 días. Sentencia T-729 de 2012. |
| 181 a 540 / la mitad del salario. | Administra-dora de Fondos de Pensiones | Ley 100, artículo 41, inciso 5. | Aun cuando exista calificación de la pérdida de la capacidad laboral y al trabajador se le haya decretado la incapacidad permanente parcial, la AFP deberá asumir el pago de las incapacidades que se sigan generando y que sean posteriores a los primeros 180 días que fueron cubiertos por la EPS. Sentencia T-920 de 2009. |

Fuente: Sentencia T-140 de2016.

Tabla 37. Otras solicitudes según régimen. Año 2016

| | RÉGIMEN | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | CONTRIBUTIVO | | | SUBSIDIADO | | | OTROS | | | Total | |
| | Tutelas | Part V% | Part H% | Tutelas | Part V% | Part H% | Tutelas | Part V% | Part H% | Tutelas | Part % |
| Calificación de invalidez | 472 | 68,0 | 34,91 | 0 | 0,0 | 0,00 | 880 | 39,84 | 65,09 | 1.352 | 45,57 |
| Reintegro laboral | 59 | 8,5 | 14,39 | 0 | 0,0 | 0,00 | 351 | 15,89 | 85,61 | 410 | 13,82 |
| Medio ambiente y salubridad pública | 0 | 0,0 | 0,00 | 0 | 0,0 | 0,00 | 241 | 10,91 | 100,00 | 241 | 8,12 |
| Pago de prestaciones económicas | 0 | 0,0 | 0,00 | 0 | 0,0 | 0,00 | 144 | 6,52 | 100,00 | 144 | 4,85 |
| Ayuda humanitaria | 0 | 0,0 | 0,00 | 0 | 0,0 | 0,00 | 88 | 3,98 | 100,00 | 88 | 2,97 |
| Servicios públicos | 0 | 0,0 | 0,00 | 0 | 0,0 | 0,00 | 71 | 3,21 | 100,00 | 71 | 2,39 |
| Otros | 163 | 23,5 | 24,66 | 64 | 0,0 | 9,68 | 434 | 19,65 | 65,66 | 661 | 22,28 |
| **Total** | **694** | **100,0** | **23,39** | **64** | **0,0** | **2,16** | **2.209** | **100,00** | **74,45** | **2.967** | **100,00** |

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

### 3.4.2. Tutelas para exigir contenidos del POS y no POS en los regímenes contributivo y subsidiado.

En esta sección solo se analizan las tutelas en las que los usuarios solicitaron cualquiera de los 8 servicios de salud (tratamientos, medicamentos, citas médicas; prótesis, órtesis e insumos médicos, imágenes diagnósticas, exámenes paraclínicos y procedimientos) y únicamente para los usuarios que pertenecen a los regímenes contributivo y subsidiado; en consecuencia las solicitudes de transporte, viáticos y alojamiento que se encuentran en el POS, no se incluyen en las cifras presentadas.

Con ocasión al seguimiento que realiza la HCC a la sentencia T-760/08, orden 23 y de acuerdo a lo establecido en la ley estatutaria en salud, el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) con Resolución 1328 de 2016[134], eliminó los Comités Técnico Científicos, CTC, de las EPS e implementó los procedimientos para acceder y reportar las prescripciones y tecnologías en salud no POS con cargo a la Unidad de Pago por Capitación, UPC, a través de un sistema de información en línea. Sin embargo, debido a su complejidad y a la petición de distintos actores del sistema, el Ministerio expidió la Resolución 2158 del 27 de mayo de 2016 que

134 Entraba en vigencia a partir del 15 de abril de 2016 (fecha de su publicación), siendo exigibles sus disposiciones a partir del 1° de junio del mismo año.

estableció la utilización de este aplicativo y la entrada en vigencia de la Resolución 1328 a partir del 1° de septiembre del mismo año.

Para la Honorable Corte Constitucional, dicha resolución: *"(…) puso al Sistema de Salud a marchar detrás de un aplicativo web mediante el cual los profesionales de la salud podrán prescribir por un lado tecnologías no incluidas en el plan de beneficios que estarán inmediatamente autorizadas a los pacientes, y de manera excepcional, exclusiones que tendrán que ser aprobadas por las Juntas de Profesionales (…)"*[135].

Sin embargo, la Resolución 1328 de 2016 nunca entró en vigencia ya que en agosto del mismo año fue derogada por la Resolución 3951 de 2016 que perfeccionó la herramienta y que estableció como tiempo de inicio el 31 de agosto, siendo sus disposiciones exigibles a partir del primero (1°) de diciembre de 2016. En dicha norma, artículo 5, se estableció que la prescripción de los servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC (PBSUPC) serían realizadas por los profesionales de la salud, que hicieran parte de la red definida por las EPS—EOC, a través del "aplicativo" [136] que para tal efecto se dispusiera y el cual operaría mediante la plataforma tecnológica del Sistema Integral de Información de la Protección Social, SISPRO, con diligenciamiento en línea o según los mecanismos tecnológicos disponibles en la correspondiente área geográfica.

Mediante Auto 01 del 13 de enero de 2017, la HCC definió que en el nuevo modelo de salud (Ley 1751 de 2015) la forma de actualización del POS estaba basada en el sistema de exclusiones, por lo que en un principio: *"(…) el sistema cubre todos los tratamientos y tecnologías en salud que no estén expresamente exceptuados dentro del plan de beneficios, de esta manera se pretende garantizar el derecho fundamental a través de la prestación de servicios, estructurado sobre una concepción integral de la salud que incluya su promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de las secuelas (…)*".

Con relación al principio de progresividad y el mandato de no regresividad, dicha corporación apoyada en la Observación General 14 del Comité DESC, asumió la posición de prohibir al Estado adoptar medidas regresivas en la realización plena del derecho a la salud, aclarando que el derecho a la salud no tiene carácter absoluto, por lo que admite algunas limitaciones. Empero, señaló que teniendo en cuenta el nuevo sistema de actualización integral, que pasó de ser un proceso de inclusiones a uno de exclusiones específicas, no se pueden generar ambigüedades que limiten la prestación de servicios médicos a interpretaciones subjetivas

135 Corte Constitucional. Auto 01 de 2016.
136 Hoy en día MIPRES.

de las IPS, y señaló: *"en este contexto, el esquema del nuevo plan de beneficios hace alusión a la inclusión indirecta de todos los servicios, tecnologías y demás que se constituye en regla y las exclusiones en la excepción, en procura de alcanzar el más alto nivel de salud posible, por lo que las limitaciones al derecho a la salud deben ser expresas y taxativas".*

No obstante, la Resolución 3951 de 2016 fue modificada por la Resolución 532 del 28 de febrero de 2017, en la que se precisan algunos requisitos, criterios y actividades en el acceso, reporte, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC. Con esta resolución, el ministerio presenta al MIPRES como la respuesta al artículo 5° de la Ley Estatutaria de Salud, que le atribuye al Estado la responsabilidad de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la Salud, para lo cual debe: *"i) Adoptar la regulación y las políticas indispensables para financiar de manera sostenible los servicios en salud y garantizar el flujo de los recursos para atender de manera oportuna y suficiente las necesidades de salud de la población*"[137].

Sin embargo, la implementación de MIPRES no ha tenido la acogida prevista y al contrario, muchos de los usuarios y de los actores del sistema de salud colombiano, consideran que es una herramienta regresiva y vulneratoria del derecho a la salud. Al respecto, la Defensoría del Pueblo realizó un sondeo sobre los problemas encontrados en las defensorías regionales, evidenciando lo siguiente:

- El MIPRES se presta para negar servicios, especialmente de medicamentos. Esto ocurre cuando el médico tratante comete un error al ingresar al aplicativo y por alguna circunstancia no puede continuar con el caso, el sistema no le permite a otro profesional hacer modificaciones, dilatando la entrega del servicio requerido por el usuario, quedando sin posibilidad de acceder al medicamento hasta que el mismo profesional lo retome. Las EPS se amparan en que no pueden hacer nada porque el sistema no lo permite.

- Falta de capacitación a los profesionales médicos tanto del ingreso a la plataforma como a lo que se encuentra o no incluido en el plan de beneficios

- El sistema no tiene en cuenta los segundos usos en los medicamentos.

- Para el caso de enfermedades huérfanas, la artritis reumatoide y otras enfermedades similares, que dentro de su clasificación tiene subgrupos debido a variantes patológicas, cuando el médico prescribe el tratamiento específico para alguno de esos subtipos de enfermedades, el MIPRES no cuenta con el

137 Ley 1751 de 2015. Artículo 5°.

código específico o emite un código similar para el medicamento formulado, lo que ocasiona que el medicamento no sea entregado por la farmacia pues no coincide el código emitido por el MIPRES con el código de la enfermedad, convirtiéndose en una barrera de acceso a la salud de estas personas.

- Siempre requiere servicio de internet, por lo que la prescripción es difícil y a veces imposible en zonas apartadas o cuando la velocidad es baja, dilatando la atención al paciente.

- Atenta contra la autonomía médica por cuanto no hay autorregulación, ética, racionalidad y evidencia científica, ya que obliga al profesional a prescribir lo que existe en una base de datos específica. Los profesionales sienten que este sistema no les beneficia y que solo es un trámite administrativo adicional en el cual deben repetir los mismos argumentos escritos en la historia clínica.

- Reduce el tiempo de atención a los pacientes ya que el diligenciamiento en el sistema implica dedicarle tiempo para no cometer errores.

- Preocupa a los profesionales de la salud de que el aplicativo MIPRES sea utilizado para establecer un control de gasto que pueda llevarlos a una penalización.

Además, para algunas sociedades científicas, el MIPRES es *"(…) una barrera de atención a los tratamientos médicos, no solo por su concepción y restricciones derivadas, sino también por el formulario mismo, el cual es dispendioso, consume tiempo, afecta el acto médico y a la atención propiamente dicha, donde una fórmula se vuelve un proceso encaminado a entorpecer la fluidez del acto médico como tal"*. Adicionalmente revelan que *"El proceso del ministerio fue arduo pero insuficiente, no hay claridad de que se puede o no formular, el instrumento es rígido y no permite en los casos variables y pertinentes aclarar lo real. La aprobación de indicaciones por el Invima está desactualizada, en muchos casos no contempla la aparición de evidencia científica disponible, generando molestias en el usuario y formulación sin clara indicación"*.

Asimismo, señalan que el aplicativo genera dificultad en su diligenciamiento en razón a que la base de datos contiene servicios de salud incluidos en el plan de beneficios, inherentes y necesarios al acto médico, lo que origina que se diligencien a través del aplicativo sin tener que hacerlo.

Por último, se evidencia que la base de datos es incompleta pues no deja formular algunos medicamentos, lo que impide que el médico tratante prescriba libremente, coartando su autonomía profesional.

Ahora, las solicitudes establecidas en cada una de las acciones de tutela interpuestas, fueron clasificadas en POS y no POS teniendo en cuenta la resolución 5592

de 2015 y la herramienta de consulta POS Pópuli, dispuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social, MSPS, en la página web de la entidad.

Al igual que en años anteriores y como se mencionó, en la clasificación POS y no POS, no se tienen en cuenta las solicitudes de transporte, alojamiento y viáticos, que como es sabido fueron incluidas en el POS desde el Acuerdo 08 de 2009 y ratificadas en el Acuerdo 29 de 2011. Adicionalmente, en la herramienta de consulta denominada POS Pópuli establecida por el MSPS para que los ciudadanos consulten los contenidos del Plan de Beneficios a que tienen derecho se encuentra clasificada como POS.

De acuerdo con la jurisprudencia constitucional y como se mencionó previamente[138], las EPS están obligadas a asumir el transporte de los pacientes cuando: (i) el procedimiento o tratamiento sea indispensable para garantizar los derechos a la salud y a la integridad del afiliado, (ii) el paciente ni sus familiares cercanos cuentan con recursos económicos suficientes[139] para pagar el valor del traslado y (iii) de no realizarse la remisión se pone en riesgo la vida, la integridad física o el estado de salud del usuario. Sin embargo, lo anterior no ocurre, si el usuario no acude al juez de tutela para que lo ordene, lo que trajo como consecuencia obvia, que en el año 2016 las tutelas por este motivo, se incrementaran en un 18,06 por ciento.

