



Informe de tutelas en salud 2024

Marzo 2026

www.defensoria.gov.co



Informe de tutelas en salud 2024

Marzo 2026



Defensoría del Pueblo, febrero 2026

Obra de distribución gratuita. El presente texto se puede reproducir, fotocopiar o replicar, total o parcialmente, citando la fuente.

Defensoría del Pueblo [2026]. Informe de tutelas en salud 2024.

Páginas: 108

Bogotá, D. C., 2026

Calle 55 N.º10-32 – Sede nacional

Apartado aéreo: 24299 – Bogotá, D. C.

Código postal: 110231

PBX: (601) 314 7300 – (601) 314 4000

<https://www.defensoria.gov.co/>

• • •

IRIS MARÍN ORTIZ

Defensora del Pueblo

PAULA CRISTINA APONTE URDANETA

Vicedefensora del Pueblo

MARGARITA BARRAQUER

Secretaria General

CAROLINA VERGEL TOVAR

**Directora Nacional de Promoción
y Divulgación de los Derechos Humanos**

LINDA MARÍA CABRERA CIFUENTES

**Directora Nacional de Atención
y Trámite de quejas**

MÓNICA ALEXANDRA CRUZ OMAÑA

**Directora Nacional de Recursos
y Acciones Judiciales**

DIANA PATRICIA MENDIETA DURÁN

**Defensora Delegada para las Regiones
y la Articulación Territorial en materia
de Derechos Humanos y de Derecho
Internacional Humanitario**

CLAUDIA PATRICIA VACA GONZÁLEZ

**Defensora Delegada para Derecho
a la Salud y Seguridad Social**

JHON VLADIMIR MARTÍN RAMOS

**Defensor Delegado para Derechos
de la Población en Movilidad Humana**

SERGIO ANDRÉS CORONADO DELGADO

**Defensor Delegado para Derechos
Económicos, Sociales y Culturales**

LUZ MARÍA SÁNCHEZ DUQUE

**Defensoría Delegada para Asuntos
Constitucionales y Legales**

Coordinación y equipo investigador

Claudia Patricia Vaca González

Diana Rocío Bernal Camargo

Carolina Gómez Muñoz

Luisa Fernanda Vargas Aponte

Lyda Mariana González Lizarazo

Juanita Vahos Zambrano

Angie Vanessa Sánchez Bejarano

Paola Andrea Camelo Urrego

Mónica Johana Giraldo Castañeda

Alejandra Páez Moncaleano

Álvaro Andrés Morales Montenegro

Carlos Andrés Sarmiento Hernández

Gustavo Alfonso García Gómez

Jose Daniel Rengifo Martínez

Jorge Alexis Medina Parra

Archivo Defensoría del Pueblo

Fotografía

evl.

Diseño y diagramación

Alejandra Restrepo Franco

Corrección de estilo

• • •

Este documento debe citarse así: *Defensoría del Pueblo [2026]. Informe de tutelas en salud 2024.*

Contenido

Resumen ejecutivo	8
Introducción	15
Metodología	20
I. Judicialización del derecho a la salud en la literatura.....	21
1. Caracterización de la judicialización, las tutelas y demandas en salud	23
2. Determinantes para el uso del litigio y la judicialización en salud	23
3. Efectos e impactos del litigio y la judicialización en salud	25
4. Brechas de conocimiento identificadas en la revisión	28
5. Retos y problemáticas transversales de los estudios	29
II. Patrones y tendencias de las tutelas en salud de 2024 - análisis cuantitativo	31
1. Intensidad de la judicialización: distribución territorial y desempeño del aseguramiento	32
1.1. Distribución territorial en cifras absolutas	32
1.2. Concentración municipal	34
1.3. Indicadores ajustados para facilitar la comparación	36
2. Análisis por EPS	39
2.1. Interacción territorio y EPS	41
3. Comportamiento de los despachos judiciales	43
3.1. El tránsito desde las tutelas entre primera y segunda instancia	45

4. Análisis de hechos 47

- 4.1. Distribución general de hechos 47
- 4.2. Tasas de concesión según tipo de hecho 49

5. Hechos según perfil diagnóstico 51

- 5.1. Perfil de hechos por EPS 53

6. Caracterización de la mención de diagnósticos en las tutelas y el perfil de salud de la población atendida por el sistema de salud 55

- 6.1. Distribución general de diagnósticos 55
- 6.2. Perfil diagnóstico según EPS 58
- 6.3. Sobrerrepresentación y subrepresentación diagnóstica 60

7. Dimensión económica y determinantes socioeconómicos de la judicialización 61

- 7.1. Pobreza y judicialización 63
- 7.2. Determinantes departamentales de la judicialización a partir de un modelo estadístico 67

III. Revisión de tutelas desde un enfoque de sujetos de especial protección - análisis cualitativo69

- 1. Población migrante 70
- 2. Mujeres 73
- 3. Pertenencia o comunidad étnica 73
- 4. Sujetos de protección especial por su condición de discapacidad 75
- 5. Personas privadas de la libertad 77
- 6. Personas con enfermedad grave 78
- 7. Pobreza extrema 81

Conclusiones 84

Recomendaciones 88

Referencias 90

Anexo metodológico 96

Listado de siglas

A

ADRES

Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud

C

CIE-10

Clasificación Internacional de Enfermedades (décima revisión)

COVID-19

Enfermedad por coronavirus 2019

D

DANE

Departamento Administrativo Nacional de Estadística

E

EAPB

Entidades Administradoras de Planes de Beneficios

EMA

Agencia Europea de Medicamentos

EPS

Entidades Promotoras de Salud

F

FOMAG

Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio

I

INPEC

Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario

IPM

Índice de Pobreza Multidimensional

N

NNA

Niños, niñas y adolescentes

O

ONU

Organización de las Naciones Unidas

OPS

Organización Panamericana de la Salud

OSIG

Orientación Sexual e Identidad de Género

P

PIDESC

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

PPL

Personas Privadas de la Libertad

U

UPC

Unidad de Pago por Capitación



Resumen ejecutivo

1. Introducción y contexto

El año 2024 marcó un hito en la historia de la acción de tutela en Colombia. Con 912 614 acciones radicadas, el país alcanzó la cifra más elevada desde la creación de esta acción constitucional en 1991, lo que representa una tasa de 173,46 tutelas por cada 10 000 habitantes y un incremento del 23,30 % respecto al año anterior. De este total, 265 173 tutelas (29,06 %) invocaron el derecho a la salud, cifra que supera el promedio histórico de 28,73 % y que registró el mayor crecimiento absoluto entre todos los derechos, con un incremento del 34,08 % respecto a 2023. El acumulado histórico de tutelas en salud entre 1999 y 2024 asciende a 2 779 815 acciones.

Este resumen recoge los principales hallazgos del *Informe de Tutelas en Salud 2024*, elaborado por la Defensoría del Pueblo a partir de las bases de datos de la Corte Constitucional. El informe emplea una metodología mixta que integra una revisión sistemática de la literatura, un análisis cuantitativo con variables territoriales, epidemiológicas y socioeconómicas y un análisis cualitativo con enfoque en sujetos de especial protección constitucional como se explicará en el anexo metodológico.

Pese a la existencia de un marco constitucional y normativo robusto, especialmente sustentado en la Ley Estatutaria de la Salud de 2015, la evidencia muestra que la búsqueda de protección judicial aumentó significativamente a lo largo de los años, lo que evidencia el déficit persistente entre las políticas públicas y los mecanismos ordinarios del sistema de salud para garantizar efectivamente este derecho fundamental. La metodología de este informe se aplicará para el análisis de tutelas de 2025 y se espera presentar de forma comparada en una serie de años más amplia (2019-2025), para confirmar tendencias y explorar su asociación con determinantes socioeconómicos, en el marco de la edición número 20 de este informe realizado por la Defensoría del Pueblo.

2. Hallazgos principales del análisis

2.1. Concentración territorial de la judicialización

La judicialización del derecho a la salud presenta una alta concentración en algunos territorios del país. Antioquia lidera con 55 705 tutelas (20,5 % del total nacional), seguido de Valle del Cauca con 27 971 (10,3 %) y Bogotá D. C. con 26 372 (9,7 %). Estas zonas acumulan el 40,5 % de todas las tutelas. En el ámbito municipal, Medellín encabeza con 24 202 tutelas (8,9 %), seguida de Bogotá con al menos 16 931 y Cali con 14 565. Los 25 municipios con mayor volumen concentran cerca del 60 % del total, lo que permite indicar que la judicialización es un fenómeno que se concentra en ciudades capitales y centros urbanos.

Sin embargo, la tasa de tutelas por departamento revela un ordenamiento distinto: el Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina presenta una tasa que cuadruplica el promedio nacional (193,8 por 10 000 habitantes frente a un promedio de 51,7), seguido de Caldas (134,8), Arauca (131,1), Risaralda (128,3) y Norte de Santander (114,1). En el extremo opuesto, departamentos como Huila (38,7) y Bolívar (39,1) registran las tasas más bajas. El caso de Ocaña, municipio no capital con 4673 tutelas comparable a capitales departamentales, evidencia dinámicas particulares en la subregión del Catatumbo vinculadas a la vulnerabilidad social y la situación humanitaria.

2.2. Desempeño de las EPS y heterogeneidad institucional

El análisis por EPS revela una heterogeneidad significativa. Nueva EPS lidera en volumen absoluto con 63 176 tutelas (23,3 % del total), aunque su tasa de 51,2 por 10 000 afiliados se ubica cerca del promedio del sistema (45,3). En contraste, Savia Salud presenta una tasa de 118,8 (2,6 veces el promedio) con 22 177 tutelas concentradas casi exclusivamente en Antioquia. El INPEC exhibe la tasa más alta: 203,5 por 10 000, lo que refleja los problemas estructurales de atención en el sistema penitenciario. Famisanar (incluidas las tutelas que vinculan a CAFAM

y a Colsubsidio) registra tasas que superan el doble del promedio.

Los datos revisados por la Defensoría revelan que no existe una correlación entre las tasas de tutela y los costos de los procedimientos que se reclaman por esta vía. Esto sugiere que las diferencias en las tasas de litigiosidad entre EPS no se explican por la complejidad clínica de sus poblaciones, sino por barreras que obedecen principalmente a factores organizacionales y administrativos.

2.3. Barreras de acceso: hechos invocados en las tutelas

Los datos recolectados y analizados en este informe evidencian que las tutelas no se orientan a la obtención de prestaciones excepcionales, sino a la superación de fallas en la oportunidad, la integralidad y la continuidad de la atención.

Las citas con especialistas constituyen el hecho más frecuente (26,4 %, 71 455 tutelas), seguidas

por medicamentos (23,6 %, 63 943), transporte y viáticos (21,3 %, 57 718), hospitalización (19,7 %, 53 317), tratamiento integral (17,5 %, 47 313), cirugías (16,5 %, 44 653), demoras y negaciones explícitas (13,7 %, 37 044), insumos médicos (10,4 %, 28 069) y terapias de rehabilitación (8,3 %, 22 476).

En consecuencia, la superación de estas barreras vía acción de tutela es alta en tanto que la tasa de concesión general alcanza el 74,3 %, lo que indica que, en tres de cada cuatro casos, los jueces consideraron procedentes las pretensiones de los accionantes. Las solicitudes de transporte

registran la tasa más alta (83,0 %), seguidas de insumos médicos (82,6 %) y tratamiento integral (82,1 %), con ello se evidencia que en general, el sistema judicial resuelve favorablemente la gran mayoría de estas las tutelas.

2.4. Perfil diagnóstico y sobrerrepresentación con respecto a la población atendida en el sistema de salud

En el análisis de diagnósticos descritos en el texto para 147 922 tutelas (54,5 % del universo) -a partir de la codificación internacional CIE-10¹-, las enfermedades del sistema circulatorio dominan la distribución (12,2 %), seguidas de las enfermedades osteomusculares (9,9 %), las del sistema nervioso (8,5 %) y las enfermedades endocrinas (8,0 %) -que incluyen, por ejemplo, la diabetes-. La hipertensión arterial, entre los diagnósticos del sistema circulatorio, lidera con 15 314 menciones. Los trastornos mentales representan el 6,3 %, con presencia significativa de trastornos de ansiedad (3335), autismo infantil (2589) y episodios depresivos (2026).

Las enfermedades más complejas enfrentan barreras de acceso más altas respecto a su frecuencia en la población atendida en el sistema de salud. Las neoplasias, las afecciones neurológicas graves y las formas severas de epilepsia presentan la mayor sobrerrepresentación en tutelas. El costo mediano de los diagnósticos mencionados en tutelas es 20 % superior al de la atención general, lo cual confirma un sesgo moderado hacia condiciones más costosas y de mayor complejidad clínica. Este hallazgo debe ser confirmado, dado que se realizó sobre la información de los hechos, no sobre las pretensiones y sobre una proporción menor del total de tutelas analizadas.

¹ El CIE-10 es un sistema de clasificación y categorización de enfermedades propuesto por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el cual puede consultarse en: <https://ais.paho.org/classifications/chapters/pdf/volume1.pdf>

3. Relación entre pobreza, equidad y judicialización

Uno de los hallazgos más significativos desde el enfoque de derechos es la relación inversa entre la pobreza y la judicialización. Los departamentos con mayores niveles de pobreza multidimensional presentan las menores tasas de tutelas: Vichada (IPM² ~70 %) registra apenas 12 tutelas por 10 000 habitantes; La Guajira (IPM ~40 %) presenta una tasa cercana a 11 y Chocó (IPM ~35 %) alcanza apenas 16. En contraste, los departamentos del Eje Cafetero con un Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) entre 8 % y 10 % presentan tasas superiores a 75 por 10 000 habitantes. Esta relación, estadísticamente significativa, podría sugerir que la tutela opera de manera regresiva.

El modelo estadístico de datos de panel con efectos fijos (2018-2024) confirma que la densidad poblacional es el único determinante robusto y

estadísticamente significativo de la judicialización. Las poblaciones de territorios pobres y dispersos enfrentan una doble exclusión: barreras de acceso a los servicios de salud y a la justicia. La baja judicialización en territorios empobrecidos no necesariamente indica un desempeño favorable del sistema de salud y más bien sugiere dificultades de acceso a la justicia.

El costo del tratamiento de una enfermedad determinada en general, según los datos estadístico del Ministerio de Salud, es ligeramente inferior al costo de ese tratamiento obtenido vía tutela. Esto podría significar que la acción de tutela no discrimina por costo del diagnóstico cuando es accesible: incluso en los territorios más pobres, las personas que logran interponer una tutela lo hacen por afectaciones que implican gastos comparables al resto del país.

4. Sujetos de especial protección constitucional

la alta utilización de la tutela por grupos de especial protección sugiere un indicador de brechas estructurales en la atención prioritaria de las poblaciones más vulnerables.

Conforme con la base de datos de la Corte Constitucional, del universo de tutelas en salud, 104 924 (39,57 %) corresponden a acciones en favor de sujetos de especial protección constitucional, distribuidas así: mujeres gestantes (1,06 %), mujer lactante (0,19 %), mujer cabeza de hogar (1,02 %), población migrante (1,76 %), personas con discapacidad (física, mental, sensorial o múltiple)

(15,37 %), población étnicas (indígena, raizal, afro y otro) (5,17 %), población campesina (0,28 %), adulto mayor (24, 65 %), personas privadas de la libertad, personas con enfermedad grave (35,30 %), población en pobreza extrema (0,08 %), habitante de calle (0,11 %), desplazado (0,31 %), víctima de violencia (0,25 %) y víctima de violencia sexual (0,08 %).

Esta clasificación, realizada a partir de la base de datos suministrada por la Corte Constitucional, se convierte en la puerta de entrada de la acción de tutela y no permite clasificar detalladamente

² El Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) es un indicador que mide la pobreza más allá del ingreso; evalúa múltiples privaciones que afectan la calidad de vida de los hogares. En Colombia incluye dimensiones como educación, salud, trabajo, niñez y juventud y condiciones de la vivienda y los servicios públicos, para permitir identificar carencias simultáneas que enfrentan las personas.

algunas de las categorías. Por ejemplo, en el caso de pertenencia étnica lo hace para indígenas, afros, en algunos casos raizal y otros.

Situación similar se ve con la categoría de extranjero que no permite establecer si se trata de residente, turista o la condición específica como migrante. La población migrante enfrenta barreras específicas de afiliación y continuidad en la atención, con concentración de tutelas en departamentos de frontera como Norte de Santander, Putumayo, Arauca y La Guajira. Las personas privadas de la libertad presentan las

tasas más altas de judicialización del derecho a la salud (INPEC: 203,5 por 10 000), lo que refleja el estado de cosas inconstitucional documentado por la Corte Constitucional. Las personas con enfermedades graves —incluidas las condiciones de salud mental— enfrentan barreras agravadas por la necesidad de atenciones frecuentes, prolongadas y de mayor costo. La recurrencia a la tutela manifiesta la incapacidad institucional para aplicar de manera efectiva el enfoque diferencial que exige la Constitución.

5. Conclusiones y recomendaciones de política pública

5.1. Conclusiones

La acción de tutela se ha consolidado como la principal vía de acceso a la justicia en materia de derecho a la salud, al desplazar su carácter de recurso excepcional. Esto es así, en tanto, la Corte ha indicado que la función jurisdiccional de la Superintendencia Nacional de Salud no es idónea ni eficaz; por lo tanto, la tutela resulta ser el mecanismo para lograr la protección de este derecho fundamental (Sentencia T-377 de 2024 que reiteró la SU-508 de 2020). Los más de 265 000 casos analizados constituyen igual número de historias individuales de ciudadanos que encontraron en la acción judicial un mecanismo de último recurso. Los patrones identificados —concentración territorial e institucional, heterogeneidad entre EPS, sesgo hacia condiciones costosas y la paradoja de que quienes más necesitan el mecanismo son quienes menos acceden a él— no son aleatorios ni coyunturales, sino que reflejan las características estructurales del diseño institucional del sistema de salud colombiano.

Los hallazgos son consistentes con la revisión sistemática de la literatura y los documentos técnicos oficiales, que identifican la judicialización como un síntoma de problemas del sistema de salud: factores estructurales, de financiamiento y gobernanza; factores institucionales de fallas administrativas y desarticulación, y factores sociales de asimetrías de información entre los ciudadanos que interponen acciones judiciales; debido a factores de inequidad, algunos logran navegar mejor que otros el aparato judicial, conocen mejor cómo funciona el sistema de salud, cuáles son las coberturas y se sienten más empoderados para hacer cumplir su derechos fundamentales. Los efectos de la judicialización son ambivalentes: si bien es un instrumento eficaz para garantizar el acceso oportuno y catalizar reformas, el hecho de que se use más en departamentos más ricos podría sugerir inequidades, además fragmenta la política sanitaria y genera presiones presupuestales imprevistas.

5.2. Recomendaciones

Primero, las diferencias territoriales en la judicialización exigen al congreso y al gobierno diseñar una gobernanza del sistema de salud con un fuerte enfoque territorial y la priorización de poblaciones con protección constitucional especial, que fortalezca la conformación y la coordinación de redes de prestadores públicos y privados, con una supervisión robusta. Por ejemplo, los formuladores de política pública deben diseñar una manera sistemática de incluir y reconocer el transporte con enfoque diferencial para ser sufragado por el sistema de salud, así como avanzar en un listado de medicamentos indispensables que deben estar disponibles en todo momento y en cualquier región, con una financiación ajustada a las necesidades territoriales.

Segundo, la relación inversa entre la pobreza y la judicialización requiere intervenciones específicas por parte de la Rama Judicial y el Ministerio de Justicia para garantizar el acceso a la justicia constitucional y acercarla a territorios dispersos y a poblaciones vulnerables para fortalecer las capacidades del sistema de salud en esas regiones.

Tercero, la tendencia creciente de las tutelas, además de indicar la necesidad de una reforma estructural, indica también la necesidad de fortalecer los mecanismos administrativos

para el acceso a la atención en salud y las vías de reclamación no judiciales a través de la Superintendencia Nacional de Salud de modo que la tutela retorne a su carácter de recurso excepcional.

Cuarto, las diferencias en las tasas de judicialización por enfermedad y por EPS exigen un análisis sobre las bondades y limitaciones de la forma en la que opera actualmente el sistema de salud, dada la diversidad geográfica y las profundas inequidades del país.

Quinto, el fortalecimiento del diálogo interinstitucional entre el sistema de salud y el sistema judicial, incluida la capacitación técnica de los operadores judiciales en temas de salud pública, constituye una condición necesaria para que las decisiones judiciales sean coherentes con las políticas públicas vigentes y no comprometan la equidad ni la sostenibilidad del sistema.

Finalmente, este informe abre una agenda de investigación que requiere el acceso a las bases de datos de la rama judicial y a otras bases de datos administrativas y de coordinación para su exploración.



Introducción

El presente informe tiene como propósito caracterizar y analizar las acciones de tutela relacionadas con el derecho a la salud a partir de las bases de datos disponibles en la Corte Constitucional de 2024, año que marcó un hito en la historia del mecanismo de tutela en Colombia³. Con 912 614 acciones radicadas, el país alcanzó la cifra más elevada desde la creación de este instrumento constitucional en 1991, lo que representa una tasa de 173,46 tutelas por cada 10 000 habitantes. El informe presenta, inicialmente, las cifras de tutelas y su trayectoria histórica y un enfoque metodológico mixto (cuantitativo-cualitativo) con variables territoriales, epidemiológicas y la valoración de determinantes socioeconómicos que inciden en la judicialización de este derecho que representa un aporte a las brechas de investigación de estos asuntos. La metodología se está aplicando a la base de datos de tutelas de 2025 de forma paralela, para ajustar el rezago en la presentación del informe y los resultados comparados en un informe que se realice durante 2026.

En este informe se incorpora una revisión de las publicaciones sobre judicialización en Colombia y América Latina para identificar tendencias, coincidencias y brechas en la investigación, que permitan orientar decisiones y mejorar los esfuerzos por garantizar el disfrute pleno del derecho a la salud. Los resultados del informe se presentan en tres grandes apartados: i) los resultados de la revisión sistemática, ii) el análisis cuantitativo y ii) el análisis cualitativo de una muestra de tutelas seleccionadas que consideren los sujetos de especial protección constitucional. Los análisis se realizan a la luz de la jurisprudencia nacional y de las obligaciones internacionales del Estado en materia de derechos humanos, especialmente en relación con dicho derecho, contenidas en la Observación General N.º 14 (ONU, 2000, párr 59).

Las conclusiones y recomendaciones se clasifican en aquellas relacionadas con políticas públicas y aquellas para mejorar la gestión y la eficacia de los recursos y acciones judiciales, de forma que los distintos actores del sistema de salud y de la rama judicial aborden los retos y las barreras de acceso que dificultan el disfrute del derecho fundamental a la salud de los colombianos.

³ La Defensoría del Pueblo utiliza como fuente de información la base de datos de la Corte Constitucional; allí se reciben todas las tutelas que se radican en Colombia.

Las cifras de tutelas y su trayectoria histórica

La trayectoria histórica del mecanismo puede analizarse a partir de cinco etapas diferenciadas. La primera, comprendida entre 1992 y 1998, corresponde al periodo de incorporación constitucional y apropiación inicial. La segunda etapa, de expansión acelerada (1999 a 2005), registró un incremento del 125 % entre 1998 y 1999, cuando las tutelas superaron las 86 000. Para 2005, la cifra ascendió a 224 270 y duplicó lo registrado cinco años antes (Defensoría del Pueblo, 2023).

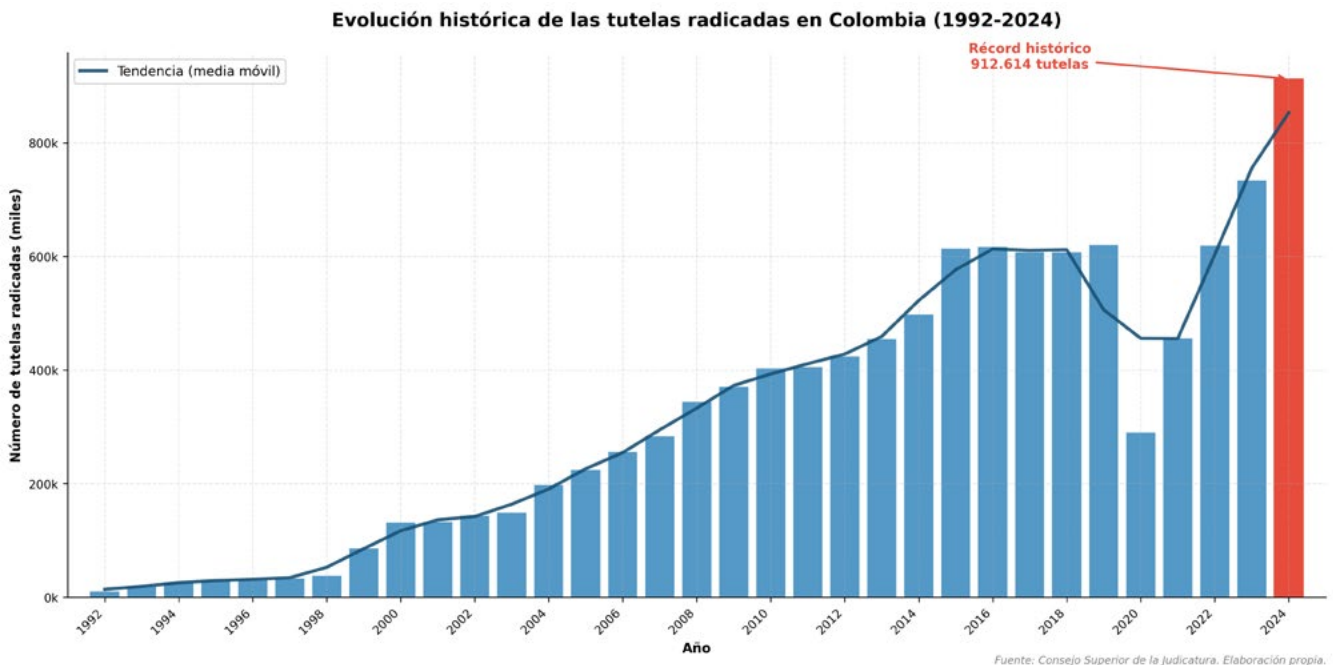
La tercera etapa se dio entre 2006 y 2015, caracterizada por un crecimiento moderado con promedio anual del 11 % de tutelas en general. En 2015, las tutelas radicadas alcanzaron 614 520, equivalentes a una tasa de 127,49 por cada 10 000 habitantes. Esta fase refleja una madurez institucional del mecanismo y una apropiación sostenida por parte de la ciudadanía, sin que ello signifique la superación de las deficiencias

y barreras en la prestación del servicio de salud que motivaron en un principio su utilización (Defensoría del Pueblo, 2023).

La cuarta etapa entre 2016 y 2020, donde se observa poca variación de porcentajes de tutelas por año, con un descenso del 53 % para 2020. Esta reducción se atribuye a las restricciones operativas y judiciales derivadas de la pandemia por el COVID-19, que incluyeron el aislamiento preventivo obligatorio que limitó la movilidad, el acceso digital y la capacidad de radicación.

Finalmente, la etapa de repunte iniciada en 2021 registró un incremento del 57 % respecto al año anterior. El crecimiento sostenido continuó en los años subsiguientes, hasta alcanzar en 2024 las 912 614 tutelas que constituyen el máximo histórico de la serie analizada.

Figura 1. Evolución histórica de las tutelas radicadas en Colombia (1992-2024)

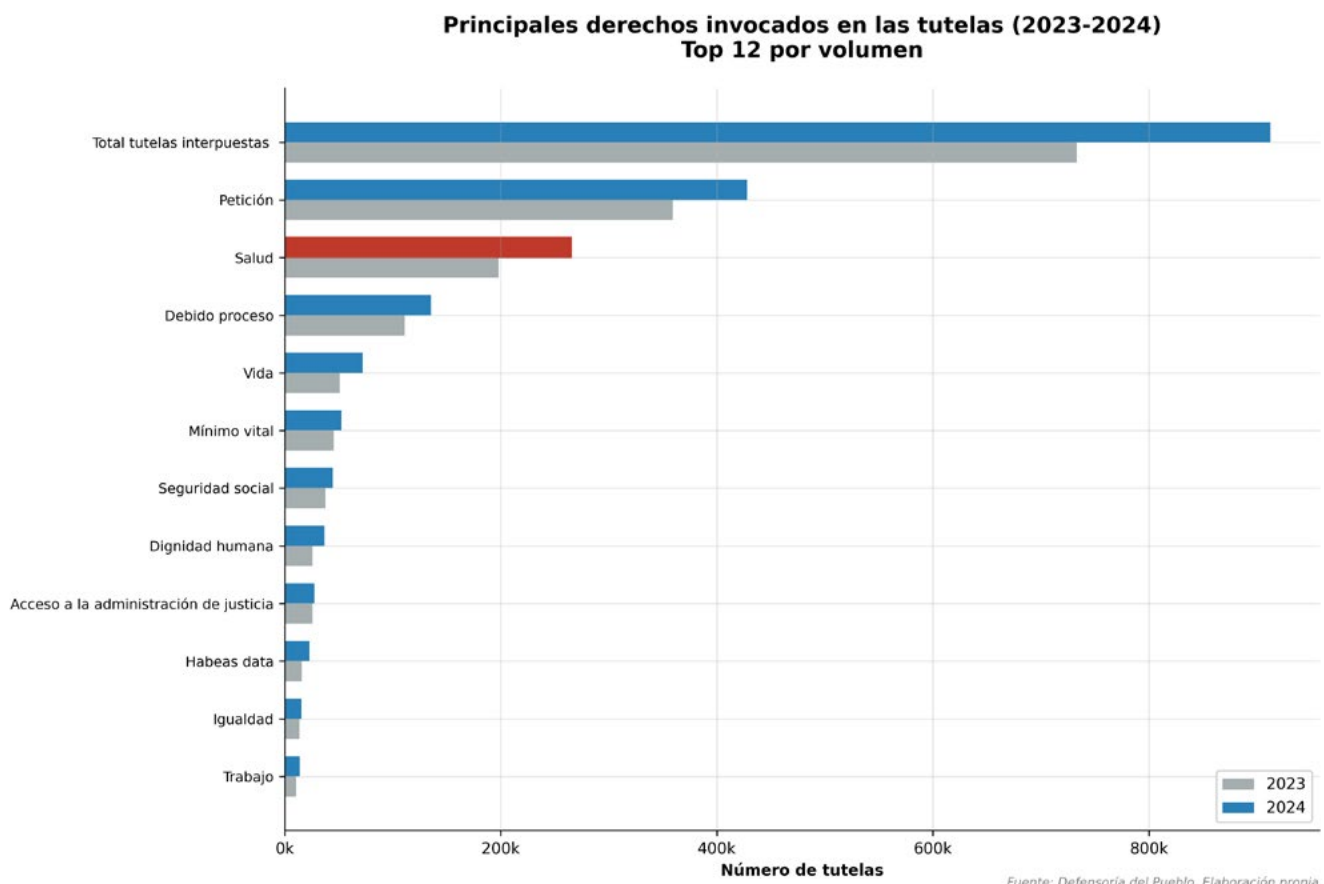


Fuente: elaboración propia a partir de datos suministrados por la Corte Constitucional

El análisis de los derechos invocados en las acciones de tutela durante 2024 revela la preponderancia del derecho de petición, invocado en 428 253 ocasiones (46,93 %). Mientras el derecho a la salud ocupa el segundo lugar con 265 173 invocaciones (29,06 %), seguido del debido proceso con 135 451 (14,84 %), el derecho a la vida con 72 346 (7,93 %), el mínimo vital con 52 487 (5,75 %) y la seguridad social con 44 284 (4,85 %). La comparación interanual evidencia que el derecho a la salud registró el mayor crecimiento absoluto entre los derechos con alta frecuencia de invocación, con un incremento del 34,08 % respecto a 2023.