De acuerdo con la normatividad vigente al 31 de diciembre de 2016, se entendería que ningún colombiano tendría que interponer tutelas por tecnologías en salud que se encuentren en el POS. Sin embargo, la realidad es otra y según el seguimiento que la Defensoría del Pueblo viene realizando en sus distintos informes de tutela desde el año 1999, todas las EPS continúan interponiendo barreras de acceso a los usuarios para reclamar estos servicios.

Aunque en los informes de los años 2014 y 2015 se evidenció un leve descenso en el porcentaje de solicitudes POS en las tutelas, en 2016 este indicador subió nuevamente a 69,7 por ciento (Gráfica 7), observándose aumentos en los dos regímenes, siendo mayor en el contributivo. (Gráficas 8 y 9).

138 Capítulo "otras relacionadas con salud".

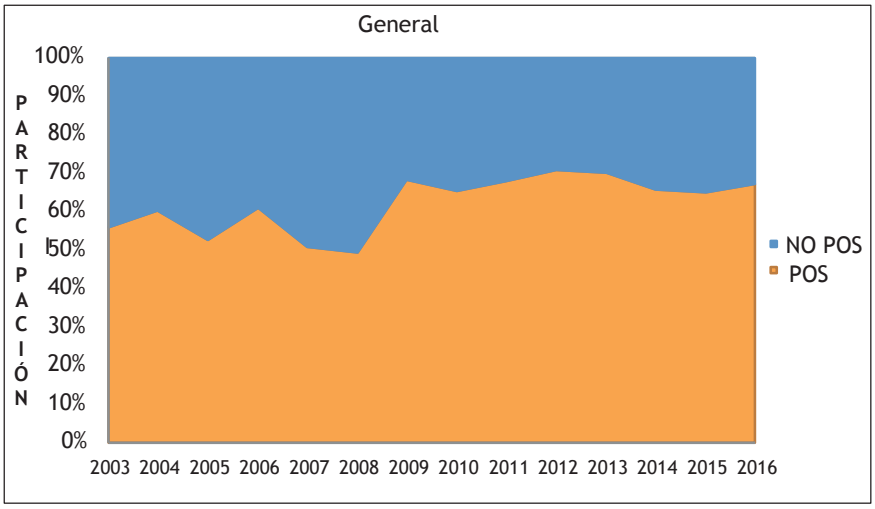
139 Es necesario aclarar que respecto a la capacidad económica del afiliado, es a la EPS a la que le corresponde desvirtuarla, debido a que cuenta con herramientas para determinar si la situación económica del afiliado es verdadera o no, invirtiéndose la carga de la prueba a favor del usuario.

**Tabla 38. Porcentaje de solicitudes POS en cada régimen. Período 2003-2016**

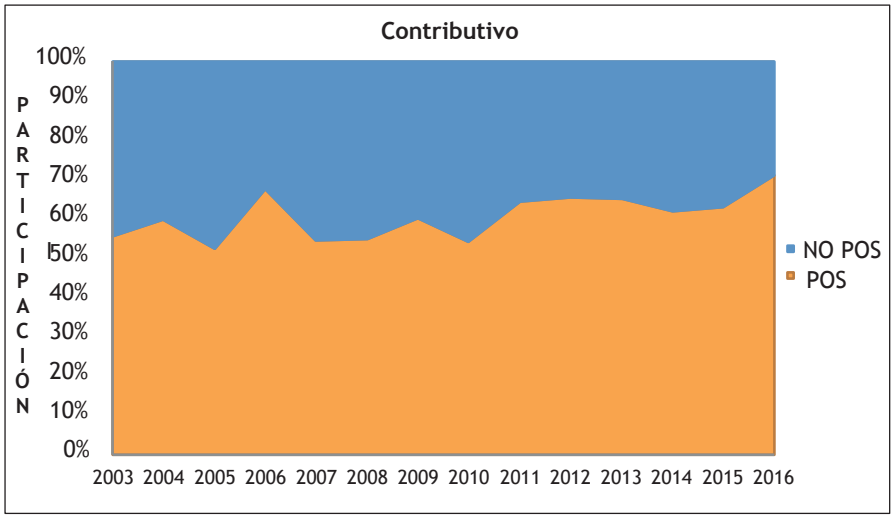
| AÑO | Contributivo | Subsidiado | General |
|---|---|---|---|
| 2003 | 55,46% | 62,35% | 56,00% |
| 2004 | 59,73% | 67,43% | 60,40% |
| 2005 | 52,22% | 60,82% | 53,10% |
| 2006 | 67,37% | 39,26% | 60,90% |
| 2007 | 54,30% | 33,26% | 50,70% |
| 2008 | 54,85% | 32,71% | 49,30% |
| 2009 | 59,90% | 76,50% | 68,20% |
| 2010 | 54,00% | 73,80% | 65,40% |
| 2011 | 64,16% | 70,26% | 67,81% |
| 2012 | 65,25% | 75,59% | 70,93% |
| 2013 | 64,90% | 75,63% | 69,96% |
| 2014 | 61,70% | 70,24% | 65,74% |
| 2015 | 62,83% | 65,51% | 64,08% |
| 2016 | 70,99% | 68,39% | 69,70% |

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

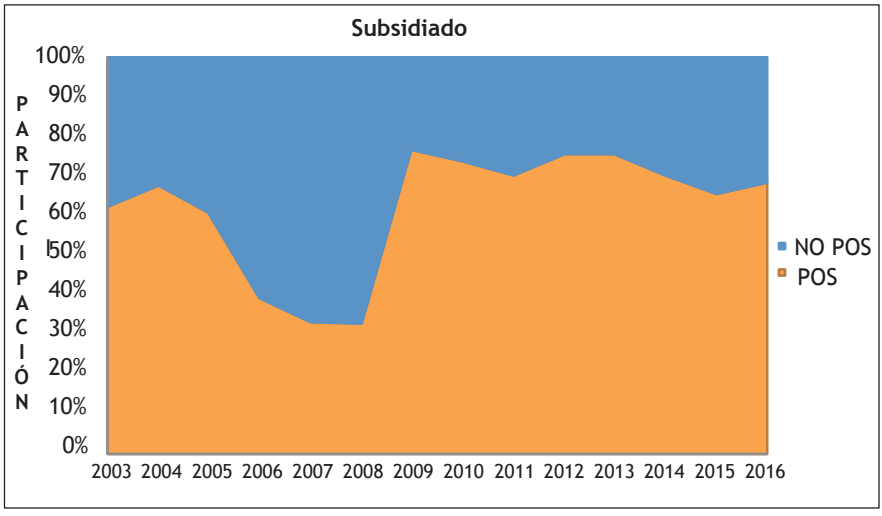
**Gráfica 7. Evolución de las solicitudes POS en las tutelas. Período 2003-2016**



**Gráfica 8. Evolución de las solicitudes POS en las tutelas del régimen contributivo. Período 2003-2016**




**Gráfica 9. Evolución de las solicitudes POS en las tutelas del régimen subsidiado. Período 2003-2016**



Según los resultados en 2016, de un total de 290.966 solicitudes[140] el 69,7 por ciento (202.801), fueron de tecnologías en salud incluidas en el POS (Gráfica 10), con un incremento del 32,94 por ciento con relación al año anterior (Tabla 39). Es de anotar que en este informe, las solicitudes de algunas tecnologías de salud básicas (exámenes e imágenes diagnósticas) aumentaron.

**Tabla 39. Solicitudes en tutelas de salud en los regímenes contributivo y subsidiado. Período 2015-2016**

| | 2015 | | 2016 | | Variación % |
|---|---|---|---|---|---|
| | Solicitudes | Part. % | Solicitudes | Part. % | |
| Pos | 152.547 | 64.08 | 202.801 | 69.70 | 32.94 |
| No Pos | 85.524 | 35.92 | 88.165 | 30.30 | 3.09 |
| **Total** | **238.071** | **100,00** | **290.966** | **100,00** | **22,22** |

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

**Gráfica 10. Contenido POS en las tutelas. Período 2015-2016**

140 Incluye los 8 servicios clasificados por la Defensoría del Pueblo (Tratamientos, medicamentos, citas médicas, cirugías, prótesis/órtesis/insumos médicos, imágenes diagnósticas, exámenes paraclínicos y procedimientos).

### 3.4.3. Contenidos más frecuentes en los regímenes contributivo y subsidiado

En general, las solicitudes para reclamar los ocho (8) servicios de salud en los dos regímenes se incrementaron en 22,22 por ciento con relación a 2015. Con excepción de prótesis/órtesis/insumos médicos que tuvo una disminución de 11,62 por ciento, los demás servicios presentaron aumentos significativos. Los tratamientos continuaron como los contenidos más frecuentes en las tutelas (27,7 por ciento) y presentaron un incremento de 11,73 por ciento con relación al último informe. Respecto a ellos, la tendencia es solicitar de manera integral los servicios de salud, especialmente de aquellos relacionados con enfermedades de alto costo o crónicas, en atención a lo establecido en la Ley Estatutaria de salud, artículo octavo que contempla: *"La integralidad. Los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el legislador. No podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario. En los casos en los que exista duda sobre el alcance de un servicio o tecnología de salud cubierto por el Estado, se entenderá que este comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada".*

La HCC ha señalado que el principio de integralidad se refiere a la atención y el tratamiento completo a que tienen derecho todos los usuarios del sistema[141], de acuerdo a lo ordenado por el médico tratante, siendo responsabilidad de las EPS garantizar todos los servicios de salud que requiera el paciente, sin que tales servicios puedan fraccionarse. Sin embargo, dicho principio no traduce que el afiliado pueda solicitar lo que desee, pues es el médico adscrito a la EPS quien determina las necesidades del paciente y le corresponde al juez de tutela, ordenar el tratamiento integral, evitando así la presentación de acciones de tutela por cada servicio prescrito por el médico tratante, respecto a una misma patología.

Los exámenes paraclínicos que en años anteriores presentaban tendencias a la baja, en este periodo fueron los requerimientos con la mayor variación (54,54 por ciento), le siguieron imágenes diagnósticas (45,94 por ciento) y medicamentos (44,94 por ciento) (Tabla 40).

141 Colombia. Corte Constitucional. Sentencia T-132 de 2016. Expediente T-5.215.913. M. P. Luis Ernesto Vargas Silva.

**Tabla 40. Solicitudes más frecuentes en las tutelas interpuestas en los regímenes contributivo y subsidiado. Período 2015-2016**

| | 2015 | | 2016 | | Variación % |
|---|---|---|---|---|---|
| | Solicitudes | Part. % | Solicitudes | Part. % | |
| Tratamientos | 72.139 | 30,30 | 80.604 | 27,70 | 11,73 |
| Medicamentos | 49.183 | 20,66 | 71.288 | 24,50 | 44,94 |
| Citas médicas especializadas | 31.870 | 13,39 | 40.334 | 13,86 | 26,56 |
| Cirugías | 25.611 | 10,76 | 30.651 | 10,53 | 19,68 |
| Prótesis, órtesis e insumos médicos | 32.926 | 13,83 | 29.101 | 10,00 | -11,62 |
| Imágenes diagnósticas | 15.622 | 6,56 | 22.759 | 7,82 | 45,69 |
| Exámenes paraclínicos | 8.062 | 3,39 | 12.459 | 4,28 | 54,54 |
| Procedimientos | 2.658 | 1,12 | 3.770 | 1,30 | 41,84 |
| **Total** | **238.071** | **100,00** | **290.966** | **100,00** | **22,22** |

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

Con relación a las solicitudes POS en cada uno de los servicios, los mayores porcentajes se encontraron en citas médicas especializadas (100 por ciento), seguida de los tratamientos (95,44 por ciento), exámenes paraclínicos (85,44 por ciento), cirugías (83,04 por ciento), imágenes diagnósticas (74,29) y procedimientos (74,16 por ciento)(Tabla 41) (Gráfica 11), mientras que los de menor participación de servicios POS son las solicitudes de prótesis/órtesis/insumos médicos (16,99 por ciento) y medicamentos (34,78 por ciento), aunque en este último se presentó un incremento en solicitudes POS.