Pese a la existencia de un marco constitucional y normativo robusto para la protección del derecho a la salud -especialmente sustentado en la Ley Estatutaria de la Salud de 2015-, la evidencia muestra que, a lo largo de los años, la búsqueda de protección judicial aumentó de forma significativa. Lo anterior pone en evidencia el déficit persistente entre las políticas públicas y los mecanismos ordinarios del sistema de salud para impactar de manera suficiente la garantía efectiva de derechos fundamentales, lo cual obliga a los ciudadanos a acudir de forma reiterada al juez constitucional.

Figura 2. Principales derechos invocados en las tutelas [2023-2024]. Top 12 por volumen



Fuente: elaboración propia a partir de datos suministrados por la Corte Constitucional

La participación del derecho a la salud (línea roja) en el total de tutelas radicadas presenta variaciones a lo largo del tiempo. El punto más elevado se registró en 2008, cuando alcanzó el 41,50 % del total y coincidió con el año de expedición de la Sentencia T-760⁴. Entre 2009 y 2021, la participación osciló entre el 20 % y el 34 %, con un descenso particularmente pronunciado durante los años de la pandemia.

Para 2024, las tutelas en salud representaron el 29,06 % del total nacional, por encima del promedio histórico de 28,73 % calculado para el periodo 1999 a 2024, y con un volumen absoluto sin precedentes. El total acumulado de tutelas relacionadas con el derecho a la salud entre 1999 y 2024 asciende a 2 779 815, cifra que dimensiona la magnitud de la judicialización de este derecho en el país.

Las fallas, inequidades e ineficiencias en la regulación del sistema continúan limitando el goce efectivo de ese derecho, lo que, además, afecta el ejercicio de otros derechos directa e indirectamente relacionados. La Encuesta de Convivencia y Seguridad Ciudadana de 2024 del DANE destacó que, entre las necesidades jurídicas⁵ con mayor número de reclamaciones, se encuentran la prestación de servicios de salud, pensiones y riesgos laborales. Salud se ubica en el segundo lugar con un 14,8 % del total de conflictos reportados. Este dato es consistente con el incremento de quejas ante la Superintendencia Nacional de Salud del informe defensorial *Medicamentos inaccesibles, derechos vulnerados: un análisis con enfoque territorial* (Defensoría del Pueblo, 2025).

A su vez, la Sala Especial de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional ha identificado, en los autos 584 de 2022, 1174 y 1282 de 2025, señales preocupantes en algunas regiones del país, donde se han anunciado restricciones o cierres en la atención a usuarios de varias EPS. Esta situación, según el alto tribunal, evidencia una problemática que ha desencadenado una crisis del sistema de salud. En particular, las deficiencias en la oportunidad en la prestación de servicios de salud y el acceso efectivo a medicamentos, coinciden con la recurrencia de la acción de tutela como mecanismo de protección.

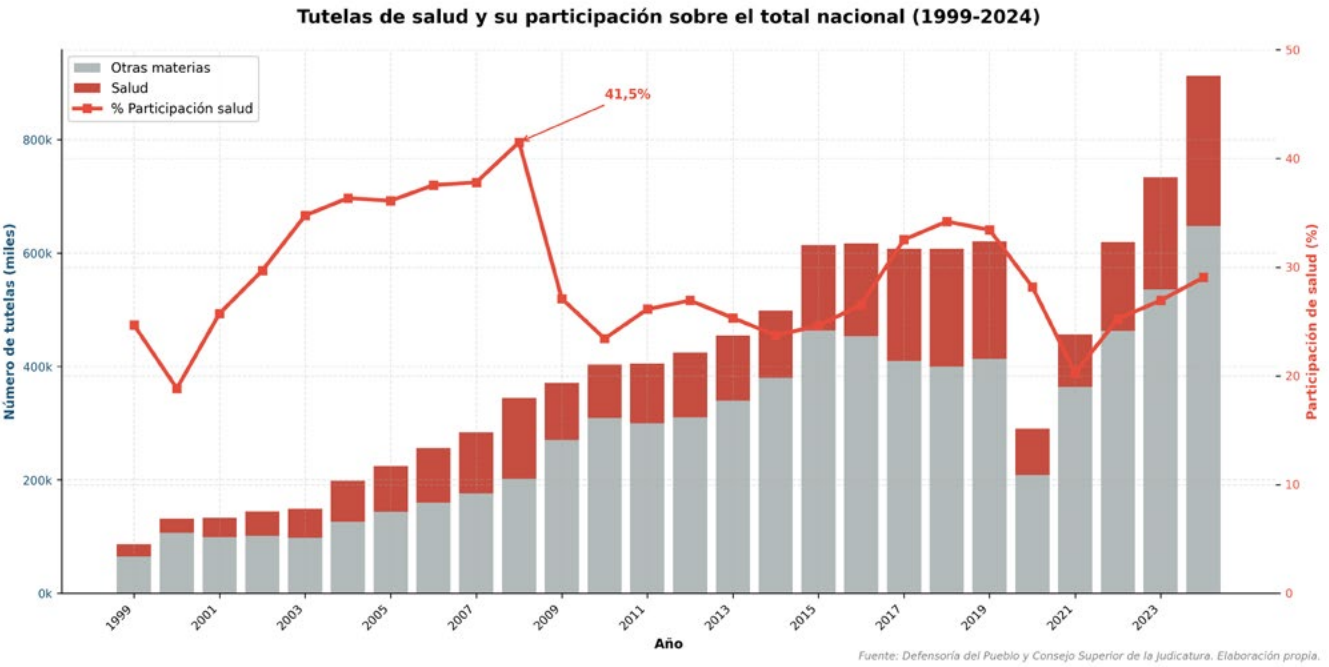
Lo anterior desconoce el principio de progresividad y la prohibición de regresividad del derecho a la salud, derivados del artículo 2.1 del PIDESC e incorporados al bloque de constitucionalidad en virtud del artículo 93 de la Constitución.

Al respecto, la Corte Constitucional ha señalado —entre otras, en la Sentencia C-313 de 2014 y en los autos de seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008— que el Estado tiene la obligación de evitar retrocesos injustificados en el goce efectivo del derecho a la salud y de adoptar medidas oportunas cuando se evidencian fallas estructurales en su prestación. En este contexto, el incremento de las acciones constitucionales en salud durante 2024 constituye un indicio relevante de deterioro en la garantía efectiva del derecho, que exige una respuesta institucional orientada a corregir las fallas que están generando la judicialización creciente del acceso a los servicios de salud.

⁴ Decisión estructural de la Corte Constitucional que declaró la vulneración sistemática del derecho a la salud y ordenó medidas de corrección al sistema.

⁵ El DANE entiende por necesidad jurídica "un problema, conflicto o desacuerdo que debe haber afectado un derecho, o alguna circunstancia que afecta el goce y disfrute del mismo al punto de que se requeriría la intervención de un tercero. De acuerdo con lo anterior, los tres elementos que definen una necesidad jurídica son: 1. Un ciudadano que entiende que se le ha afectado un derecho reconocido en el ordenamiento jurídico. 2. Otra parte con la cual el ciudadano tiene la disputa, conflicto o desacuerdo sobre la afectación del derecho. 3. La necesidad de requerir la intervención del Estado o tercero autorizado por este para que su derecho sea garantizado o respetado".

Figura 3. Tutelas de salud y su participación sobre el total nacional (1999-2024)



Fuente: elaboración propia a partir de datos suministrados por la Corte Constitucional



Metodología

La metodología se fundamenta en la revisión sistemática de la literatura, un análisis cuantitativo que incluye un modelo estadístico y un análisis cualitativo con enfoque en sujetos de especial protección (Ver anexo metodológico).

La revisión sistemática incluyó estudios cuantitativos y cualitativos que analizan el litigio del derecho a la salud en Colombia y Latinoamérica, así como publicaciones académicas en revistas indexadas, trabajos académicos y documentos de política pública (resúmenes de política, notas conceptuales, *white paper*, entre otros.) y documentos técnicos emitidos por entidades oficiales del ámbito nacional, publicados entre 2015 y 2025.

El análisis cuantitativo se fundamenta en un muestreo (estratificado y representativo) con caracterización diferencial de las tutelas a partir de las bases de datos de la Corte Constitucional, las bases de datos del sistema de salud y protección social y de otras fuentes oficiales, lo cual permite presentar las distribuciones de las tutelas por departamentos y municipios, de la distribución geográfica de los juzgados y de las tendencias de las decisiones, a la vez que las tutelas por EPS. Estos datos se analizan de forma cruzada con variables de diagnóstico y epidemiológicas, de pobreza y permiten realizar estimaciones y simulaciones de los determinantes socioeconómicos de la judicialización.

El análisis cualitativo realiza una observación más detallada de una selección de tutelas con enfoque en sujetos de especial protección.

I. Judicialización del derecho a la salud en la literatura

A partir del análisis sistemático de la literatura se identificaron cuatro temáticas relevantes para describir y analizar el estado del arte de los estudios de tutelas, judicialización, litigio y derecho a la salud (Ver figura 4): la caracterización de quienes usan los mecanismos de amparo, los determinantes y los efectos de la judicialización y las brechas de conocimiento.

Figura 4. Mapa conceptual de la caracterización de los contenidos de los estudios de tutelas, judicialización, litigio y derecho a la salud.



Fuente: elaboración propia a partir de la base de datos de literatura construida por el equipo para la revisión sistemática.

1. Caracterización de la judicialización, las tutelas y demandas en salud

Los estudios incluidos caracterizan la judicialización en salud mediante el análisis descriptivo de las tutelas, demandas o acciones judiciales, para identificar el perfil socioeconómico y demográfico de los accionantes, los servicios de salud reclamados, las decisiones y resultados de estas solicitudes.

En los estudios se identificó que las pacientes del sexo femenino y los pacientes adultos (18 a 59 años) presentan mayores demandas judiciales o acciones de tutela (Andrade et al., 2023; Biehl et al., 2012; S. C. P. Oliveira et al., 2024; Salha et al., 2022).

Sobre las variables socioeconómicas, algunos autores afirman que las demandas son solicitadas en su mayoría por personas con altos recursos financieros (Chieffi & Barata, 2009a; Lopes et al., 2019); no obstante, otros reportan que quienes con ingresos más bajos son los que más acceden a este tipo de herramientas judiciales (Biehl et al., 2012; Gómez-Ceballos et al., 2019; Oliveira et al., 2024).

En términos de los servicios demandados, la literatura científica, especialmente desde autores de Brasil, se concentra en el análisis de la judicialización para el acceso a medicamentos. Las principales condiciones de salud para las cuales se solicitaron medicamentos mediante vía judicial fueron para enfermedades cardiovasculares, neurológicas, diabetes, cáncer y enfermedades huérfanas (Macedo et al., 2011; Oliveira et al., 2025; Pacheco et al., 2023).

Se destaca el trabajo de Freiberg y Espín (2022), que establece categorías de judicialización, de acuerdo con el tipo de medicamentos demandados, para mejorar las recomendaciones de gestión de los recursos judiciales y de política pública (medicamentos cubiertos o no por sistemas públicos y según el costo).

2. Determinantes para el uso del litigio y la judicialización en salud

Se observa una convergencia significativa entre los distintos textos analizados respecto a dichos determinantes, los cuales, desde los niveles macro, meso y micro del análisis social coinciden principalmente en:

Determinantes macro, es decir, aquellos que podrían estar relacionados con los grandes procesos sociales, las instituciones, los sistemas económicos y las

estructuras de poder. Dentro de estos se resalta el impacto de las reformas neoliberales en los sistemas de salud, caracterizadas por procesos de desfinanciamiento y desregulación de los servicios (Coelho Tavares Da Silva et al., 2024; Echegoyemberry, 2025; Mariot et al., 2024). Los estudios señalan, además, la insuficiencia de políticas públicas adecuadas, la debilidad de la regulación del sector privado de

salud y el desfinanciamiento de programas y políticas fundamentales, así como la desarticulación o eliminación de organismos de control y regulación sanitaria (Chieffi et al., 2017).

Estas condiciones estructurales se traducen en fallas persistentes del sistema de salud, profundas desigualdades en el acceso y la calidad de los servicios, brechas asociadas al ingreso y al nivel educativo, barreras geográficas y territoriales y obstáculos adicionales para poblaciones históricamente vulneradas (Acevedo et al., 2020).

De otro lado, se identificó un importante volumen de literatura que resalta, especialmente, la influencia del sector privado y específicamente de la industria farmacéutica, en las solicitudes de cobertura de medicamentos a través de la vía judicial. La demanda generalizada de medicamentos, inducida por prescripciones médicas y presiones de la industria farmacéutica, se reconoce como un factor que contribuye al litigio en salud. A esta situación se le ha denominado la “farmaceutización” (Williams et al., 2011). El uso de este mecanismo judicial puede garantizar el mercado y la financiación de medicamentos nuevos y costosos, aun cuando no representan un valor terapéutico adicional, pero con alto impacto en el gasto público en salud (Biehl & Petryna, 2016; Lyra et al., 2021; Oliveira et al., 2025, Vargas-Peláez et al., 2019).

Un ejemplo de estos determinantes macroestructurales se evidencia al analizar la situación en Colombia a partir de los documentos técnicos oficiales desglosados en este estudio (Defensoría del Pueblo, Ministerio de Salud y Protección Social y Corte Constitucional). La acción en tutela es el instrumento jurídico por excelencia contra la vulneración o la amenaza de los derechos fundamentales a la salud y a la seguridad social, de manera individual o en conjunto con otros derechos (dignidad humana, mínimo vital, entre otros).

En segundo lugar, los determinantes meso, que consideran estructuras que conectan a los

individuos con la sociedad, a través de organizaciones o instituciones, en este caso, se enfocan en las capacidades y dinámicas de funcionamiento de los sistemas de salud y judiciales. Los documentos revisados señalan la ausencia o debilidad de mecanismos no adversariales suficientes para la resolución de conflictos en salud, una baja capacidad de respuesta por parte de las instituciones públicas y una deficiente articulación interinstitucional; a ello se suman falencias en la formación y especialización de los decisores judiciales en temáticas en salud, en donde se requiere asesoramiento para comprender los detalles técnico-científicos detrás de este tipo de solicitudes. (Echegoyemberry, 2025; Gómez-Ceballos et al., 2019; Lyra et al., 2021).

En este contexto, la amplia disponibilidad de mecanismos judiciales rápidos (acción de tutela, acción popular, entre otros), la debilidad de los procedimientos administrativos previos, la alta probabilidad de éxito de las acciones judiciales y la reiterada falta de cumplimiento de las decisiones adoptadas por los jueces de la República contribuyen a consolidar la judicialización como un sustituto de la política pública, más que como un recurso excepcional (Acevedo et al., 2020; Coelho et al., 2021).

Como lo afirman Gauri y Brinks (2008), los derechos constitucionales apoyan demandas de bienes y servicios sociales y económicos, a menudo, pero no siempre, a través de las cortes u otras instituciones cuasilegales. Agregan que las cortes están asumiendo un rol cada vez más importante en decidir la amplitud a la que el interés aparentemente no negociable consagrado en las constituciones debería ser considerado y protegido en la formulación de políticas (como se citó en Quinche y Rivera, 2010). En ese sentido, la literatura expresa tensiones que añaden complejidad al sistema de salud y dificultan su operación.

En este nivel también se describen las deficiencias administrativas y de gestión para el suministro de servicios y tecnologías de salud,

sobre todo, aquellos que ya cuentan con cobertura del sistema de salud. En algunos casos, la judicialización se ha asociado a la planificación insuficiente, fallas logísticas y de programación, retrasos en los procesos de adquisición, recursos financieros y humanos insuficientes e incluso ausencia de comisiones de farmacia y terapéutica para la actualización oportuna de los listados de cobertura. Situaciones que en su conjunto pueden llevar a una escasez y demanda insatisfecha de medicamentos y tecnologías en salud, que motivan a los pacientes al uso de los mecanismos judiciales (Biehl et al., 2012; Oliveira et al., 2024; Pinto & Osorio-de-Castro, 2015).

En tercer lugar, se encuentran los determinantes micro, relacionados con las interacciones y roles individuales, donde se evidencian patrones relevantes en las percepciones, prácticas e influencia de los interesados. De esta manera se observa que no se identifican de manera significativa acciones judiciales orientadas a exigir acciones de prevención o promoción de la salud que busquen proteger al individuo de riesgos o desarrollos de enfermedades; en su lugar, predominan las solicitudes vinculadas a la atención curativa individual.

Asimismo, se destaca una limitada consulta o diálogo con las comunidades en los procesos de formulación de políticas públicas, lo que refuerza la brecha entre las necesidades sociales y las interacciones entre comunidad, frente a las respuestas institucionales, lo cual contribuye a la utilización del litigio como principal vía de participación y exigibilidad de derechos (Echegoyemberry, 2025).

Dentro de los determinantes micro también se identifican factores relacionados con la presencia de asesoría jurídica y su influencia en la presentación de las solicitudes judiciales. El acceso a abogados privados o defensores públicos se asoció con una mayor probabilidad de judicialización y resultados individuales a favor de los accionantes (Chieffi & Barata, 2009b; Gómez-Ceballos et al., 2019; Socal et al., 2020).

3. Efectos e impactos del litigio y la judicialización en salud

Respecto a los resultados del proceso de judicialización, la mayoría de los autores incluidos indican que los jueces fallan a favor de los accionantes (Coelho Tavares Da Silva et al., 2024; Oliveira et al., 2021a).

La mayoría de los documentos revisados reconoce que el uso de esta herramienta genera impactos positivos y negativos sobre los sistemas de salud, las políticas públicas y

la garantía del derecho a la salud. Asimismo, estos efectos pueden interpretarse como efectos materiales y simbólicos derivados del resultado de las órdenes judiciales.

Entre los impactos positivos se destaca el papel del litigio como un mecanismo efectivo para facilitar el acceso a servicios, tecnologías y medicamentos que no son garantizados oportunamente por los sistemas de salud. Esto es un efecto

material; conlleva a la entrega y prestación del servicio de salud demandado. Asimismo, como impactos simbólicos, se señala su contribución al fortalecimiento de los estándares de derechos, al visibilizar vulneraciones estructurales y activar debates públicos y políticos en torno a las fallas del sistema sanitario (Echegoyemberry, 2025; Rojas & Perilla, 2021; Vieira, 2023).

Además, se han identificado casos donde, de manera indirecta, la judicialización ha impulsado mejoras en políticas públicas, al generar presión institucional para la adopción de reformas normativas y administrativas, así como cambios que, en determinados contextos, han beneficiado a amplios sectores de la población y no únicamente a los demandantes individuales (Acevedo et al., 2020; Ezer, 2016; Martins & Allen, 2020; Uprimny & Durán, 2014).

Adicionalmente, se resalta que el litigio puede fortalecer los movimientos sociales y la movilización comunitaria, incrementar la conciencia pública y política sobre el derecho a la salud y empoderar a personas y comunidades históricamente marginadas (Ezer, 2016; Keehn & Nevin, 2018); en este sentido, los casos legales no solo resuelven controversias individuales, sino que también pueden catalizar cambios sostenibles en leyes, políticas y prácticas institucionales.

Por otro lado, también se advierte sobre una serie de impactos negativos asociados a la judicialización en salud, entre los que resalta el riesgo de reforzar desigualdades existentes. Adicionalmente, plantea una postura compleja en torno a que la judicialización tiene el potencial de generar mayores disparidades en el acceso a los servicios de salud, en los sistemas de salud privados y en los públicos (Oliveira et al., 2025).

Para algunos autores se considera que el litigio se convierte en un obstáculo para el acceso a la salud, ya que en la mayoría de los casos prospera para quienes lo interponen, pero para quienes no lo hacen, se perpetúa la vulneración del derecho (Rojas & Perilla, 2021; Ferraz, 2018). Distintos

estudios, que emplearon diversas metodologías, consideran que la presentación de acciones judiciales suele estar más disponible o con mayor facilidad de acceso para actores con mayores recursos económicos, capacidades organizativas, con mayor acceso a la información o mayor proximidad a regiones con instituciones judiciales más robustas (Chieffi & Barata, 2009b). En este sentido podría existir una posible captura del derecho por parte de grupos o personas con mayor poder adquisitivo, lo que puede distorsionar las prioridades sanitarias y profundizar inequidades en la asignación de recursos destinados a otras políticas colectivas, lo cual, no se tiene en cuenta en el momento de dictar la resolución judicial (Echegoyemberry, 2025; Paixão, 2019; Uprimny & Durán, 2014).

La judicialización y el litigio en salud también puede reflejar una desconexión y roles confusos para la regulación y gestión de los servicios de salud; se convierte en el espacio en donde los jueces suplen a los ordenadores del gasto en salud y gestores de los servicios (Rojas & Perilla, 2021). Al actuar de esta manera, se ejerce una interferencia en las etapas del ciclo de atención en salud, que debilita procesos técnicos, como la selección y evaluación de medicamentos y tecnologías sanitarias.

De otro lado, se destacan efectos sobre la gestión y planificación de los sistemas de salud, como la desorganización de la programación sanitaria, presiones presupuestales imprevistas, fragmentación de las políticas públicas y tensiones entre autoridades judiciales y sanitarias, además de la sobrecarga del sistema judicial, la judicialización de decisiones propias de la política pública y la pérdida de liderazgo de las autoridades sanitarias (Acevedo et al., 2020; Vieira, 2023).

Entre estos impactos se resalta la obligación a la que se someten las instituciones prestadoras de servicios de salud, a la adquisición de medicamentos u otros servicios no incorporados a las políticas públicas ni registrados ante la autoridad regulatoria, con el consecuente impacto económico que estas decisiones conllevan (Acosta et al., 2019; Gutiérrez Silva, 2025).

Por ejemplo, un estudio en Ecuador, que analizó 26 procesos judiciales entre 2012 y 2018, encontró que, para 16 medicamentos en litigio, el 37,5 % fueron clasificados por la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) como medicamentos que requieren seguimiento adicional. Si bien el 97 % de las sentencias declaró que los medicamentos en litigio mejoraron la calidad de vida o la supervivencia, los ensayos clínicos que respaldan su beneficio y seguridad reportaron resultados favorables en menos del 20 % de los casos para las indicaciones impugnadas judicialmente. Estos hallazgos respaldan la existencia de discrepancias significativas entre la evidencia científica disponible y los argumentos que sustentan las decisiones judiciales en casos relacionados con el acceso a medicamentos (Mena Ayala & Maldonado, 2025).

La dinámica de cumplimiento de las decisiones judiciales, que frecuentemente implica respuestas y plazos inmediatos, puede conducir, según lo evidenciado por algunos autores, al bloqueo de cuentas financieras y a la liberación directa de recursos a los pacientes o a proveedores privados, lo que desarticula la planificación sanitaria (Oliveira et al., 2021b). Este escenario resulta especialmente crítico en el caso de medicamentos judicializados para enfermedades crónicas, autoinmunes y genéticas raras, que concentran el mayor impacto presupuestal y obligan a los gestores a realizar compras urgentes, en pequeños volúmenes y sin procesos de licitación, con la amenaza de sanciones económicas, que sobrecargan así al sistema de salud y comprometen su eficiencia y equidad (Lyra et al., 2021).

Los estudios que se encargaron de analizar el impacto económico de la judicialización encuentran que este mecanismo evidencia una presión sustantiva y persistente sobre el financiamiento de los sistemas de salud (Oliveira et al., 2019). Por ejemplo, el estudio realizado por Oliveira y colaboradores (2025), que realizó un seguimiento en Brasil durante un periodo de cinco años a las decisiones judiciales de medicamentos y su impacto financiero, encontró que el gasto judicializado en medicamentos representó cerca del

46 % del gasto programado para este rubro, lo cual revela una desviación significativa de la planificación presupuestaria. Este efecto se intensificó en el caso de medicamentos nuevos sin evaluación técnica o con alternativas de financiamiento, los cuales concentraron el 76 % del gasto total en salud (Oliveira et al., 2025).

Diversos estudios han evidenciado que la judicialización en salud tiene un impacto significativo sobre el gasto público. Por ejemplo, decisiones judiciales que ordenan la adquisición de medicamentos de marca específica podrían representar en promedio el 85,4 % del gasto. Mientras que los agentes antineoplásicos e inmunomoduladores, seguidos de medicamentos para el tracto alimentario y metabolismo y para el sistema respiratorio, podrían representar cerca del 82 % de los recursos. Asimismo, se ha reportado que el cumplimiento de órdenes judiciales puede representar hasta el 21 % del gasto total en salud, a través de procesos de compra que inciden directamente en la forma como se asigna el presupuesto del sector (Pacheco et al., 2023). Así, la judicialización no solo supone una carga para el aparato judicial, sino que también puede comprometer los presupuestos institucionales y territoriales y afectar, en algunos casos, la ejecución de otras acciones o programas de atención en salud (Oliveira et al., 2019).

Finalmente, algunos documentos subrayan limitaciones adicionales, como las dificultades para la implementación efectiva de las sentencias judiciales y el riesgo de represalias o violencia contra los accionantes (Ezer, 2016). Estas situaciones muestran las debilidades institucionales en la ejecución de las decisiones judiciales, en la materialización de las órdenes y en la protección de quienes acuden a la justicia, lo que refuerza la obligación del Estado de fortalecer sus capacidades administrativas, de seguimiento y de protección, sin deslegitimar la exigibilidad judicial como un mecanismo para la garantía del derecho fundamental a la salud, particularmente en contextos donde persisten fallas estructurales en el acceso efectivo a los servicios.

4. Brechas de conocimiento identificadas en la revisión

En los artículos analizados, los autores indican diferentes brechas de conocimiento sobre la judicialización, el litigio y las tutelas en salud. Estas brechas de conocimiento son de carácter metodológico y operativo. En lo metodológico, la necesidad de contar con mecanismos estandarizados de información que faciliten los análisis cualitativos y cuantitativos (Diniz et al., 2014; Freiberg & Espin, 2022; Oliveira et al., 2021b; Pepe et al., 2010; Reveiz et al., 2013) o la incorporación de metodologías que valoren adecuadamente el impacto de las tutelas, sobre el acceso, el gasto, la salud y el bienestar (Acosta et al., 2019; Arruda, 2017; Bernardinis et al., 2024).

En el nivel de la valoración de las consecuencias, varios autores describen la necesidad de contar con más investigaciones cuantitativas, estudios empíricos de mayor profundidad y valoración del impacto económico y financiero de los mecanismos judiciales para el sistema de salud y para los accionantes (Arbeláez Rodríguez et al., 2020; Chagas et al., 2020; Figueiredo et al., 2023; Freitas et al., 2020). Además, la evaluación de otras consecuencias de carácter social, cultural, institucional y de impacto en salud para los pacientes y el sistema de salud derivado de la judicialización (Chieffi & Barata, 2009b; Machado et al., 2011; Prado, 2013). En general, la evidencia revisada usa predominantemente el enfoque cualitativo, descriptivo o normativo, lo que restringe la capacidad para dimensionar la magnitud, los patrones y los efectos de la judicialización.

Diversos estudios señalan vacíos de conocimiento que dan lugar a la formulación de nuevas preguntas de investigación. Por ejemplo, la evidencia que utilizan los jueces para conceder o negar las pretensiones de los demandantes, así como los criterios técnico-clínicos que orientan las decisiones (Andia & Lamprea, 2019; Mariot et al., 2024). Por otra parte, se destacan los componentes éticos involucrados en la toma de decisiones judiciales, en particular la justicia distributiva y la asignación equitativa de recursos en salud (Coelho Tavares Da Silva et al., 2024; Martins & Allen, 2020). Los estudios resaltan la importancia de incorporar las perspectivas y experiencias de aquellos actores ubicados en contextos con mayores barreras de acceso al sistema de salud o al poder judicial (Filho, 2022; Rodríguez et al., 2020; Vargas-Peláez et al., 2019).