**Gráfica 11. Contenido POS y no POS en cada servicio en 2016**

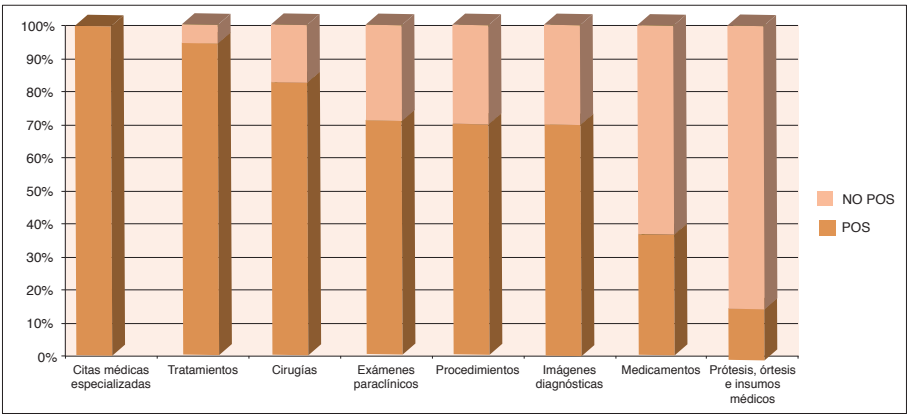


**Tabla 41. Servicios solicitados según POS y no POS. Año 2016**

| | GENERAL | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | POS | | | NO POS | | | TOTAL | |
| | Solicitudes | Part V% | Part H% | Solicitudes | Part V% | Part H% | Solicitudes | Part % |
| Tratamientos | 76.931 | 37,93 | 95,44 | 3.673 | 4,17 | 4,56 | 80.604 | 27,70 |
| Medicamentos | 24.792 | 12,22 | 34,78 | 46.496 | 52,74 | 65,22 | 71.288 | 24,50 |
| Citas médicas especializadas | 40.334 | 19,89 | 100,00 | 0 | 0,00 | 0,00 | 40.334 | 13,86 |
| Cirugías | 25.452 | 12,55 | 83,04 | 5.199 | 5,90 | 16,96 | 30.651 | 10,53 |
| Prótesis, órtesis e insumos médicos | 4.943 | 2,44 | 16,99 | 24.158 | 27,40 | 83,01 | 29.101 | 10,00 |
| Imágenes diagnósticas | 16.907 | 8,34 | 74,29 | 5.852 | 6,64 | 25,71 | 22.759 | 7,82 |
| Exámenes paraclínicos | 10.645 | 5,25 | 85,44 | 1.814 | 2,06 | 14,56 | 12.459 | 4,28 |
| Procedimientos | 2.796 | 1,38 | 74,16 | 974 | 1,10 | 25,84 | 3.770 | 1,30 |
| **Total** | **202.800** | **100** | **69,70** | **88.166** | **100** | **30,30** | **290.966** | **100** |

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

## 3.4.4. Contenidos más frecuentes en el régimen contributivo

En este régimen, las solicitudes en los ocho (8) servicios se incrementaron en 14,87 por ciento respecto a 2015 (Tabla 42). Los servicios más solicitados en las tutelas en el régimen contributivo fueron los tratamientos (29,49 por ciento), seguido de medicamentos (22,25 por ciento) y citas médicas especializadas (14,08 por ciento). Los mayores incrementos porcentuales se observaron en procedimientos (103,16 por ciento), imágenes diagnósticas (59,92 por ciento) y exámenes paraclínicos (57,08 por ciento); mientras que las prótesis/órtesis/insumos médicos presentaron una disminución de 26,97 por ciento.

**Tabla 42. Solicitudes más frecuentes en las tutelas interpuestas régimen contributivo. Período 2015-2016**

| | 2015 | | 2016 | | Variación % |
|---|---|---|---|---|---|
| | Solicitudes | Part. % | Solicitudes | Part. % | |
| Tratamientos | 40.416 | 31,70 | 43.189 | 29,49 | 6,86 |
| Medicamentos | 26.226 | 20,57 | 32.593 | 22,25 | 24,28 |
| Citas médicas especializadas | 16.417 | 12,88 | 20.625 | 14,08 | 25,63 |
| Cirugías | 15.634 | 12,26 | 18.567 | 12,68 | 18,76 |
| Prótesis, órtesis e insumos médicos | 17.287 | 13,56 | 12.624 | 8,62 | -26,97 |
| Imágenes diagnósticas | 7.372 | 5,78 | 11.789 | 8,05 | 59,92 |
| Exámenes paraclínicos | 2.952 | 2,32 | 4.637 | 3,17 | 57,08 |
| Procedimientos | 1.202 | 0,94 | 2.442 | 1,67 | 103,16 |
| **Total** | **127.506** | **100,00** | **146.466** | **100,00** | **14,87** |

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

Con relación a la distribución entre POS y no POS de las tecnologías en salud solicitadas en este régimen, el 70,99 por ciento correspondieron al primero, cifra superior a la observada en 2015, siendo los servicios más solicitados, los tratamientos con 39,4 por ciento, seguido de citas médicas especializadas (19,8 por ciento) y cirugías (14,6 por ciento) (Tabla 43).

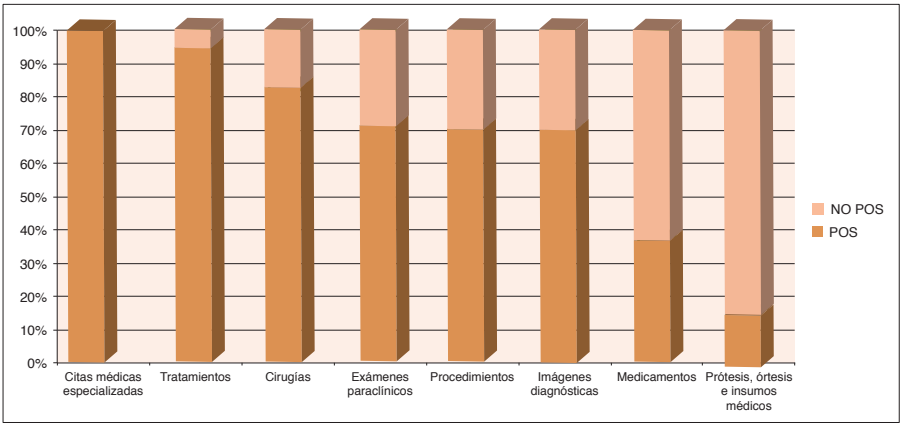
Observando la distribución en cada uno de los servicios, el cien por ciento de las citas médicas solicitadas en las tutelas correspondieron al POS, seguido de tratamientos (94,97 por ciento), cirugías (81,91 por ciento) y exámenes paraclínicos (71,06 por ciento) (Tabla 43) (Gráfica 12), lo que evidencia una posible política de contención de costos al negar servicios previamente costeados por la UPC, aunado a la falta de profesionales de la salud principalmente en algunas especialidades, que en ocasiones genera falta de oportunidad en la atención.

**Tabla 43. Distribución de los contenidos en POS y no POS en régimen contributivo. Año 2016**

| | RÉGIMEN CONTRIBUTIVO | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | POS | | | NO POS | | | Total | |
| | Solicitudes | Part V% | Part H% | Solicitudes | Part V% | Part H% | Solicitudes | Part % |
| Tratamientos | 40.973 | 39,4 | 94,87 | 2.216 | 5,2 | 5,13 | 43.189 | 29,49 |
| Citas médicas especializadas | 20.625 | 19,8 | 100,00 | 0 | 0,0 | 0,00 | 20.625 | 14,08 |
| Cirugías | 15.208 | 14,6 | 81,91 | 3.359 | 7,9 | 18,09 | 18.567 | 12,68 |
| Medicamentos | 11.821 | 11,4 | 36,27 | 20.772 | 48,9 | 63,73 | 32.593 | 22,25 |
| Imágenes diagnósticas | 8.269 | 8,0 | 70,14 | 3.520 | 8,3 | 29,86 | 11.789 | 8,05 |
| Exámenes paraclínicos | 3.297 | 3,2 | 71,09 | 1.341 | 3,2 | 28,91 | 4.638 | 3,17 |
| Prótesis, órtesis e insumos médicos | 2.062 | 2,0 | 16,34 | 10.561 | 24,9 | 83,66 | 12.623 | 8,62 |
| Procedimientos | 1.720 | 1,7 | 70,43 | 722 | 1,7 | 29,57 | 2.442 | 1,67 |
| **Total** | **103.975** | **100,0** | **70,99** | **42.491** | **100,0** | **29,01** | **146.466** | **100,0** |

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

**Gráfica 12. Contenido POS y no POS en cada servicio en Régimen Contributivo en 2016**




## 3.4.5. Contenidos más frecuentes en el régimen subsidiado

En este régimen, las solicitudes de servicios médicos presentaron un incremento del 30,69 por ciento con respecto a 2015 (Tabla 44). A diferencia del régimen contributivo, los servicios más solicitados son los medicamentos (26,78 por ciento), los cuales tuvieron un incremento de 68,55 por ciento, seguido en participación por los tratamientos (25,89 por ciento) y las citas médicas especializadas (13,64 por ciento). Todos los servicios aumentaron su frecuencia a excepción de los procedimientos; sin embargo, llaman la atención la variación elevada en medicamentos, exámenes paraclínicos, imágenes diagnósticas y citas médicas especializadas.

En este régimen son mayores las barreras de acceso a los servicios de salud por lo que a los usuarios se les niega en mayor proporción la entrega de medicamentos o la continuidad de los tratamientos, razón por la cual, en el último año tuvieron que recurrir a la acción de tutela para acceder a dichos servicios.

**Tabla 44. Solicitudes más frecuentes en las tutelas interpuestas en el régimen subsidiado. Período 2015-2016**

| | 2015 | | 2016 | | Variación % |
|---|---|---|---|---|---|
| | Solicitudes | Part. % | Solicitudes | Part. % | |
| Medicamentos | 22.957 | 20,76 | 38.695 | 26,78 | 68,55 |
| Tratamientos | 31.723 | 28,69 | 37.414 | 25,89 | 17,94 |
| Citas médicas especializadas | 15.453 | 13,98 | 19.709 | 13,64 | 27,54 |
| Prótesis, órtesis e insumos médicos | 15.639 | 14,14 | 16.478 | 11,40 | 5,36 |
| Cirugías | 9.977 | 9,02 | 12.085 | 8,36 | 21,13 |
| Imágenes diagnósticas | 8.250 | 7,46 | 10.970 | 7,59 | 32,97 |
| Exámenes paraclínicos | 5.110 | 4,62 | 7.822 | 5,41 | 53,07 |
| Procedimientos | 1.456 | 1,32 | 1.328 | 0,92 | -8,79 |
| **Total** | **110.565** | **100,00** | **144.500** | **100,00** | **30,69** |

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

En este régimen las solicitudes de tecnologías incluidas en el POS fueron de 68,39 por ciento, cifra superior a la presentada en 2015. Los servicios POS más solicitados fueron las tratamientos (36,39 por ciento), citas médicas especializadas (19,94 por ciento) y medicamentos (13,13 por ciento) (Tabla 45).

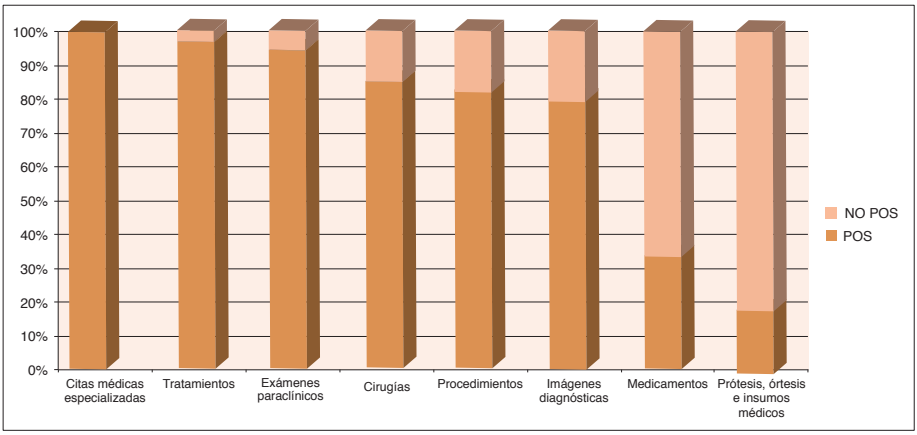
En cuanto a la composición POS y no POS en cada uno de los servicios, al igual que en el régimen contributivo, el cien por ciento de las citas médicas solicitadas en las tutelas corresponden al POS, en este indicador le siguen tratamientos (96,11 por ciento), exámenes paraclínicos (93,95 por ciento) y cirugías (84,77 por ciento) (Tabla 45) (Gráfica 13).