Respecto al rol del poder judicial, los autores advierten sobre los riesgos de decisiones aisladas que, sin considerar el impacto sistémico, pueden profundizar inequidades, desorganizar la planificación sanitaria y comprometer la sostenibilidad financiera (Oliveira et al., 2024). Por ello, se recomienda promover mecanismos de diálogo interinstitucional, capacitación técnica en temas de salud pública y la utilización de apoyos técnicos que permitan tomar decisiones más informadas y coherentes con las políticas públicas vigentes (Acosta et al., 2019; Pepe et al., 2010).

5. Retos y problemáticas transversales de los estudios

Los documentos identificados muestran que la judicialización en salud en Colombia, en América Latina y en algunos países de bajos y medianos ingresos en el mundo responde a fallas persistentes en la gestión cotidiana del sistema de salud y seguridad social, que obligan a los usuarios a recurrir de manera reiterada a la tutela para evitar una vulneración del derecho a la salud.

Esta judicialización es extensa y busca responder a un número elevado de servicios y atenciones, que por distintos motivos no son concedidos en el marco de las acciones ordinarias de los sistemas de salud. Por ejemplo, en el caso de los medicamentos y tecnologías en salud, en donde se concentra la mayor cantidad de literatura, se identificó que el uso de la judicialización y el litigio en salud busca compensar el acceso a un rango amplio de medicamentos; desde los que ya hacen parte de los listados de cobertura pública, hasta los medicamentos nuevos y de alto costo y que pueden responder a posicionamiento sobre los prescriptores.

Esta situación implica que las estrategias o herramientas para abordar la judicialización y evitar su uso inadecuado deben tener enfoques distintos. Evitar el uso de la judicialización en medicamentos que ya son cubiertos por el sistema de salud requiere el establecimiento de políticas y medidas operativas que superen las barreras administrativas, de financiación o distorsiones en la cadena de suministro, al igual que las deficiencias en la planificación y las fallas logísticas que facilitan la judicialización. Por su parte, garantizar que las solicitudes de tutelas y otras acciones judiciales no respondan a las presiones externas que buscan cubrir con recursos públicos medicamentos sin aporte terapéutico o con dudoso balance de seguridad y efectividad requiere cierto tipo de insumo técnico para reconocer los beneficios que recibirá el paciente al conceder su solicitud.

El análisis de los documentos da cuenta de una narrativa que entiende la judicialización como un producto de tensiones entre el derecho individual a la salud y la gestión colectiva de recursos. Estas tensiones involucran un número importante de actores y partes interesadas, que pueden interpretarse como capas o niveles que los pacientes deben atravesar para acceder a los servicios de salud. Se inicia por barreras administrativas desde las instituciones prestadoras de salud, hasta la ausencia de respuesta o resolución desde las entidades responsables de vigilancia y control. Cuando un paciente se ve obligado a recurrir al sistema judicial, significa que cada una de estas capas ha fallado en su función y se ha transformado en barreras rígidas que alejan a la población del goce efectivo del derecho a la salud.

Estos hallazgos recalcan la necesidad de enfoques integrales que articulen los derechos humanos, la equidad, la sostenibilidad financiera y el fortalecimiento institucional, y eviten respuestas simplistas que reduzcan el debate a una dicotomía entre acceso y racionalidad económica. En conjunto, la literatura aboga por un modelo de gobernanza sanitaria más robusto, participativo y transparente, capaz de reducir la judicialización sin menoscabar la protección efectiva del derecho a la salud. Esto es, alinear las necesidades en salud, las capacidades de respuesta a esas necesidades y la priorización de las intervenciones individuales y colectivas que logren el mayor impacto social y en salud, con una financiación equitativa y sostenible.

De otro lado, se identifican algunos aspectos adicionales por investigar: i) caracterizar de forma más amplia a los demandantes a través de variables como la ruralidad, la ubicación territorial, la pertenencia a pueblos étnicos, la Orientación Sexual e Identidad de Género (OSIG), los gru-

pos de edades, las condiciones de discapacidad o las características epidemiológicas o condiciones de salud específicas; ii) la incorporación de una perspectiva ética y bioética para razonar una decisión judicial y para sentar las bases normativas de los veredictos de los jueces y analizar el impacto, desde una justicia distributiva (Sbalcheiro Mariot et al., 2024); iii) consolidar

fuentes validadas de información que integren información clínica, administrativa y judicial con estándares homogéneos que permita la comparabilidad por años para analizar la relación entre diagnósticos, trayectorias y tiempos entre la judicialización, el acceso efectivo y las barreras administrativas a las decisiones judiciales.



II.

Patrones y tendencias de las tutelas en salud de 2024 - análisis cuantitativo

Esta sección examina la distribución geográfica de las tutelas de la base de datos remitida por la Corte Constitucional, con énfasis en la concentración por municipio, las diferencias entre EPS y el comportamiento de los despachos judiciales que tramitaron estas acciones constitucionales. Primero, se describen las cifras absolutas y, luego, se normalizan por población y se comparan con información de otras bases de datos de entidades oficiales.

1. Intensidad de la judicialización: distribución territorial y desempeño del aseguramiento

1.1. Distribución territorial en cifras absolutas

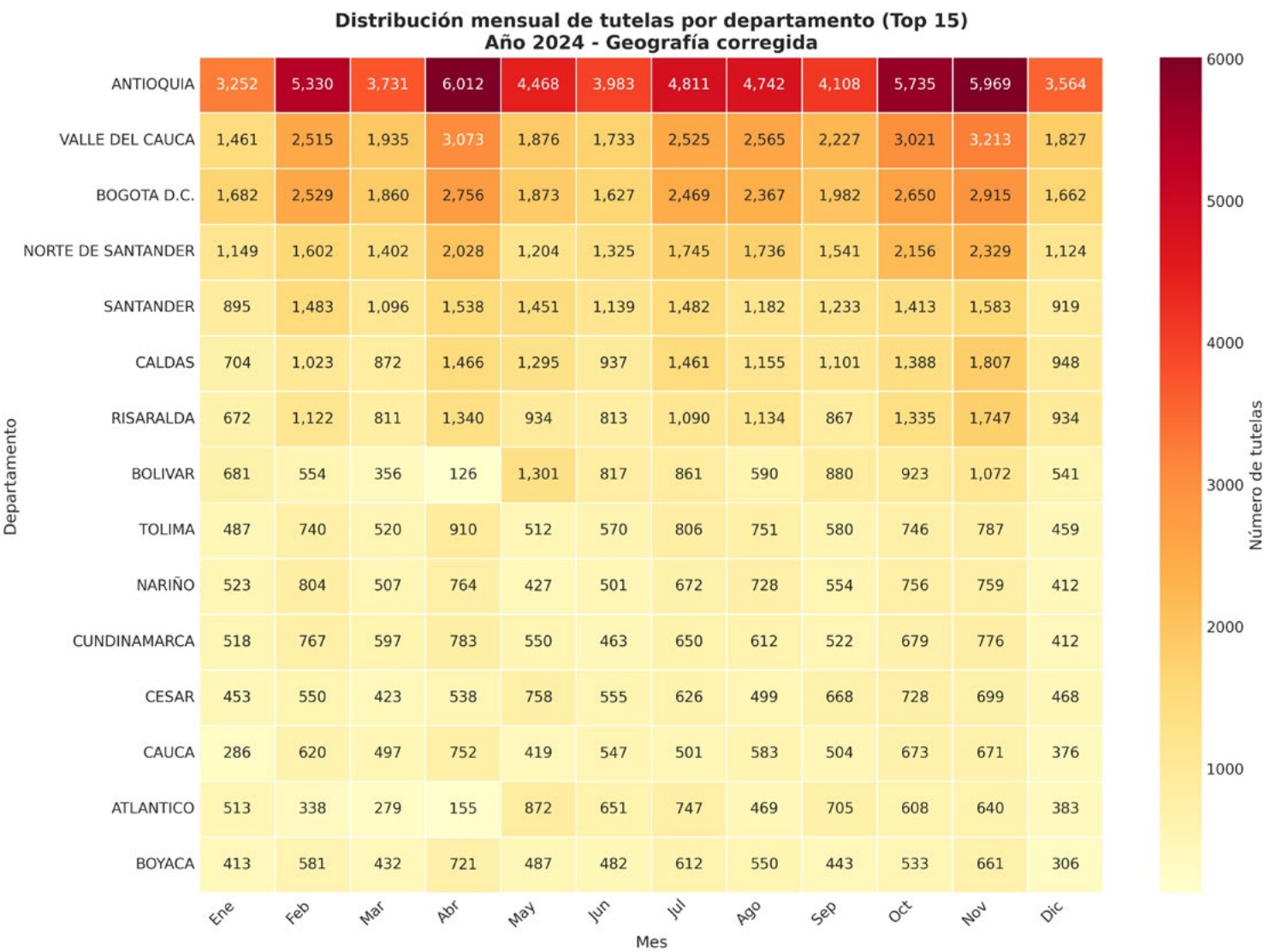
La judicialización del derecho a la salud durante 2024 presenta una alta concentración territorial y un comportamiento sostenido en el tiempo, que no se explica únicamente por la distribución poblacional, en la medida en que varios departamentos concentran una proporción de tutelas superior a su peso demográfico y presentan niveles distintos entre territorios con poblaciones comparables. El comportamiento sugiere la existencia de factores del funcionamiento del sistema de salud e institucionales, diferentes entre territorios, un reto que debe ser considerado en las políticas y estrategias para reducir inequidades en el derecho a la salud y para prevenir la judicialización evitable.

La Figura 5 presenta la distribución mensual de tutelas en los 15 departamentos con mayor volumen de tutelas presentadas en 2024. El mapa de calor permite identificar la magnitud relativa

de cada territorio y los patrones a lo largo del año. Antioquia lidera la distribución con 55 705 tutelas anuales (20.5 % del total nacional). Este departamento registró su pico máximo en abril, con 6012 tutelas, y mantuvo promedios superiores a 4000 acciones mensuales durante todo el año, con la excepción de enero (3252) y diciembre (3564).

Valle del Cauca ocupa la segunda posición con 27 971 tutelas (10.3 % del total), seguido de Bogotá D. C. con 26 372 (9.7 %). La concentración territorial es significativa: estos tres territorios acumulan el 40.5 % de todas las tutelas, mientras que los cinco primeros (incluyendo Norte de Santander con 19 341 y Santander con 15 414) concentran el 53.4 %. Esta distribución refleja parcialmente la concentración poblacional del país, aunque anticipa desviaciones que se analizarán más adelante mediante un ajuste de las tutelas por población.

Figura 5. Distribución mensual de tutelas por departamento (Top 15)



Fuente: elaboración propia con información de tutelas en salud de 2024 de la Corte Constitucional

1.2. Concentración municipal

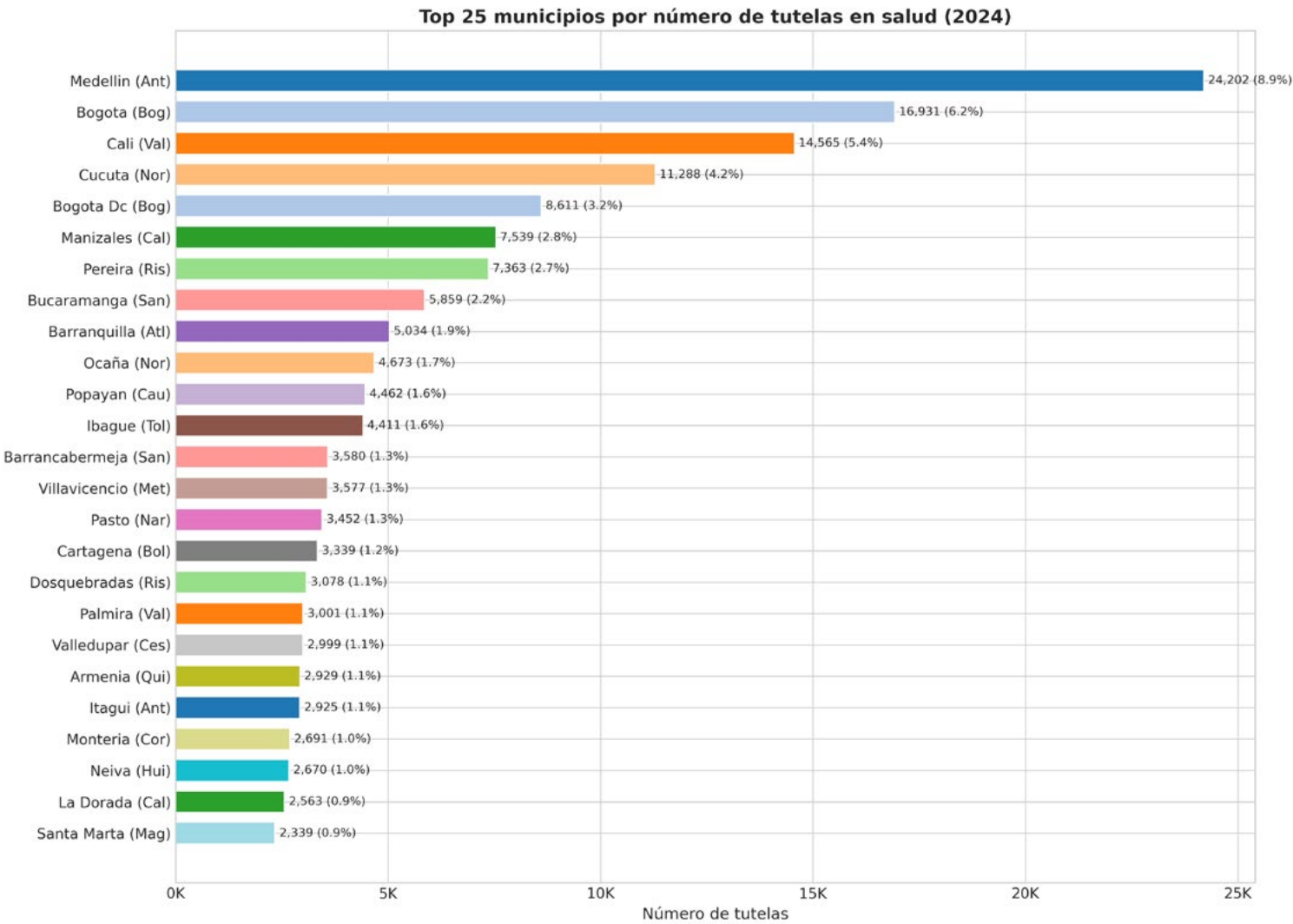
El análisis de la judicialización en el ámbito municipal revela una concentración aún más pronunciada que la observada en el ámbito departamental. Este análisis evidencia que la judicialización en salud presenta una concentración más fuerte en grandes ciudades y capitales regionales, lo que puede responder, entre otros, a la alta densidad poblacional centralización de servicios de salud de mayor complejidad, a la disposición del aparato judicial y a remisiones provenientes de municipios más pequeños. La judicialización se territorializa en los municipios que concentran oferta, jueces y usuarios, lo que refuerza la necesidad de considerar factores institucionales y funcionales en su análisis, más allá de la residencia efectiva de los accionantes.

La Figura 6 señala los 25 municipios con mayor número de tutelas en salud durante 2024. Medellín encabeza la lista con 24 202 tutelas, equivalentes al 8.9 % del total nacional. Esta cifra representa casi la mitad de las tutelas de todo el departamento de Antioquia y evidencia que la judicialización se concentra predominantemente en el área metropolitana.

Bogotá ocupa la segunda posición con 16 931 tutelas (6.2 %), cifra que debe analizarse a partir del análisis que identificó registros desde la denominación "Bogotá D. C." con 8611 tutelas (3.2 %), presumiblemente asociados a diferencias en la codificación del juzgado de origen, dado que en Bogotá se encuentran los altos tribunales de Cundinamarca. La agregación de ambos registros situaría a la capital con 25 542 tutelas, superando a Medellín. No obstante, dado que esta agregación requiere validación adicional, se presentan los datos desagregados.

Cali registra 14 565 tutelas (5.4 %) y Cúcuta 11 288 (4.2 %). Este último dato es coherente con la alta participación de Norte de Santander. Las capitales del Eje Cafetero presentan volúmenes significativos: Manizales con 7539 (2.8 %) y Pereira con 7363 (2.7 %), cifras elevadas a partir del tamaño poblacional de estas ciudades intermedias. Bucaramanga contribuye con 5859 tutelas (2.2 %) y Barranquilla con 5034 (1.9 %).

Figura 6. Relación de 25 municipios por número de tutelas en salud (2024)



Fuente: elaboración propia con información de tutelas en salud de 2024 de la Corte Constitucional

Ocaña aparece en la lista de municipios con mayor número de tutelas en salud (4673) y ocupa la décima posición nacional. Este municipio de Norte de Santander, con una población aproximada de 100 000 habitantes, presenta un volumen de tutelas comparable al de capitales departamentales como Popayán (4462), Ibagué (4411) o Cartagena (3339) y sugiere la existencia de dinámicas particulares de acceso a los servicios de salud en la subregión del Catatumbo.

Este caso muestra que la judicialización en salud puede concentrarse en municipios que no son capitales cuando confluyen altos niveles de vulnerabilidad social y un fortalecimiento de la oferta institucional de protección de derechos. Allí es posible que la presencia reforzada de la Defensoría del Pueblo y de otros actores del sistema de protección de derechos humanos, asociada a la exacerbación de la violencia y el desplazamiento forzado, contribuya al incremento de más del 12 % de las tutelas entre 2023 y 2024. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de un análisis territorial diferenciado y de respuestas de política pública para el Catatumbo, orientadas a garantizar el acceso efectivo al derecho a la salud y a reducir la judicialización evitable.

Los 25 municipios en la lista concentran cerca del 60 % del total de tutelas, lo cual indica que la judicialización es un fenómeno predominantemente en ciudades y cabeceras municipales. Esta concentración podría explicarse por múltiples factores: mayor facilidad de acceso al sistema judicial, presencia de organizaciones de apoyo a usuarios y mayor conocimiento del mecanismo de tutela.

Finalmente, mientras es claro que las capitales departamentales concentran las acciones de tutela, el comportamiento de municipios que no son cabeceras municipales (como La Dorada, Palmira, Dosquebradas e Itagüí) sugieren que la judicialización en salud depende del rol funcional que dichos territorios desempeñan dentro de las redes regionales de salud y justicia. Factores como la conurbación urbana, la concentración de servicios de salud, mayor presencia institucional y facilidades de acceso a los mecanismos de protección de derechos, así como posibles liderazgos sociales locales, podrían explicar los altos niveles de litigios registrados.

1.3. Indicadores ajustados para facilitar la comparación

La Figura 7 muestra la tasa de judicialización en salud por departamento para 2024. El promedio nacional se ubica en 51.7 tutelas por cada 10 000 habitantes, valor que opera como referencia para identificar territorios con comportamiento atípico.

Este dato por 10 000 habitantes revela un patrón diferente al observado con cifras absolutas. Antioquia, que lidera en volumen total, desciende a la octava posición con una tasa de 81.0 por cada 10 000 habitantes. Los departamentos de menor población aparecen con mayor intensidad de judicialización. El Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina presenta una tasa que cuadruplica el promedio nacional (193.8), seguido de Caldas con 134.8 (14 157 tutelas), Arauca con

131.1 (3643 tutelas), Risaralda con 128.3 (12 799 tutelas) y Norte de Santander con 114.1 (19 341 tutelas). Huila presenta la más baja entre los departamentos, con 38.7 (4623 tutelas).

Este grupo de departamentos con tasas superiores a 100 tutelas por cada 10 000 habitantes comparte características. El Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina enfrenta restricciones de acceso asociadas a su condición insular, con limitaciones en la oferta de servicios especializados que obligan a traslados al continente. Arauca, territorio de frontera con Venezuela, atiende población migrante con barreras específicas de afiliación y continuidad en la atención. Norte de Santander comparte esta condición fronteriza, pero además una situación

humanitaria de desplazamiento forzado masivo y otros hechos victimizantes (Defensoría del Pueblo, 2026). Caldas y Risaralda, por su parte, presentan tasas elevadas que no se explican por condiciones geográficas particulares, que sugieren factores asociados a la gestión de las EPS que cubren estas regiones o características de la cultura de litigio local.

El análisis de los departamentos con tasas inferiores al promedio nacional también aporta información relevante. Huila (38.7 por 10 000 afiliados), Bolívar (39.1 por 10 000 afiliados), Cauca (40.6 por 10 000 afiliados), Nariño (43.5 por 10 000 afiliados) y Meta (43.9 por 10 000 afiliados) se ubican en el extremo inferior de la distribución.

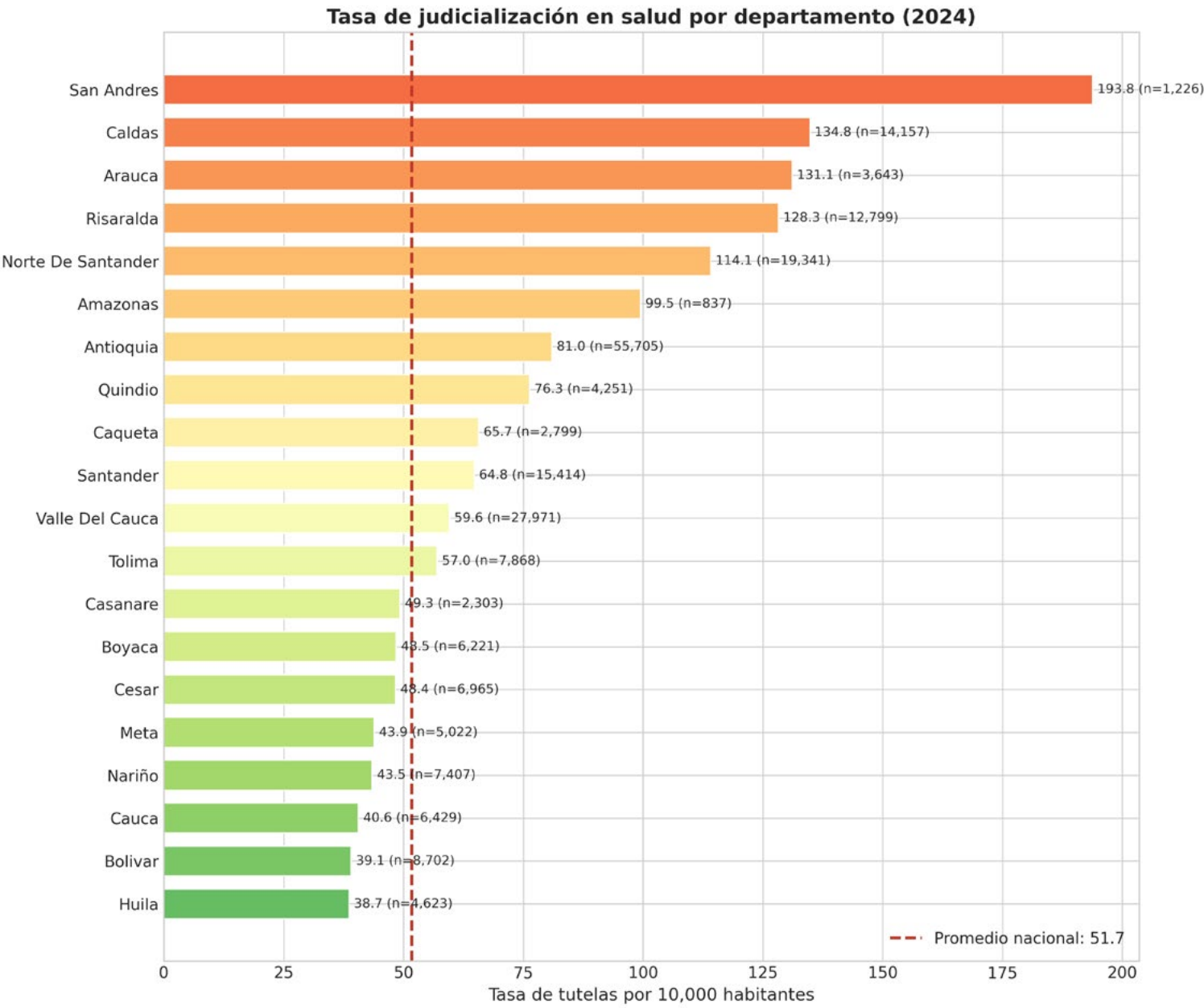
Las bajas tasas de judicialización observadas en algunos departamentos pueden reflejar la persistencia de barreras de acceso a los despachos judiciales, así como el desconocimiento de los derechos y de los mecanismos institucionales disponibles para su protección y pocas organizaciones sociales que den soporte legal lo que resulta relevante en territorios con altos niveles de ruralidad y con una presencia significativa de

poblaciones indígenas y campesinas, donde las distancias geográficas, las barreras culturales y lingüísticas y la débil presencia estatal dificultan el acceso efectivo a la justicia.

Lo anterior permite concluir desigualdades territoriales en las que departamentos con menor tamaño poblacional concentran niveles altos de judicialización, explicado, entre otros, por las diferencias geográficas, las dinámicas propias de los territorios, los procesos migratorios y también por las limitaciones en la oferta y cobertura de servicios especializados.

Estas dinámicas se describen en sentencias estructurales de la Corte Constitucional como la T-302 de 2017, relacionada con la garantía de derechos fundamentales de niños y niñas en La Guajira; la T-357 de 2017, que aborda la situación de pueblos indígenas en el departamento del Vaupés y la T-420 de 2018 en Vichada, en la que se analizan las falencias institucionales para asegurar el acceso a derechos básicos en contextos de alta dispersión poblacional y vulnerabilidad estructural.

Figura 7. Tasa de judicialización en salud por departamento (2024)



Fuente: elaboración propia con información de tutelas en salud de 2024 de la Corte Constitucional

2. Análisis por EPS

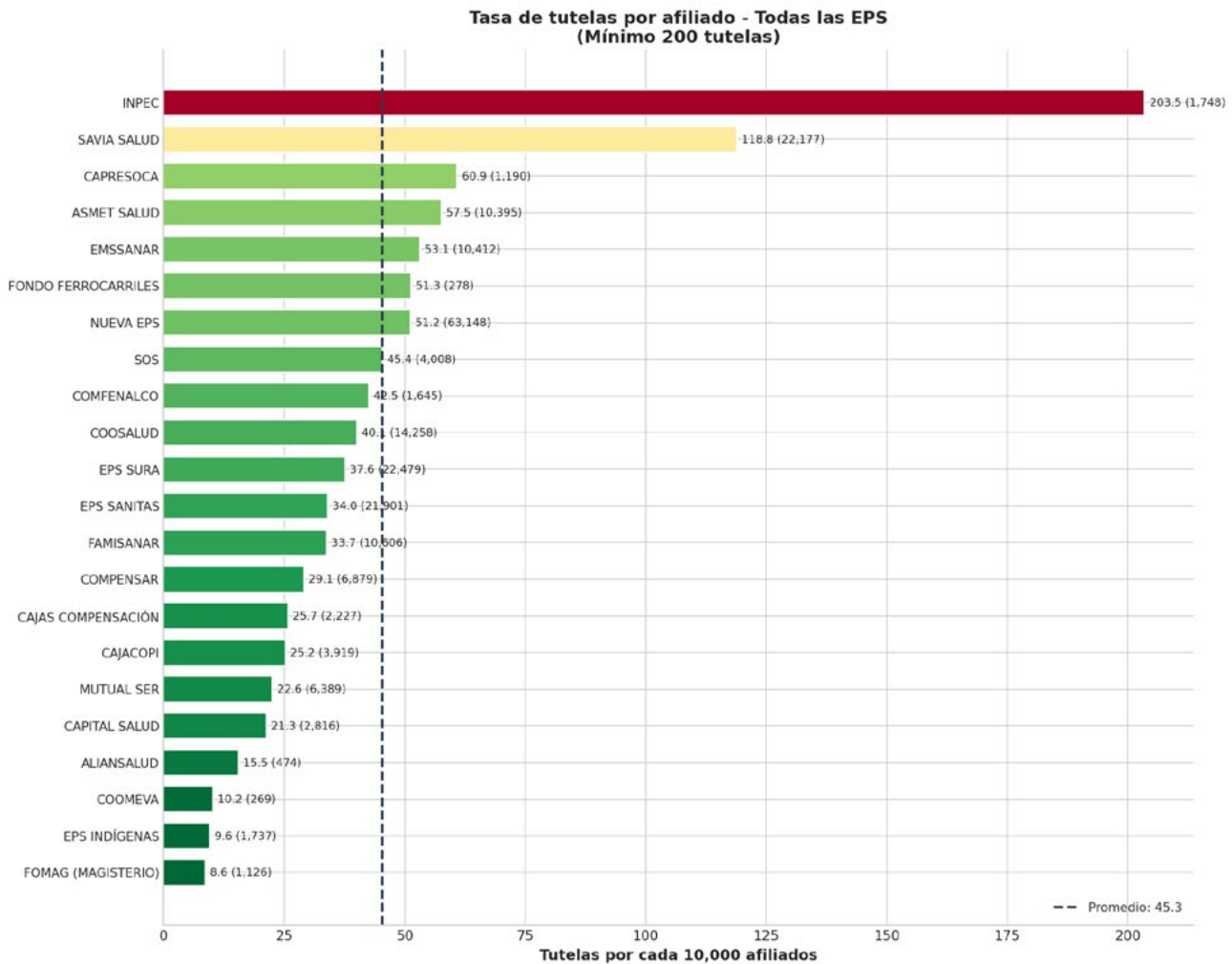
La distribución territorial de la judicialización se complementa con el análisis de tutelas por EPS. La tasa de tutelas por cada 10 000 afiliados permite comparaciones independientemente del volumen de afiliación.

La Figura 8 presenta la distribución de tasas de judicialización para las EPS, o mejor descritas como Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), con más de 200 tutelas registradas durante 2024. El promedio ponderado del sistema se ubica en 45.3 tutelas por cada 10 000

afiliados. Se evidencia una alta dispersión entre las entidades, con un rango de 8.6 a 203.5 tutelas por 10 000 afiliados.

En el caso del FOMAG, nominación que se usa para identificar el sistema de salud del Magisterio, se suman las tutelas radicadas contra esta Entidad y las interpuestas en contra de la Fiduprevisora, las cuales ascienden a 2628, que corresponden a una tasa de 20.07 tutelas por 10 000 afiliados.