**Tabla 45. Distribución de los contenidos en POS y no POS en el régimen subsidiado. Año 2016**

| | RÉGIMEN SUBSIDIADO | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | POS | | | NO POS | | | Total | |
| | Solicitudes | Part V% | Part H% | Solicitudes | Part V% | Part H% | Solicitudes | Part % |
| Medicamentos | 12.971 | 13,13 | 33,52 | 25.724 | 56,32 | 66,48 | 38.695 | 26,78 |
| Tratamientos | 35.958 | 36,39 | 96,11 | 1.457 | 3,19 | 3,89 | 37.415 | 25,89 |
| Citas médicas especializadas | 19.709 | 19,94 | 100,00 | 0 | 0,00 | 0,00 | 19.709 | 13,64 |
| Prótesis, órtesis e insumos médicos | 2.881 | 2,92 | 17,48 | 13.596 | 29,77 | 82,52 | 16.477 | 11,40 |
| Cirugías | 10.244 | 10,37 | 84,77 | 1.840 | 4,03 | 15,23 | 12.084 | 8,36 |
| Imágenes diagnósticas | 8.638 | 8,74 | 78,74 | 2.332 | 5,11 | 21,26 | 10.970 | 7,59 |
| Exámenes paraclínicos | 7.349 | 7,44 | 93,95 | 473 | 1,04 | 6,05 | 7.822 | 5,41 |
| Procedimientos | 1.076 | 1,09 | 81,02 | 252 | 0,55 | 18,98 | 1.328 | 0,92 |
| **Total** | **98.826** | **100** | **68,39** | **45.674** | **100** | **31,61** | **144.500** | **100** |

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

**Gráfica 13. Contenido POS y no POS en cada servicio en régimen subsidiado en 2016**




### 3.4.5.1. *Contenidos POS y no POS en tratamientos*

A nivel general y tal como ha pasado en los últimos años, los tratamientos se constituyeron como las solicitudes más frecuentes en las tutelas, presentando un incremento de 11,73 por ciento respecto de 2015, debido al aumento en las solicitudes de tratamientos incluidos en el POS que fue de 22,99 por ciento (Tabla 46) (Gráfica 14).

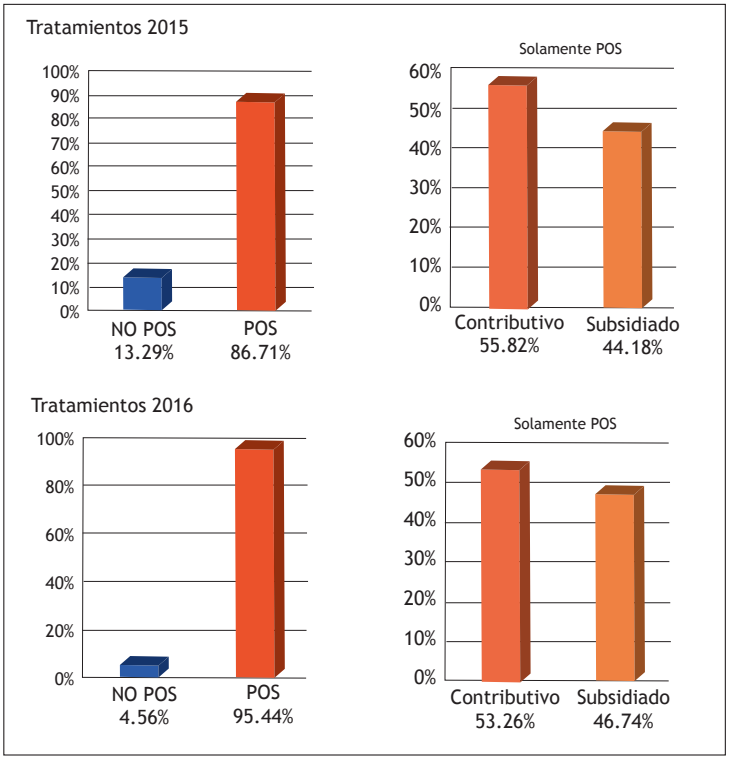
Las principales solicitudes por tratamientos fueron realizadas por pacientes diagnosticados con cáncer (15,2 por ciento), trastornos mentales y del comportamiento (10,6 por ciento) y enfermedades del aparato genitourinario (10,2 por ciento).

**Tabla 46. Distribución de los tratamientos en POS y no POS. Período 2015-2016**

| | 2015 | | 2016 | | Variación % |
|---|---|---|---|---|---|
| | Solicitudes | Part. % | Solicitudes | Part. % | |
| Pos | 62.553 | 86,71 | 76.931 | 95,44 | 22,99 |
| No Pos | 9.586 | 13,29 | 3.673 | 4,56 | -61,68 |
| **Total** | **72.139** | **100,00** | **80.604** | **100,00** | **11,73** |

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

**Gráfica 14. Contenido POS en tratamientos. Período 2015-2016**




El comportamiento de las solicitudes de tratamientos POS en los dos regímenes es similar y su participación es superior al 94 por ciento en cada uno de ellos, siendo mayor al 2015 (Tabla 47), debido en mayor parte a solicitudes de tratamientos integrales para enfermedades de alto costo y crónicas. Las instituciones de menor nivel tienden a prestar servicios especializados, dejando de lado el manejo integral del paciente por médico general o familiar quienes deben hacer la valoración junto con su entorno social e individual, integrando los tratamientos con las diferentes especialidades.

**Tabla 47. Distribución de los tratamientos según régimen. Año 2016**

| | Régimen | | | | | | Total | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Contributivo | | | Subsidiado | | | | | |
| | Solicitudes | Part. V % | Part H % | Solicitudes | Part. V % | Part H % | Solicitudes | Part. V % | Part H % |
| Pos | 40.973 | 94,87 | 53,26 | 35.958 | 96,11 | 46,74 | 76.931 | 95,44 | 100,00 |
| No Pos | 2.216 | 5,13 | 60,33 | 1.457 | 3,89 | 39,67 | 3.673 | 4,56 | 100,00 |
| **Total** | **43.189** | **100,00** | **53,58** | **37.415** | **100,00** | **46,42** | **80.604** | **100,00** | **100,00** |

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

En el régimen contributivo, las solicitudes más frecuentes son los tratamientos integrales, especialmente los oncológicos (en su orden: mama, tiroides, próstata, colon y estómago); seguido de trastornos mentales y del comportamiento (trastornos generalizados del desarrollo, alzheimer, trastornos mentales debido a alucinógenos, retraso mental y esquizofrenia); tratamientos de enfermedades del aparato genitourinario (insuficiencia renal, otros trastornos del sistema urinario, hiperplasia de la próstata y uropatía obstructiva); enfermedades del sistema circulatorio (accidentes vasculares encefálicos, enfermedad isquemia crónica e hipertensión) y tratamientos de enfermedades del sistema nervioso (epilepsia y párkinson). Es de anotar que, tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado están impactando mayormente las patologías prevenibles, como son la detección temprana del cáncer y enfermedades mentales; sin hacer promoción de la salud y prevención de la enfermedad lo que conlleva al desarrollo de enfermedades con altos índices de prevalencia en el perfil epidemiológico e incrementando la morbilidad y la mortalidad en general.

La segunda solicitud dentro de los tratamientos es el servicio de enfermería domiciliaria, que al estar catalogado como servicios y/o insumo domiciliario requerido con necesidad por el afiliado para el proceso de recuperación o tratamiento paliativo de su afección, está incluido en el POS, por lo que debe ser suministrado oportunamente por las EPS a través de un auxiliar de enfermería quien debe poseer conocimientos calificados en salud imprescindibles para llevar a cabo ciertos procedimientos propios del manejo del paciente. Sin embargo, las EPS niegan este servicio, argumentando que las funciones a desarrollar por la enfermera son propias de un cuidador, contrariando lo dispuesto en la orden médica.

Le siguen las terapias físicas, terapias ocupacionales, terapias del lenguaje, fonoaudiología y hospitalización en un nivel superior, debido al número limitado autorizadas en el POS. Otro factor de tutelas, fue la solicitud de camas con características hospitalarias para la atención del paciente en su domicilio indispensables para continuar el tratamiento en casa.

En cuanto a lo no POS predominan la solicitud de terapias ABBA (aunque en menor proporción que años anteriores), seguido de pruebas neurosicológicas, musicoterapia y terapias asistidas con animales (equinos, perros, etc.). Aunque se tiene información de pacientes en los que estos tratamientos han sido exitosos, aun no cuentan con evidencia científica, condición exigida por la ley 1751 de 2015 en su artículo 15[142] como un criterio de exclusión, lo que podría generar dis-

142 Prestaciones de salud. En todo caso, los recursos públicos asignados a la salud no podrán destinarse a financiar servicios y tecnologías en los que se advierta alguno de los siguientes criterios: b) Que no exista evidencia

cusión respecto a la autonomía médica que la misma ley consagra en su artículo 17[143], cuando el profesional de la salud así lo ordena y en cuyo caso, el paciente debe acudir a la acción de tutela.

En el régimen subsidiado, otras solicitudes frecuentes fueron los tratamientos integrales, destacándose los tratamientos de cáncer (próstata, estómago, cuello uterino, mama y tiroides ); trastornos mentales y de comportamiento (esquizofrenia, retraso mental, trastornos hipercinéticos y trastornos generalizados del desarrollo); enfermedades del aparato genitourinario (trastornos del sistema urinario, insuficiencia renal y cálculos renales/uréter), y tratamientos del sistema nervioso (parálisis cerebral infantil, epilepsia y parkinson).

La segunda solicitud dentro de los tratamientos fue la atención domiciliaria, seguida de hospitalizaciones en niveles de mayor complejidad y solicitudes de terapias físicas. Con relación a las tutelas por camas hospitalarias, lo que evidencia la Defensoría del Pueblo, en el Distrito Capital[144], es que existen ocupaciones prolongadas injustificadas, ocasionadas por falta de autorizaciones de las EPS para realizar exámenes pendientes, lo que no permite la continuidad en el tratamiento. Otro factor identificado es la falta de especialistas en ortopedia, neurología, neurocirugía, cirugía general y medicina interna, lo que hace que pacientes crónicos y de cuidados paliativos permanezcan en hospitales y no en las unidades especializadas como debería ser. Asimismo la rotación de camas se ve afectada por la demora en la referencia de pacientes a otras instituciones de salud.

Respecto a lo no POS, en el régimen subsidiado, se destacan las solicitudes de terapias angiogénicas, pruebas neurosicológicas y terapias con animales. Las primeras utilizadas para el tratamiento de tumores, pero no cuentan con evidencia científica, aunque hay pruebas de su efectividad en otros países.

### *3.4.5.2. Contenidos POS y no POS en medicamentos*

La solicitud de medicamentos es la segunda causa de las tutelas en salud y su frecuencia es superior en un 44,94 por ciento respecto a lo observado en 2015. El mayor incremento se presenta por solicitudes POS (79,41 por ciento). (Tabla 48) (Gráfica 15).

Las principales solicitudes por medicamentos están relacionadas con pacientes diagnosticados con enfermedades del sistema nervioso (epilepsia, parkinson y

científica sobre su seguridad y eficacia clínica; c) Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica; d) Que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente".

143 Autonomía profesional. Se garantiza la autonomía de los profesionales de la salud para adoptar decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes que tienen a su cargo. Esta autonomía será ejercida en el marco de esquemas de autorregulación, la ética, la racionalidad y la evidencia científica.