Figura 8. Tasa de tutelas por afiliado – Todas las EPS



Fuente: elaboración propia con información de tutelas en salud de 2024 de la Corte Constitucional

El segmento superior de la distribución concentra cuatro entidades cuyas tasas superan 100 tutelas por cada 10 000 afiliados. Savia Salud es el caso de mayor relevancia, porque tiene la más alta tasa (118.8/10 000), que equivale a 2.6 veces el promedio de las EPS y el mayor volumen absoluto (22 177 tutelas); esta entidad opera predominantemente en Antioquia para el régimen subsidiado. El hecho de que concentre el 8.3 % del total de tutelas, mientras su participación en afiliados es proporcionalmente menor, indica la existencia de barreras de atención y un potencial uso desmedido de las acciones judiciales por factores que deben analizarse.

Adicionalmente, hay que considerar que, dado que Savia Salud concentra la afiliación en el régimen subsidiado, podría explicar la judicialización del derecho por la vulnerabilidad socioeconómica. La elevada tasa de tutelas también podría interpretarse como un reflejo de las limitaciones en la capacidad resolutoria de la red pública departamental, problemas de acceso a medicamentos y la debilidad o ausencia de una red integral de prestación de servicios.

El caso del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC) presenta características distintivas. Con una tasa de 203.5/10 000, esta Entidad atiende a personas privadas de la libertad (PPL) cuyas condiciones de confinamiento

generan restricciones de acceso sustancialmente diferentes a las del régimen general⁶. Este hallazgo resulta consistente con lo documentado en los autos de seguimiento a la Sentencia T-762 de 2015 sobre salud en el sistema penitenciario y la Sentencia SU-122 de 2022, que extendió el estado de cosas inconstitucionales de las PPL a los centros de detención transitoria.

En este caso, se puede interpretar que la acción de tutela suple las fallas del sistema penitenciario para garantizar el derecho a la salud, además de ser un indicador de ineficiencia en la atención.

Un segundo segmento presenta tasas entre 50 y 70 tutelas por cada 10 000 afiliados, que supera el promedio, sin alcanzar los valores extremos. Capresoca registra 60.9 (1190 tutelas), Asmet Salud 57.5 (10 399 tutelas), Emssanar 53.1 (10 413 tutelas) y Nueva EPS 51.2 (63 176 tutelas). Este conjunto incluye entidades del régimen subsidiado con operación en territorios de alta ruralidad.

Nueva EPS representa un caso singular por su escala. Con 63 176 tutelas durante 2024, equivalentes al 23.3 % del total nacional, esta Entidad ocupa el primer lugar en valores absoluto. La tasa de 51.2/10 000 se ubica apenas por encima del promedio, sugiere que los problemas de acceso en Nueva EPS no difieren de los del resto del sistema, aunque su escala los convierte en el principal contribuyente al máximo histórico de judicialización.

⁶ La Defensoría del Pueblo en visita realizada al establecimiento penitenciario Pedregal de Medellín evidenció una vulneración sistemática del derecho a la salud caracterizada por (i) insuficiencia de servicios de salud; el servicio se presta sin continuidad ni oportunidad, (ii) múltiples barreras de acceso a la atención médica de carácter administrativas, geográficas, los servicios no están dentro de la cárcel y deben llevarlos inclusive a otras ciudades para lo que no hay guardas de seguridad disponibles, (iii) baja calidad en la prestación del servicio. La prestación de servicios se hace de manera improvisada; es el guarda quien decide quién ingresa a la consulta y quién no, la entrega de medicamentos no es oportuna ni completa y (iv) falta de aceptabilidad del servicio por parte de la PPL, la calidad y cantidad de servicios de salud no satisfacen las necesidades de los PPL, solo los que disponga la IPS contratada.

La interpretación de las cifras de tutelas de las EPS de población indígena requiere un análisis diferencial⁷, dadas las características del modelo de salud intercultural que articula la medicina tradicional con el sistema occidental⁸.

En relación con Famisanar EPS hay que mencionar que, en la búsqueda de expedientes de tutela en la base de “consulta de procesos” y de algunos despachos judiciales, aparece como accionado en su calidad de “Droguerías Colsubsidio”; es decir, como gestor farmacéutico. En algunos casos son tutelados desde la presentación de la acción y en otros casos son vinculados por el juez constitucional. Esto sugiere que para futuros estudios deba profundizarse sobre las acciones de tutela que vinculan a los gestores farmacéuticos, las decisiones que toma el juez

constitucional y el rol del gestor y de los proveedores farmacéuticos en general, frente a la tutela, desde la perspectiva del acceso a medicamentos.

La hipótesis de la existencia de barreras de acceso a la salud que afectan de manera desproporcionada a poblaciones con mayor vulnerabilidad socioeconómica se ve reforzada por el hecho de que las mayores tasas de tutela se accionan contra EPS del régimen subsidiado; no obstante, esta variación en los niveles de judicialización por EPS requiere también de un análisis del desempeño de las EPS. Con estas consideraciones sería valioso analizar en conjunto una serie histórica de tutelas y evaluar con mayor claridad variables de gestión y administración de las EPS y su capacidad en la gestión del riesgo en salud.

2.1. Interacción territorio y EPS

La interacción entre el territorio y EPS revela patrones específicos. Las Figuras 12 y 13 muestran matrices que cruzan los 20 departamentos con mayor volumen de tutelas y las 15 EPS más accionadas. Se expresan los valores en términos absolutos y en tasas por cada 10 000 afiliados respectivamente.

La Figura 9 muestra la distribución en cifras absolutas. La celda de mayor intensidad corresponde a Savia Salud en Antioquia con 21 808 tutelas, que representa el 39.2 % de las tutelas del departamento y el 96.5 % de las tutelas en el territorio nacional. Esta concentración confirma que Savia Salud, que opera casi exclusivamente en Antioquia, presenta un uso intenso de la judicialización que pueden explicarse por problemas

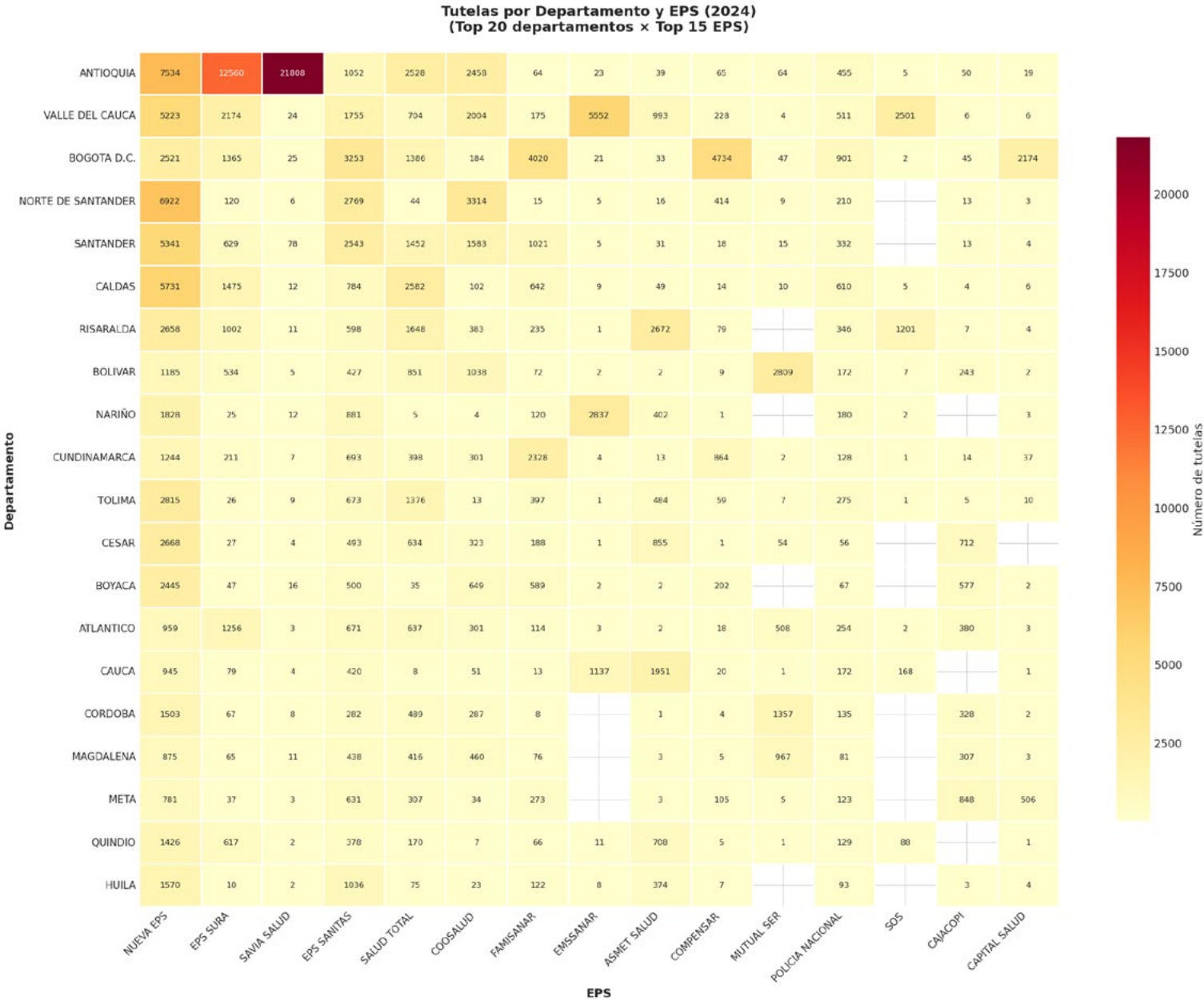
de la red de servicios en el departamento, pero también por otros factores que deben estudiarse con mayor profundidad.

Nueva EPS presenta un patrón diferente, con una distribución más dispersa territorialmente. En Antioquia registra 7534 tutelas, en Norte de Santander 6922, en Caldas 5731, en Valle del Cauca 5223 y en Santander 5341, dada la afiliación de población de múltiples territorios. EPS Sura muestra concentración en Antioquia (12 560 tutelas) con presencia secundaria en Valle del Cauca (2174) y Atlántico (1256).

⁷ Hay una diferencia central entre las EPS y las EPSI, y es su asociación a procesos organizativos - gobiernos propios. Esto hace que las solicitudes puedan tener dos opciones: la jurisdicción propia y la ordinaria. Si hay un reclamo puede darse que el indígena en territorio acuda en primera instancia a su autoridad, la cual acude directamente al prestador o al asegurador - esto es diverso según la EPSI. Este acceso directo por la jurisdicción propia no tiene ninguna forma de seguirse - no existe una forma, porque el Estado no ha coordinado con las autoridades indígenas. Sin embargo, esta cercanía autoridad -EPSI o IPSI puede ser un facilitador de dificultades que se pueden dar directamente.

⁸ Una hipótesis por corroborar es que los usuarios de las EPS indígenas hacen uso de las rutas de jurisdicción indígena - autoridades tradicionales -, las cuales tienen acceso directo a coordinadores y encargados de la toma de decisión frente a los diferentes procesos del aseguramiento. Esa interacción más directa podría estar asociado a un menor uso de los mecanismos judiciales ordinarios.

Figura 9. Tutelas por departamento y EPS (2024)



Fuente: elaboración propia con información de tutelas en salud de 2024 de la Corte Constitucional

La matriz también identifica patrones regionales de concentración de ciertas EPS. Emssanar presenta alta participación en Nariño (2837 tutelas) y Cauca (1137), territorios donde esta entidad del régimen subsidiado tiene operación predominante. Asmet Salud concentra su actividad en Valle del Cauca (993), Risaralda (2672), Cauca (1951) y Quindío (708). Coosalud muestra presencia significativa en Norte de Santander (3314), Bolívar (1038), Boyacá (649) y Santander (1583).

Compensar, que opera en Bogotá D. C. presenta 4734 tutelas, coherente con su condición de Caja de Compensación con operación predominantemente en la capital. Capital Salud también presenta concentración en Bogotá con 2174 tutelas, dado su carácter de EPS del régimen subsidiado del Distrito Capital. Famisanar muestra un patrón similar con 4020 tutelas en Bogotá y 2328 en Cundinamarca.

Este análisis muestra que la judicialización responde a relaciones exclusivas entre determinadas EPS y territorios específicos que dependen

de la capacidad resolutoria de las redes de atención y de las dinámicas de referencia y contra-referencia. Comprender esto resulta clave para comprender la importancia de la configuración de redes integrales de prestación de servicios con enfoque territorial.

En síntesis, el análisis por departamentos y EPS, aunque proporciona información valiosa, resulta insuficiente para comprender la dinámica completa de la judicialización, por ejemplo, las dificultades y las necesidades de fortalecimiento territorial para responder a las necesidades locales.

3. Comportamiento de los despachos judiciales

En este apartado se presenta la caracterización del comportamiento de los juzgados que tramitaron las acciones de tutela. En la Figura 10 se muestra un diagrama de dispersión que relaciona el volumen de tutelas recibidas por cada juzgado (eje horizontal) con su tasa de negación (eje vertical); también, se codifica la tasa de concesión mediante el color de cada punto. El análisis incluye 1045 juzgados con 50 o más tutelas durante 2024.