144 Defensoría del Pueblo. Implementación para mejorar el acceso y oportunidad de la atención, Bogotá". Año 2016.

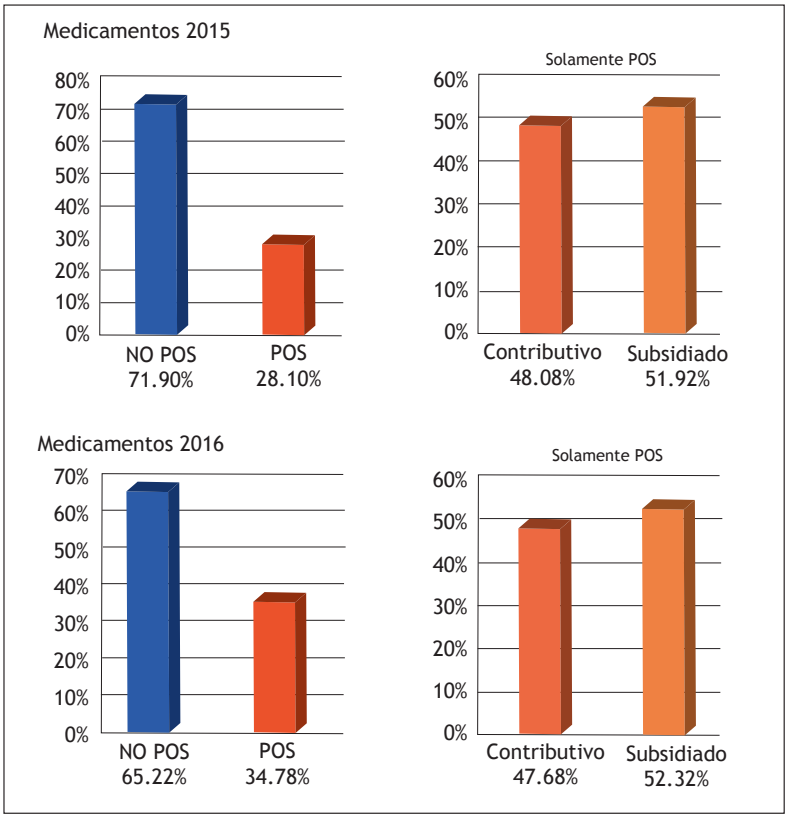
trastornos cerebrales), trastornos mentales y del comportamiento (alzheimer, esquizofrenia y trastornos bipolares) y tumores (próstata, mama y leucemia mieloide). En estos casos, si el paciente recibe la atención profesional pero no recibe los medicamentos que son los que van a generar el cambio en el curso natural de la enfermedad, el resultado es el aumento de la población enferma.

**Tabla 48. Distribución de los medicamentos en POS y no POS. Período 2015-2016**

| | 2015 | | 2016 | | Variación % |
|---|---|---|---|---|---|
| | Solicitudes | Part. % | Solicitudes | Part. % | |
| Pos | 13.819 | 28,10 | 24.792 | 34,78 | 79,41 |
| No Pos | 35.364 | 71,90 | 46.496 | 65,22 | 31,48 |
| **Total** | **49.183** | **100,00** | **71.288** | **100,00** | **44,94** |

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

**Gráfica 15. Contenido POS en medicamentos. Período 2015-2016**



Teniendo en cuenta la composición en cada régimen, la proporción de solicitudes POS de medicamentos en el subsidiado es superior a la del contributivo (Tabla 49).

**Tabla 49. Distribución de los medicamentos según régimen. Año 2016**

| | Régimen | | | | | | Total | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Contributivo | | | Subsidiado | | | | | |
| | Solicitudes | Part. V % | Part H % | Solicitudes | Part. V % | Part H % | Solicitudes | Part. V % | Part H % |
| Pos | 11.821 | 36,27 | 47,68 | 12.971 | 33,52 | 52,32 | 24.792 | 34,78 | 100,00 |
| No Pos | 20.772 | 63,73 | 44,67 | 25.724 | 66,48 | 55,33 | 46.496 | 65,22 | 100,00 |
| **Total** | **32.593** | **100,00** | **45,72** | **38.695** | **100,00** | **54,28** | **71.288** | **100,00** | **100,00** |

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

En el régimen contributivo, los cinco (5) medicamentos POS más solicitados fueron: oxígeno, esomeprazol, risperidona, quetiapina (indicado para trastorno afectivo bipolar) y prednisolona, la mayoría de ellos utilizados para tratar enfermedades mentales.

En este régimen, los medicamentos no POS más requeridos fueron: los complementos nutricionales, cremas antiescaras, antipañalitis y acetato de leuprolide. La solicitud de complementos nutricionales se debe en gran parte a la necesidad de los pacientes crónicos y de alto costo en recuperarse nutricionalmente para tolerar los tratamientos.

En el régimen subsidiado, los medicamentos POS más solicitados fueron oxígeno, levitaceram, fluvoxamina, atorvastatina, enalapril. En cuanto a lo no POS los más requeridos fueron los complementos nutricionales, las cremas antiescaras, y antipañalitis, pregabalina y divalproato de sodio.

En el caso del oxígeno domiciliario, las tutelas se deben a la demora en el suministro ya que genera mayor estancia hospitalaria, debido a que la institución debe esperar hasta que se verifique la disponibilidad del mismo en el domicilio y así darle egreso al paciente.

### *3.4.5.3. Contenidos POS y no POS en citas médicas especializadas*

El tercer servicio más solicitado en las tutelas son las citas médicas especializadas (13,86 por ciento) las cuales están incluidas en el POS para los dos regímenes (Gráfica 16). Estas tutelas crecieron en 26,56 por ciento (Tabla 50), ocasionado por la falta de oportunidad en la atención, debido entre otros motivos, a la escasez de especialidades y subespecialidades y a la no ampliación de la red de prestadores de las entidades que recibieron usuarios de EPS liquidadas.

Las principales solicitudes por citas médicas están relacionadas con diagnósticos de tumores, enfermedades del aparato genitourinario y enfermedades del sistema

circulatorio, agravado por la falta de contratación con instituciones especializadas en el manejo de estos usuarios.

En el régimen contributivo, las citas médicas más requeridas son ortopedia, urología, oncología, neurología y medicina interna. En el régimen subsidiado, las citas más requeridas son ortopedia, medicina interna, neurología, oftalmología y urología.

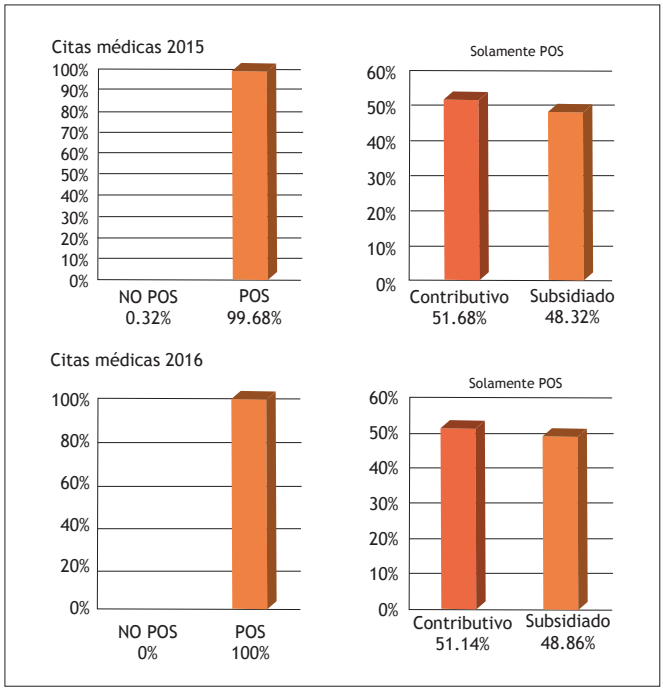
Es ampliamente conocida la falta de médicos de todas las especialidades a nivel nacional y los pocos que hay se concentran en ciudades capitales, ante la falta de estímulos que los motive a permanecer en ciudades intermedias y en zonas dispersas.

**Tabla 50. Distribución de las citas médicas especializadas en POS y no POS. Período 2015-2016**

| | 2015 | | 2016 | | Variación % |
|---|---|---|---|---|---|
| | Solicitudes | Part. % | Solicitudes | Part. % | |
| Pos | 31.870 | 100,00 | 40.334 | 100,00 | 26,56 |
| No Pos | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | |
| **Total** | **31.870** | **100,00** | **40.334** | **100,00** | **26,56** |

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

**Gráfica 16. Contenido POS en citas médicas especializadas. Período 2015-2016**



La frecuencia de solicitudes de citas médicas especializadas es similar en los dos regímenes. (Gráfica 15).

**Tabla 51. Distribución de las citas médicas especializadas según régimen. Año 2016**

| | Régimen | | | | | | Total | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Contributivo | | | Subsidiado | | | | | |
| | Solicitudes | Part. V % | Part H % | Solicitudes | Part. V % | Part H % | Solicitudes | Part. V % | Part H % |
| Pos | 20.625 | 100,00 | 51,14 | 19.709 | 100,00 | 48,86 | 40.334 | 100,00 | 100,00 |
| No Pos | 0 | 0,00 | - | 0 | 0,00 | - | 0 | 0,00 | - |
| **Total** | **20.625** | **100,00** | **51,14** | **19.709** | **100,00** | **48,86** | **40.334** | **100,00** | **100,00** |

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

## *3.4.5.4. Contenidos POS y no POS en cirugías*

Las solicitudes por cirugías aumentaron en 19,68 por ciento (Tabla 52), mayoritariamente por solicitudes POS cuya variación respecto de 2015 fue de 20,51 por ciento (Gráfica 17). Lo anterior debido a la represa continúa de cirugías como consecuencia de la práctica indebida de contención de costos.

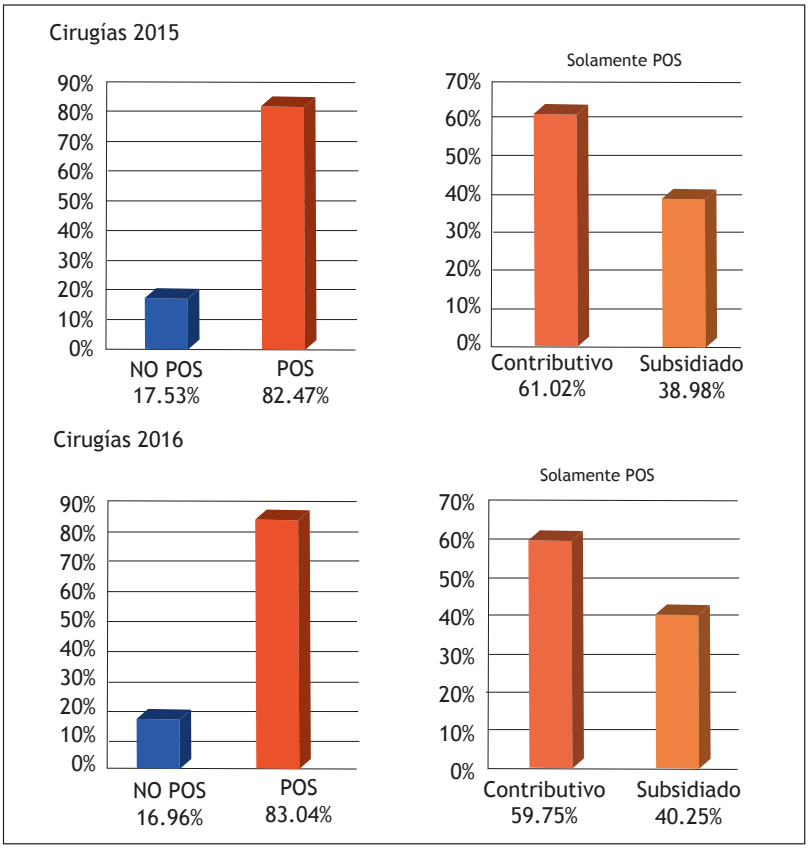
Las principales solicitudes en las tutelas por cirugías están relacionadas con diagnósticos de enfermedades del aparato genitourinario, tumores y enfermedades del sistema digestivo.

**Tabla 52. Distribución de las cirugías en POS y no POS. Período 2015-2016**

| | 2015 | | 2016 | | Variación % |
|---|---|---|---|---|---|
| | Solicitudes | Part. % | Solicitudes | Part. % | |
| Pos | 21.121 | 82,47 | 25.452 | 83,04 | 20,51 |
| No Pos | 4.490 | 17,53 | 5.199 | 16,96 | 15,79 |
| **Total** | **25.611** | **100,00** | **30.651** | **100,00** | **19,68** |

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

**Gráfica 17. Contenido POS en cirugías. Período 2015-2016**




Con relación a las solicitudes de cirugías POS, estas son mayores en el régimen contributivo. (Tabla 53).

**Tabla 53. Distribución de las cirugías según régimen. Año 2016**

| | Régimen | | | | | | Total | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Contributivo | | | Subsidiado | | | | | |
| | Solicitudes | Part. V % | Part H % | Solicitudes | Part. V % | Part H % | Solicitudes | Part. V % | Part H % |
| Pos | 15.208 | 81,91 | 59,75 | 10.244 | 84,77 | 40,25 | 25.452 | 83,04 | 100,00 |
| No Pos | 3.359 | 18,09 | 64,61 | 1.840 | 15,23 | 35,39 | 5.199 | 16,96 | 100,00 |
| **Total** | **18.567** | **100,00** | **60,58** | **12.084** | **100,00** | **39,42** | **30.651** | **100,00** | **100,00** |

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

En el régimen contributivo, las solicitudes de cirugías incluidas en el POS, correspondieron a: reemplazo total de cadera, herniorrafias inguinales, colecistectomía laparoscopia, faco+lio y reemplazo total de rodilla. Con relación a lo no POS, se encontraron la abdominoplastia, braquiplastia, cruroplastia, craneoplastia con reemplazo óseo y mamoplastias estéticas.

En el régimen subsidiado, las solicitudes de cirugías incluidas en el POS fueron: cateterismo cardiaco, herniorrafia inguinal, faco+lio, prostatectomía y circuncisiones. En cuanto a lo no POS, se encuentran solicitudes por braquioplastias, ligadura de venas y abdominoplastia.

En Colombia, es frecuente la falta de hábitos de vida saludable, que a la postre generan cirugías por obesidad, enfermedades músculo esquelético y cardiovasculares con el consecuente aumento de tutelas.

### *3.4.5.5. Contenidos POS y no POS en prótesis, órtesis e insumos médicos*

Durante 2016 se rompió la tendencia creciente que venía en años anteriores y las solicitudes por prótesis/órtesis /insumos médicos disminuyeron en 11,62 por ciento especialmente en contenidos no POS. Hay que anotar que porcentualmente las solicitudes POS aumentaron en este período (Tabla 54) (Gráfica 18).

Las principales solicitudes por prótesis/órtesis/insumos médicos están relacionadas con diagnósticos de enfermedades del sistema nervioso, enfermedades del aparato genitourinario y trastornos mentales y del comportamiento.

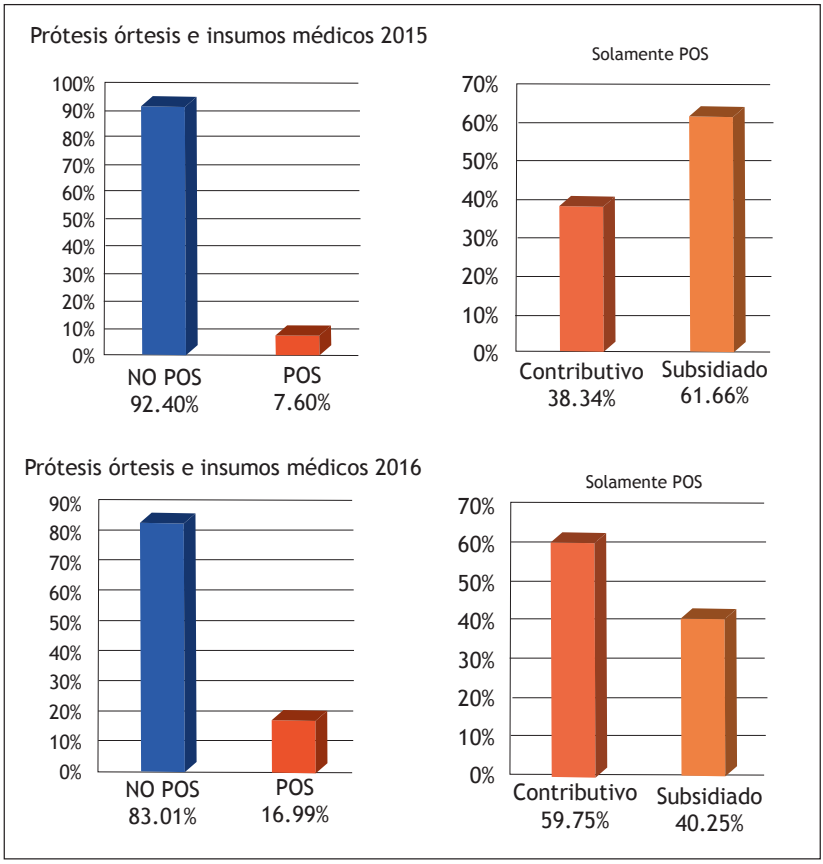
Aunque la mayoría de solicitudes no se encuentran en el POS, es de resaltar el aumento en solicitudes POS debido a que las EPS siguen negando la entrega de tirillas para glucometría, a pesar de haberse incrementado su número de entregas en el POS.

**Tabla 54. Distribución de las prótesis, órtesis e insumos en POS y no POS. Período 2015-2016**

| | 2015 | | 2016 | | Variación % |
|---|---|---|---|---|---|
| | Solicitudes | Part. % | Solicitudes | Part. % | |
| Pos | 2.501 | 7,60 | 4.943 | 16,99 | 97,64 |
| No Pos | 30.425 | 92,40 | 24.158 | 83,01 | -20,60 |
| **Total** | **32.926** | **100,00** | **29.101** | **100,00** | **-11,62** |

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

**Gráfica 18. Contenido POS en prótesis, órtesis e insumos. Período 2015-2016**




En general las solicitudes tanto POS como no POS son mayoritarias en el régimen subsidiado (Tabla 55).

**Tabla 55. Distribución de las prótesis, órtesis e insumos según régimen. Año 2016.**

| | Régimen | | | | | | Total | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Contributivo | | | Subsidiado | | | | | |
| | Solicitudes | Part. V % | Part H % | Solicitudes | Part. V % | Part H % | Solicitudes | Part. V % | Part H % |
| Pos | 2.062 | 16,34 | 41,72 | 2.881 | 17,48 | 58,28 | 4.943 | 16,99 | 100,00 |
| No Pos | 10.561 | 83,66 | 43,72 | 13.596 | 82,52 | 56,28 | 24.157 | 83,01 | 100,00 |
| **Total** | **12.623** | **100,00** | **43,38** | **16.477** | **100,00** | **56,62** | **29.100** | **100,00** | **100,00** |

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

En el régimen contributivo, las solicitudes POS más frecuentes de prótesis/órtesis/insumos correspondieron a tirillas de glucometría, lancetas, glucómetros y audífonos. Con relación a lo no POS, se encontraron los pañales, pañitos húmedos, sillas de ruedas y camas tipo hospitalarias.

En el régimen subsidiado, las mayores solicitudes de prótesis/órtesis/insumos incluidas en el POS fueron: glucómetros, bolsas de colostomía, lancetas y tirillas de glucometría. Con relación a lo no POS, se encontraron pañales, pañitos, sillas de ruedas, colchón antiescaras y camas tipo hospitalarias.

Como se puede observar persisten las solicitudes que tienen que ver con el cuidado de pacientes crónicos y que buscan mejor calidad de vida, especialmente en aquellos que presentan secuelas neurológicas.

Con relación a los insumos no POS, en especial los pañales, a pesar de que no corresponden en estricto sentido al concepto de servicios médicos, la Corte Constitucional[145] ha determinado que si se constituyen elementos indispensables para llevar una vida en condiciones dignas, se deben entregar a los usuarios que lo requieren, para lo cual se debe inaplicar las reglas del POS.

### *3.4.5.6. Contenidos POS y no POS en imágenes diagnósticas*

Las principales solicitudes en las tutelas por imágenes diagnósticas están relacionadas con diagnósticos de tumores, enfermedades del sistema circulatorio y enfermedades del sistema osteomuscular.

En general, las solicitudes por imágenes diagnósticas tuvieron un incremento del 45,69 por ciento, siendo mayor en lo no POS. (Tabla 56) (Gráfica 19).

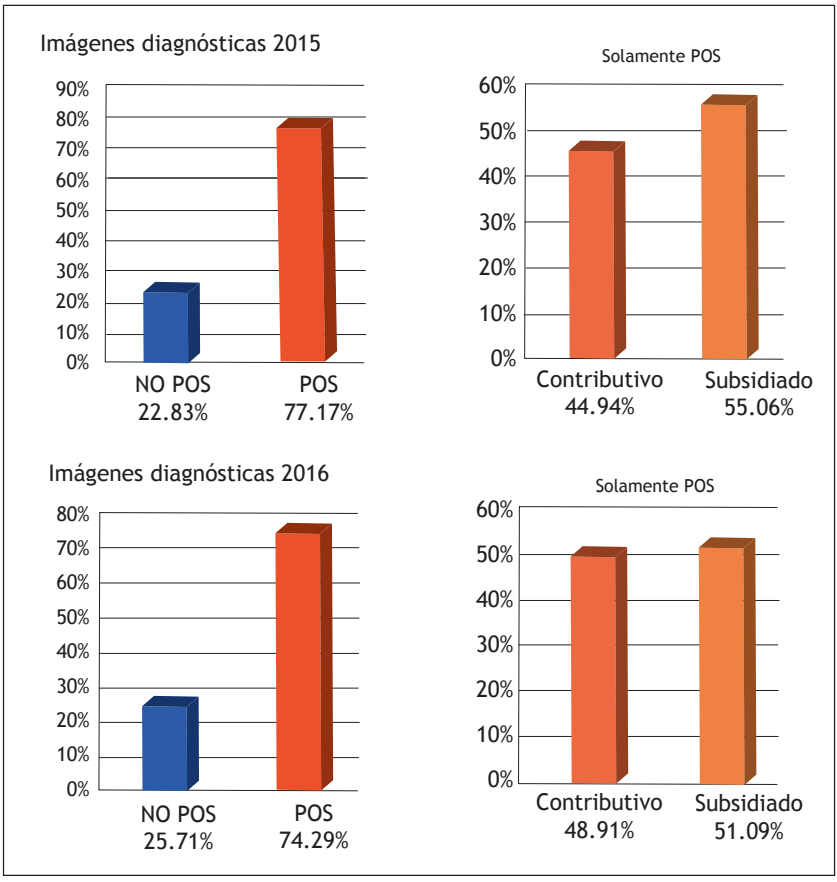
**Tabla 56. Distribución de las imágenes diagnósticas en POS y no POS. Período 2015-2016**

| | 2015 | | 2016 | | Variación % |
|---|---|---|---|---|---|
| | Solicitudes | Part. % | Solicitudes | Part. % | |
| Pos | 12.056 | 77,17 | 16.907 | 74,29 | 40,24 |
| No Pos | 3.566 | 22,83 | 5.852 | 25,71 | 64,11 |
| **Total** | **15.622** | **100,00** | **22.759** | **100,00** | **45,69** |

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

145 Colombia. Corte Constitucional. Sentencia T-171 de 2016. Expedientes T-5296871, T-5297060, T-5311597 y T-5323529. M. P. Luis Ernesto Vargas Silva.

**Gráfica 19. Contenido POS en imágenes diagnósticas. Período 2015-2016**




Al observar la distribución porcentual dentro de cada régimen, fueron mayores las solicitudes de imágenes diagnósticas incluidas en el POS del régimen subsidiado (78,74 por ciento) (Tabla 57).

**Tabla 57. Distribución de las imágenes diagnósticas según régimen. Año 2016**

| | Régimen | | | | | | Total | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Contributivo | | | Subsidiado | | | | | |
| | Solicitudes | Part. V % | Part H % | Solicitudes | Part. V % | Part H % | Solicitudes | Part. V % | Part H % |
| Pos | 8.269 | 70,14 | 48,91 | 8.638 | 78,74 | 51,09 | 16.907 | 74,29 | 100,00 |
| No Pos | 3.520 | 29,86 | 60,15 | 2.332 | 21,26 | 39,85 | 5.852 | 25,71 | 100,00 |
| **Total** | **11.789** | **100,00** | **51,80** | **10.970** | **100,00** | **48,20** | **22.759** | **100,00** | **100,00** |

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

En el régimen contributivo, las solicitudes de imágenes diagnósticas incluidas en el POS fueron: TAC de cráneo, resonancia magnética de columna, electrocardiogramas, mamografías y RNM cerebrales. Respecto a lo no POS, las solicitudes más frecuentes fueron: PET CT, impedanciometría, PHmetría y ecocardiogramas bidimensionales. El PET CT es una nueva tecnología utilizada para la detección temprana de cáncer, que viene siendo utilizada con mayor frecuencia por oncólogos y genetistas.

En el régimen subsidiado, las solicitudes de imágenes incluidas en el POS fueron Tomografía Axial Computarizada (TAC). En lo no POS, la coherencia óptica y dúplex scanning fueron los más frecuentes, lo que evidencia la demanda de nuevas tecnologías al servicio de los ciudadanos para el diagnóstico de las enfermedades.

### *3.4.5.7. Contenidos POS y no POS en exámenes paraclínicos*

Las principales solicitudes en las tutelas por exámenes paraclínicos estuvieron relacionadas con diagnósticos de tumores, enfermedades del aparato genitourinario y trastornos mentales y de comportamiento.

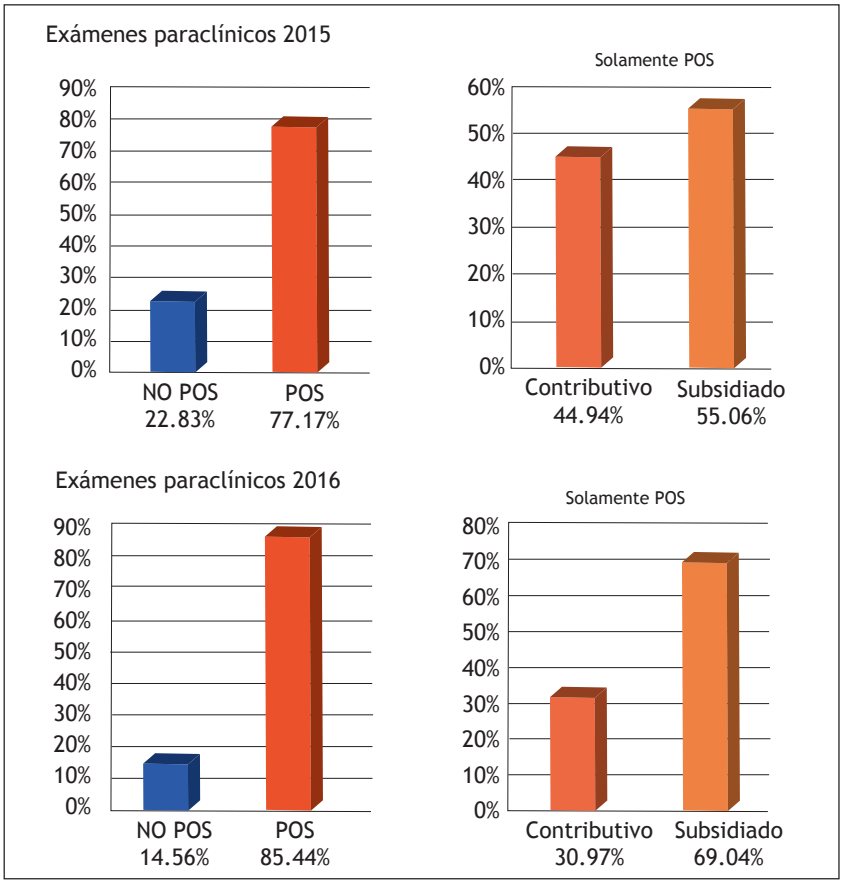
Al contrario que el año anterior, las solicitudes por exámenes paraclínicos aumentaron su frecuencia en 54,54 por ciento, especialmente en exámenes incluidos en el POS (Tabla 58) (Gráfica 20), lo que pone de manifiesto la contención de costos por parte de las EPS en servicios básicos, necesarios para realizar diagnósticos tempranos.

**Tabla 58. Distribución de los exámenes paraclínicos en POS y no POS. Período 2015-2016**

| | 2015 | | 2016 | | Variación % |
|---|---|---|---|---|---|
| | Solicitudes | Part. % | Solicitudes | Part. % | |
| Pos | 6.371 | 79,03 | 10.645 | 85,44 | 67,09 |
| No Pos | 1.691 | 20,97 | 1.814 | 14,56 | 7,27 |
| **Total** | **8.062** | **100,00** | **12.459** | **100,00** | **54,54** |

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

Gráfica 20. Contenido POS en exámenes paraclínicos. Período 2015-2016




Al observar la distribución al interior de los regímenes, las solicitudes de servicios POS es superior en el subsidiado con el 93,95 por ciento. (Tabla 59).

Tabla 59. Distribución de los exámenes paraclínicos según régimen. Año 2016

| | Régimen | | | | | | Total | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Contributivo | | | Subsidiado | | | | | |
| | Solicitudes | Part. V % | Part H % | Solicitudes | Part. V % | Part H % | Solicitudes | Part. V % | Part H % |
| Pos | 3.297 | 71,09 | 30,97 | 7.349 | 93,95 | 69,03 | 10.646 | 85,44 | 100,00 |
| No Pos | 1.341 | 28,91 | 73,93 | 473 | 6,05 | 26,07 | 1.814 | 14,56 | 100,00 |
| **Total** | **4.638** | **100,00** | **37,22** | **7.822** | **100,00** | **62,78** | **12.460** | **100,00** | **100,00** |

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

En el régimen contributivo, las solicitudes de exámenes paraclínicos incluidos en el POS correspondieron a: cuadro hemático, glicemia, exámenes de coagulación (PT) y exámenes de tamizaje de la glándula tiroides (TSH). Con relación a lo no POS se encontró el examen de secuencia de exoma, que es una de las formas más completas y complejas de estudiar el ADN; la prueba genética oncotype, fotocoagulación láser y genexpert, que es una herramienta para el diagnóstico de la tuberculosis, todos exámenes de alta complejidad.

En el régimen subsidiado, el incremento en solicitudes POS fue mayor que en el contributivo e igualmente corresponden a aquellos exámenes básicos como hemogramas, creatinina, hormona estimulante de la tiroides (TSH), PT y urocultivos. Respecto a lo no POS lo más solicitado fue la calprotectina fecal.

### *3.4.5.8. Contenidos POS y no POS en procedimientos*

Las principales solicitudes en las tutelas por procedimientos estaban relacionadas con los diagnósticos de tumores, enfermedades del sistema circulatorio y enfermedades del aparato genitourinario.

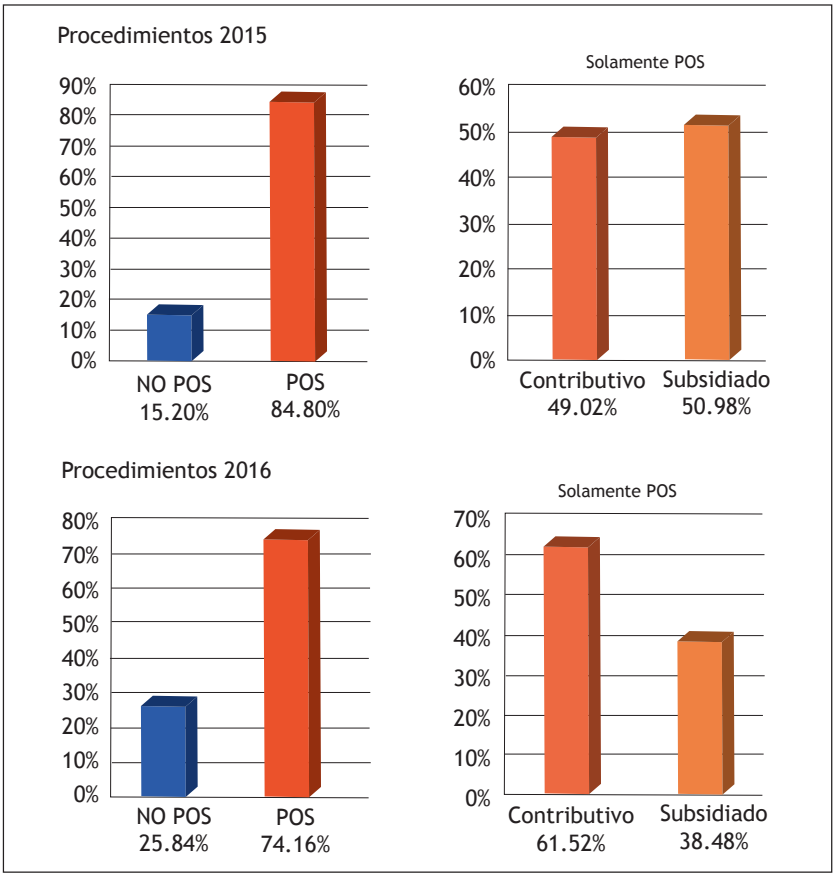
En 2016 se observó un crecimiento de las solicitudes por procedimientos de 41,84 por ciento perteneciendo el 74,16 a contenidos POS. (Tabla 60) (Gráfica 21).

**Tabla 60. Distribución de los procedimientos en POS y no POS. Período 2015-2016**

| | 2015 | | 2016 | | Variación % |
|---|---|---|---|---|---|
| | Solicitudes | Part. % | Solicitudes | Part. % | |
| Pos | 2.254 | 84,80 | 2.796 | 74,16 | 24,05 |
| No Pos | 404 | 15,20 | 974 | 25,84 | 141,09 |
| **Total** | **2.658** | **100,00** | **3.770** | **100,00** | **41,84** |

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

**Gráfica 21. Contenido POS en procedimientos. Período 2015-2016**




En cuanto a las solicitudes POS por procedimientos, estas son superiores en el régimen contributivo (Tabla 61).

**Tabla 61. Distribución de los procedimientos según régimen. Año 2016**

| | Régimen | | | | | | Total | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Contributivo | | | Subsidiado | | | | | |
| | Solicitudes | Part. V % | Part H % | Solicitudes | Part. V % | Part H % | Solicitudes | Part. V % | Part H % |
| Pos | 1.720 | 70,43 | 61,52 | 1.076 | 81,02 | 38,48 | 2.796 | 74,16 | 100,00 |
| No Pos | 722 | 29,57 | 74,13 | 252 | 18,98 | 25,87 | 974 | 25,84 | 100,00 |
| **Total** | **2.442** | **100,00** | **64,77** | **1.328** | **100,00** | **35,23** | **3.770** | **100,00** | **100,00** |

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

En el régimen contributivo, las mayores solicitudes de procedimientos incluidos en el POS correspondieron a biopsias, contrario a lo establecido como política de detección temprana de cáncer y de los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, en donde éstas son fundamentales. Con relación a lo no POS, la aplicación de medicamentos biológicos fueron las solicitudes más frecuentes.

En el régimen subsidiado, las mayores solicitudes de procedimientos incluidos en el POS fueron las biopsias de todo tipo.

# CONCLUSIONES

## Tutelas en general

Durante los veinte cinco años de su uso efectivo, la tutela se ha constituido como el medio más eficaz y oportuno que tienen los ciudadanos para buscar la protección de sus derechos fundamentales, lo que evidencia el incumplimiento de las funciones asignadas a las distintas entidades del Estado.

La interposición de tutelas en Colombia, continúa su ritmo creciente, alcanzando la cifra récord de 617.071 acciones en 2016, lo que muestra que cada 51 segundos un ciudadano interpone una tutela por la presunta vulneración de un derecho fundamental, indicador que se sitúa en 12 segundos si se tienen en cuenta los tiempos hábiles laborales. Su crecimiento es más evidente si se calcula el indicador de número de tutelas por cada 10.000 habitantes, el cual pasó de 3 tutelas en 1992 a 127 en 2016.

El derecho más tutelado en Colombia es el de petición con 282.428 acciones que corresponden al 45,77 por ciento, originado por la no respuesta oportuna y de fondo a las solicitudes de los ciudadanos, seguido del derecho fundamental a la salud con 163.977 tutelas (26,57 por ciento)

La entidad más tutelada es la Unidad para la Atención y la Reparación Integral de las Víctimas (UARIV), con 192.465 tutelas (31,13 por ciento), por incumplimiento a la Ley 1448 de 2011, seguido de Cafesalud/SaludCoop con 39.587 acciones (6,40 por ciento).

Las decisiones judiciales en primera instancia favorecieron a los accionantes en el 72,21 por ciento, siendo los derechos a la reparación e indemnización y a la salud los más amparados.

En 1.076 municipios (95,8 por ciento) se interpuso al menos una acción de tutela por presunta violación a un derecho fundamental.

El departamento de Antioquia continúa como la región con la mayor frecuencia en el uso de esta acción, seguido de la ciudad de Bogotá y del departamento del Valle de Cauca.

## Derecho a la salud

En 2016 se presentó el mayor número de tutelas en salud desde la implementación de este mecanismo en la Constitución de 1991, con 163.977 acciones para

una participación del 26,57 por ciento, muy por encima de las cifras alcanzadas cuando la Honorable Corte Constitucional intervino en el año 2008 al expedir la sentencia T-760 que marcó un hito en la protección del derecho fundamental a la salud de los colombianos.

A pesar de la expedición de la Ley 1751 de 2015, la crisis del sector salud se agudizó en 2016, fomentándose el uso de la Tutela, originado por la liquidación de varias EPS, el cierre de servicios por parte de las IPS, falta de oportunidad y de especialistas, ineficacia y corrupción, pérdida de confianza entre los actores del sistema, concentración de servicios en las principales ciudades, falta de promoción y prevención efectiva, no satisfacción de los determinantes sociales, incumplimiento de funciones de inspección, vigilancia y control, violación al principio de continuidad en los casos de movilidad en el sistema y por la negación de los servicios en salud en general. No obstante lo anterior, vale mencionar los esfuerzos de Ministerio de Salud y Protección Social por regular los precios de los medicamentos.

La decisión en primera instancia, favorece a los usuarios en un 85,46 por ciento, 2,30 puntos porcentuales superior a lo encontrado a 2015, lo que indica una mayor pertinencia en las acciones interpuestas y el respaldo del juez a la autonomía médica.

En Colombia, cada 3,2 minutos se interpone una tutela que invoca el derecho fundamental a la salud, indicador que se ubica en 43 segundos si se tienen en cuenta solo los tiempos hábiles.

El departamento de Antioquia genera el mayor número de tutelas en salud con 37.907 acciones (23,12 por ciento), seguido de la ciudad de Bogotá con 17.872 (10,9 por ciento) y del departamento de Valle del Cauca con 17.868 (10,9 por ciento). Sin embargo, según el indicador de número de tutelas en salud por cada 10.000 habitantes, los departamentos de Caldas, Quindío y Norte de Santander en su orden, tienen los indicadores más altos.

Las entidades de salud más demandadas durante 2016, fueron en su orden: Cafesalud/SaludCoop con 32.819 tutelas (19,96 por ciento) y un incremento del 26,77 por ciento con relación al año anterior, seguido de Nueva EPS con 15.547 (9,46 por ciento) y Coomeva con 14.401 (8,76 por ciento). Según el indicador número de tutelas por cada 10.000 afiliados, las EPS con el mayor número de acciones fueron: el grupo conformado por Comfama/Alianza Medellín/Savia Salud, Cafesalud/SaludCoop y Coomeva.

Las tutelas contra el Inpec/penitenciarias para reclamar servicios de salud crecieron en un 10,95 por ciento. El mayor número de acciones se presentaron contra

las penitenciarías ubicadas en el departamento de Valle del Cauca con una participación de 12,51 por ciento, seguido de las ubicadas en Bogotá, Tolima, Caldas y Boyacá.

Los tratamientos, medicamentos y citas médicas especializadas, continúan como las solicitudes más frecuentes debido a la no continuidad en los tratamientos, no entrega de medicamentos y falta de oportunidad en las citas especializadas. Las solicitudes aumentaron en un 19,07 por ciento, al pasar de 299.905 a 357.097 en 2016. Los incrementos porcentuales más altos se dieron en exámenes paraclínicos, imágenes diagnósticas y medicamentos.

Las solicitudes por transporte y viáticos, aumentaron en un 18,06 por ciento debido a la negativa de las EPS para autorizarlos, a pesar de encontrarse incluido en el POS.

Los diagnósticos más frecuentes en las tutelas son los tumores o neoplasias, en especial los de mama, próstata y cuello del útero; seguido de las enfermedades del aparato genitourinario (insuficiencia renal e hiperplasia de próstata); y de los trastornos mentales y de comportamiento (alzheimer, retraso mental y esquizofrenia).

Las solicitudes incluidas en el POS durante 2016, aumentaron en 5,7 puntos porcentuales con respecto al año anterior, ubicándose en el 69,7 por ciento del total, siendo más significativo este incremento en el régimen contributivo.

El mayor porcentaje de solicitudes POS es por citas médicas especializadas (100 por ciento), seguido por los tratamientos (95,44 por ciento), exámenes paraclínicos (85,44 por ciento), cirugías (83.04 por ciento) e imágenes diagnósticas con el 74,29 por ciento.

# RECOMENDACIONES

Instar al Gobierno nacional y al Congreso de la República para que implementen acciones que protejan la acción de tutela y garanticen su cumplimiento, imponiendo sanciones de tipo administrativo, disciplinario, pecuniario y penal, a que haya lugar.

Requerir al Gobierno nacional y a la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas (UARIV), para que cumplan con las obligaciones derivadas de la Ley 1448 de 2011 y demás decretos reglamentarios.

Instar a todas las autoridades competentes para que den respuesta oportuna y de fondo a los derechos de petición, evitando la interposición de tutelas.

Solicitar a las autoridades territoriales fortalecer su gestión administrativa para evitar las conductas vulneratorias de derechos fundamentales.

Reiterar al Congreso Nacional la necesidad de independizar la SNS del MSPS con la finalidad de que ejerza de manera autónoma las funciones de inspección, vigilancia y control en el sistema de salud.

Exigir al Ministerio de Salud y Protección Social que la reglamentación de la Ley Estatutaria en Salud (LES) garantice de manera efectiva el derecho fundamental a la salud, con respeto al principio de progresividad.

Conminar al Ministerio de Salud y Protección Social para que revise la plataforma MIPRES, con el fin de proteger la autonomía médica y lograr la entrega oportuna y efectiva de las distintas tecnologías en salud requeridas por los usuarios, de acuerdo a lo establecido en la LES.

Instar a los Ministerios de Educación y de Salud y Protección Social, para que de manera prioritaria amplíen los cupos para la formación de especialistas y subespecialistas en salud, teniendo en cuenta las necesidades del país.

Reiterar a la SNS la necesidad de establecer límites administrativos y temporales a las intervenciones que realizan, en función a la garantía del derecho fundamental a la salud y, en el caso de liquidaciones de las entidades del sector, adoptar medidas para evitar traumatismos y problemas de continuidad en los tratamientos, especialmente de pacientes con patologías crónicas o de alto costo.

Instar a la SNS para que dé cumplimiento a lo establecido en la ley 1797 de 2016 y en la Circular Conjunta N.°30 de 2013, respecto al saneamiento de deudas del sector salud e informe de manera pública y trimestral, los resultados de las mesas de conciliación entre los distintos actores.

Exigir a las EPS el cumplimiento de las obligaciones contractuales con su red de prestadores de servicios, para evitar la negación al acceso y garantizar condiciones de oportunidad y calidad.

Conminar al INPEC, a la USPEC y a la FIDUPREVISORA para que se coordinen e implementen de manera efectiva el sistema de salud de las personas privadas de la libertad, garantizando su cobertura, de acuerdo a los criterios y parámetros establecidos en la Ley 1709 de 2014.

Solicitar a la Procuraduría General de la Nación y a la SNS para que en uso de sus competencias, investigue y sancione a las EPS que niegan tecnologías en salud POS.

Solicitar al Ministerio de Salud y Protección social que con base en un estudio de costos reales revise el sistema tarifario para actualizar y unificar tarifas.

Reiterar a los jueces de la república, verificar el cumplimiento de las acciones de tutela y de los incidentes de desacato en los términos establecidos, interponiendo sanciones severas a las entidades infractoras.

Reiterar al Ministerio de Salud y Protección Social, que en virtud de los principios de equidad y progresividad, fije más categorías de cuotas moderadoras y copagos, de manera proporcional a la capacidad de pago de los cotizantes, dada la barrera de acceso que estos gastos están ocasionando en los usuarios.

Insistir a la Superintendencia Nacional de Salud para que investigue a las IPS que nieguen servicios habilitados con el argumento del no pago por parte de las EPS, con el fin de brindar oportunidad en la atención, evitando el denominado "paseo de la muerte".

# ANEXOS

## Anexo 1

CONSECUTIVO____

FICHA PARA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN DE TUTELAS EN SALUD

| | |
|---|---|
| 1. Expediente Número: | |
| 2. Ciudad: | |
| 3. Departamento: | |
| 4. Recibo en Corte Constitucional: | |
| 5. Juez de Primera Instancia: | |
| 6. Juez de Segunda Instancia: | |
| 7. Demandante: | |
| 8. Demandado: | |
| 9. Derechos invocados: | |
| 10. Decisión en primera instancia: | |
| 11. Decisión en segunda instancia: | |

Régimen al que pertenece el demandante: _____

Edad _____

HECHOS

Diagnóstico: _____

Nombre de los exámenes _____

Nombre de los medicamentos _____

Nombre de las cirugías _____

Nombre de los tratamientos _____

Nombre de las prótesis, órtesis e insumos _____

Nombre de los procedimientos _____

Nombre de las citas médicas _____

Descripción de otras solicitudes _____

Resumen de fallo en primera instancia: _____

Resumen de fallo en segunda instancia:

Observaciones

Magistrado:

Diligenciado por: Fecha:

# Anexo 2

| Capítulo | Bloques de Códigos | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|
| I | A00 - B99 | ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS |
| II | C00 - D48 | TUMORES [NEOPLASIAS] |
| III | D50 - D89 | ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS, Y CIERTOS TRASTORNOS QUE AFECTAN EL MECANISMO DE LA INMUNIDAD |
| IV | E00 - E90 | ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABÓLICAS |
| V | F00 - F99 | TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO |
| VI | G00 - G99 | ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO |
| VII | H00 - H59 | ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS |
| VIII | H60 - H95 | ENFERMEDADES DEL OÍDO Y DE LA APÓFISIS MASTOIDES |
| IX | I00 - I99 | ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO |
| X | J00 - J99 | ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO |
| XI | K00 - K93 | ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO |
| XII | L00 - L99 | ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTÁNEO |
| XIII | M00 - M99 | ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO |
| XI V | N00 - N99 | ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO |
| XV | O00 - O99 | EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO |
| XVI | P00 - P96 | CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL |
| XVII | Q00 - Q99 | MALFORMACIONES CONGÉNITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS |
| XVII I | R00 - R99 | SÍNTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLÍNICOS Y DE LABORATORIO, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE |
| XIX | S00 - T98 | TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS Y ALGUNAS OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSAS EXTERNAS |
| XX | V01 - Y98 | CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y DE MORTALIDAD |
| XX I | Z00 - Z99 | FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD |
| XXII | U00 – U99 | CÓDIGOS PARA SITUACIONES ESPECIALES |

# La tutela y el derecho a la salud

# 2016

Defensoría del Pueblo
COLOMBIA

Calle 55 No. 10-32
Tel. 57+1 314 4000
57+1 314 7300
Bogotá D.C., Colombia

www.defensoria.gov.co