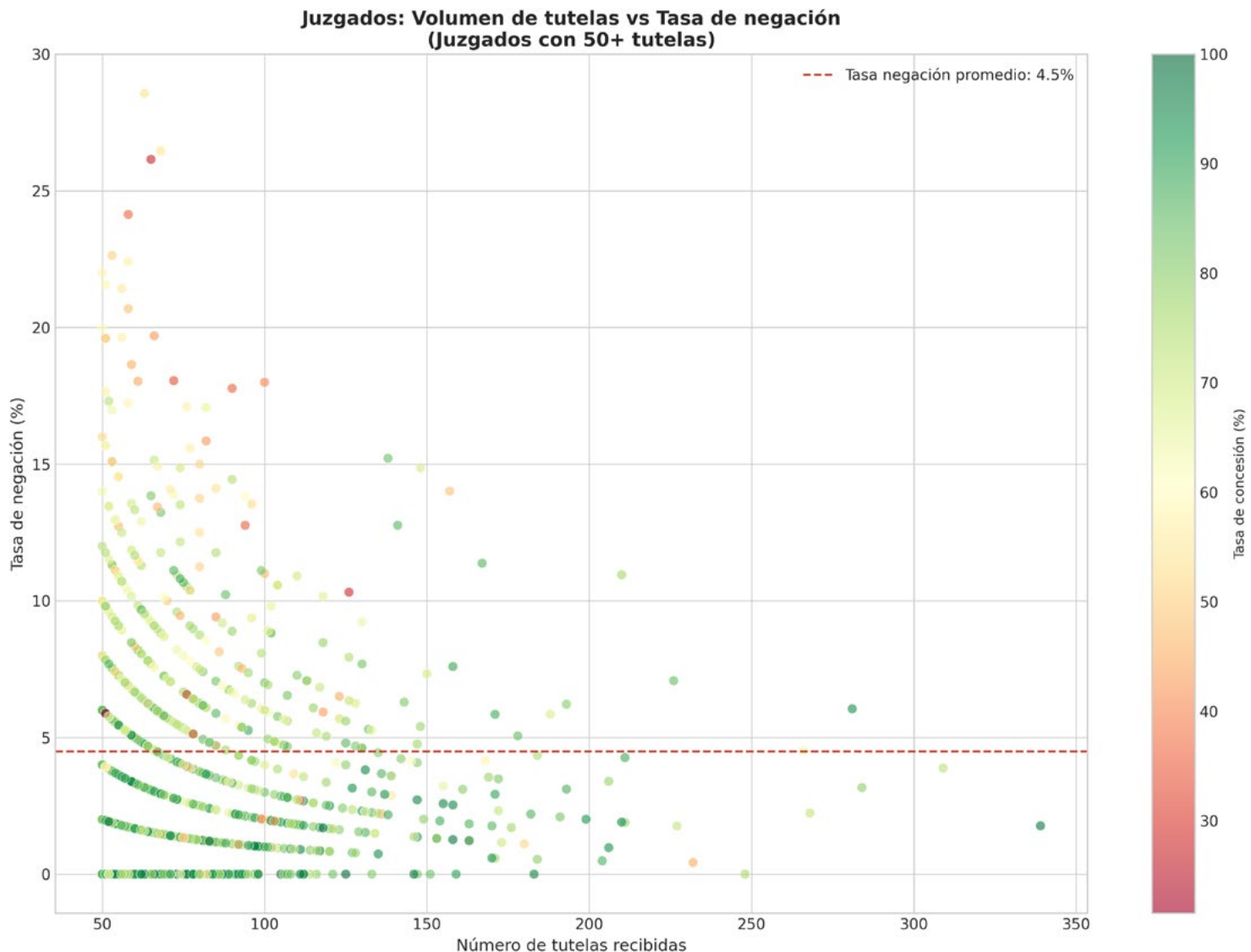
Se observa una relación inversa entre volumen de tutelas y tasa de negación: los juzgados que reciben mayor número de casos tienden a presentar tasas de negación más bajas. Los despachos que reciben más de 200 tutelas al año suelen negar menos del 4,5 % de los casos; en cambio, la variación en las tasas de negación es mayor entre los juzgados que reciben entre 50 y 100 tutelas al año.

Es decir, el sistema judicial resuelve favorablemente tres de cada cuatro tutelas en salud. El promedio de concesión alcanza el 76.2 % y el promedio de negación se ubica en el 4.5 % del total interpuestas (265 173)⁹. La mayor dispersión en las tasas de negación entre los despachos judiciales con menos procesos evidencia heterogeneidades en los criterios de decisión.

Estos hallazgos se armonizan con lo dispuesto por la Corte Constitucional en la orden trigésima de la Sentencia T-760 de 2008, que dispuso que las autoridades competentes, la sistematización y divulgación de información sobre las tutelas en salud, para identificar barreras de acceso, patrones de incumplimiento y deficiencias estructurales para orientar medidas correctivas.

⁹ Estos datos alcanzan el 80.7 %. El restante se trata de aquellas tutelas que conceden parcialmente las pretensiones o fallan ultra o extra petita.

Figura 10. Juzgados: Volumen de tutelas vs tasa de negación



Fuente: elaboración propia con información de tutelas en salud de 2024 de la Corte Constitucional

Este patrón admite múltiples interpretaciones. Los juzgados de alto volumen podrían desarrollar mayor especialización en salud, lo cual facilita la identificación de vulneraciones. Alternativamente, podrían existir efectos de selección: los demandantes en jurisdicciones con alta litigiosidad podrían tener mejor asesoría para filtrar casos sin mérito antes de la presentación. También es posible que juzgados con historial de concesiones atraigan más casos, lo cual genera un ciclo que refuerza el volumen y la tasa de amparo.

En el extremo superior del gráfico se identifican juzgados con tasas de negación superiores al 20 %, que alcanzan hasta el 28 % en algunos casos. Estos despachos presentan simultáneamente tasas de concesión más bajas (indicadas por colores rojizos en el gradiente), lo cual sugiere criterios de admisión o evaluación más restrictivos que el promedio del sistema. La mayoría de estos casos corresponde a juzgados con volúmenes moderados (entre 50 y 100 tutelas), aunque algunos alcanzan las 120 tutelas anuales.

El color de los puntos revela que la tasa de concesión presenta menor variabilidad que la tasa de negación. La mayoría de los juzgados se ubica en el rango de 70 % a 90 % de concesión (tonos verdes y amarillos), con casos puntuales por debajo del 50 % (tonos rojizos). Esta distribución

sugiere un consenso relativamente extendido en el sistema judicial respecto a los criterios de protección del derecho a la salud, aunque con variaciones marginales que afectan a un subconjunto de casos.

3.1. El tránsito desde las tutelas entre primera y segunda instancia

El análisis del flujo de decisiones entre instancias judiciales permite comprender la dinámica de impugnación y la estabilidad de los fallos de tutela. La Figura 11 presenta un diagrama de Sankey que visualiza el tránsito de las tutelas desde la decisión en primera instancia hasta su resolución definitiva, donde se incluyen los casos que permanecen en firme como los que son impugnados y resueltos en segunda instancia.

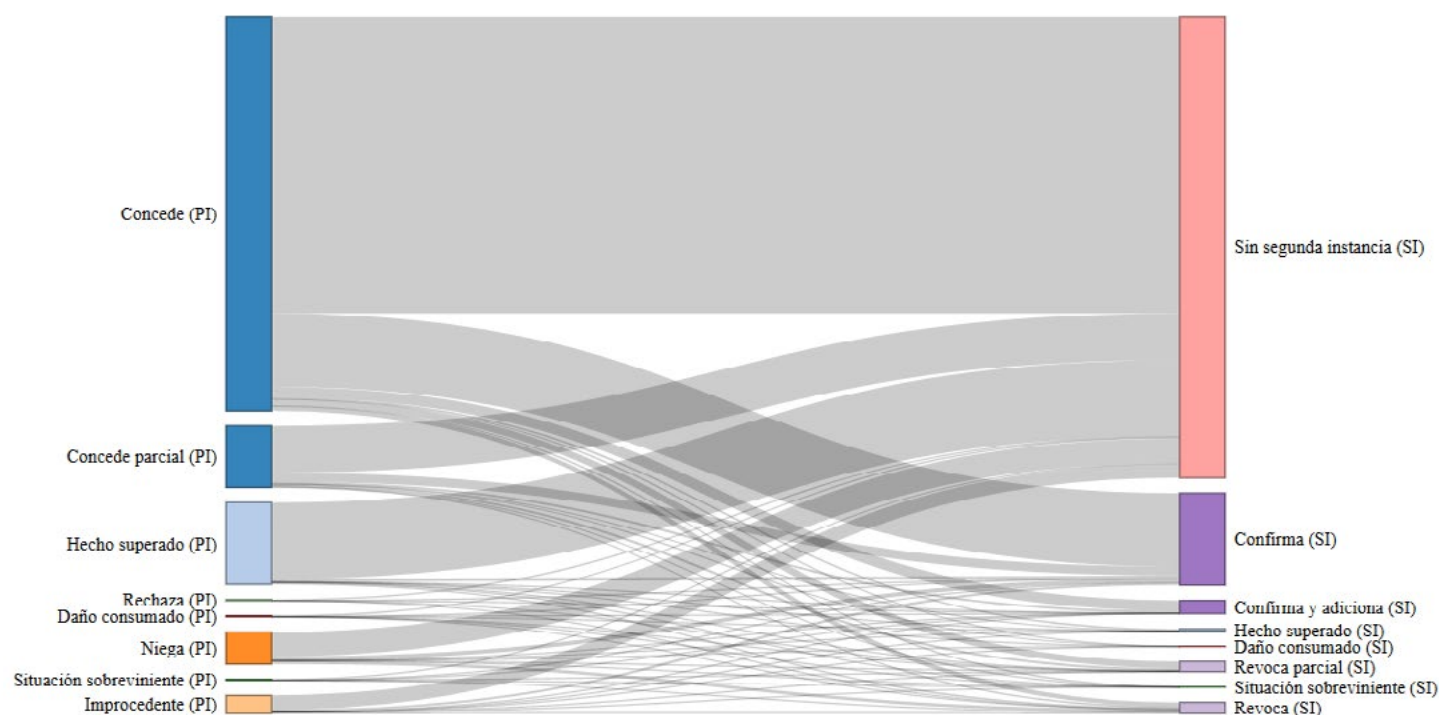
El rasgo dominante es el amplio flujo que conecta las decisiones favorables en primera instancia con la categoría "Sin segunda instancia", lo que indica que la mayoría de las tutelas concedidas no son impugnadas por las entidades accionadas.

Este patrón sugiere que las EPS optan predominantemente por no controvertir los fallos de primera instancia, lo que puede obedecer a la solidez jurídica de las decisiones y al interés de no prolongar el litigio. Esto también sugiere que las EPS ven la tutela como un trámite adicional para autorizar servicios de salud, lo cual resulta inaceptable.

Lo anterior evidencia una alta estabilidad de las decisiones favorables adoptadas en primera instancia, lo que refuerza la idea de que la judicialización en salud no responde, en términos generales, a controversias jurídicas complejas, sino a controversias administrativas y de acceso resueltas de forma consistente por los jueces. En consecuencia, si bien la baja proporción de decisiones revisadas en segunda instancia confirma que la acción de tutela opera como un mecanismo judicial eficaz y expedito, puede también ser una estrategia para dificultar el acceso.

Aunque no hay una base de datos consolidada de desacatos a las tutelas, esta problemática es común en el trabajo defensorial a lo largo del territorio nacional y da cuenta del estrés del sistema judicial y del agravamiento de la situación. De acuerdo con las estadísticas del Consejo Superior de la Judicatura, en general, la tasa de iniciación de incidentes de desacatos en tutela para 2024 llegó al 44,9 % (Consejo Superior de la Judicatura, 2026).

Figura 11. Flujo de decisiones judiciales entre primera y segunda instancia



Nota: PI = Primera Instancia y SI = Segunda Instancia

Fuente: elaboración propia con información de tutelas en salud de 2024 de la Corte Constitucional

Las tutelas que sí transitan hacia segunda instancia provienen de todas las categorías de decisión en primera instancia, aunque con intensidades diferenciadas. Los casos clasificados como "Concede parcial" en primera instancia muestran una propensión notable a ser impugnados, presumiblemente por accionantes insatisfechos con el alcance del amparo y por entidades que cuestionan incluso la protección parcial otorgada. De manera similar, las decisiones de "Niega" e "Improcedente" generan flujos hacia segunda instancia para revertir el fallo adverso.

En segunda instancia, los desenlaces se diversifican. La decisión de "Confirma" representa el flujo más significativo entre los casos impugnados e identifica que los tribunales de segunda instancia tienden a ratificar los criterios de los jueces de primera instancia.

En conjunto, la visualización revela un sistema donde la mayoría de las tutelas alcanzan firmeza en primera instancia sin impugnación, mientras que el subconjunto que transita a segunda instancia experimenta predominantemente confirmación de la decisión inicial, con tasas de revocatoria que, aunque presentes, no alteran sustancialmente la distribución de resultados favorables a los accionantes.

Ahora, aunque la mayoría de las tutelas obtiene protección, persisten riesgos concretos de indefensión como demoras administrativas y procedimentales que generan hechos sobrevinientes o daños consumados, desigualdad territorial en el acceso efectivo al amparo y variabilidad en las decisiones judiciales. En la práctica, ello se traduce en pérdidas de oportunidad terapéutica y cargas adicionales sobre personas ya vulnerables.

4. Análisis de hechos

La acción de tutela en salud opera como un mecanismo mediante el cual los ciudadanos solicitan al sistema judicial que ordene a las entidades responsables la prestación de servicios específicos. Esta sección examina la distribución de hechos, su relación con el perfil diagnóstico de los accionantes, las variaciones según la EPS demandada y las tasas de éxito judicial

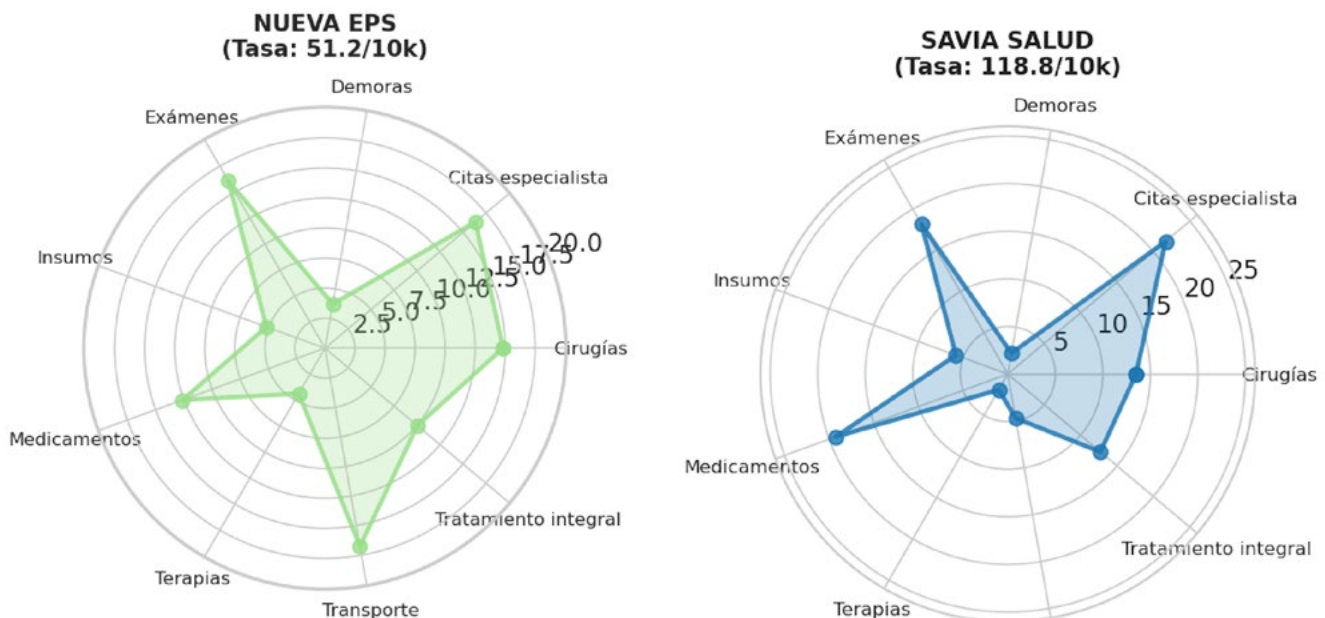
asociadas a cada tipo de solicitud. Es importante aclarar que, por la estructura de la base de datos de tutelas de la Corte Constitucional, se accedió a la descripción de los hechos de los expedientes y no a la sección de pretensiones; por lo tanto, y aunque no son exactamente lo mismo, para este análisis, los hechos fueron usados con una aproximación a las pretensiones.

4.1. Distribución general de hechos

El análisis en 265 173 tutelas que contaban con texto disponible para la caracterización de los hechos identificó nueve categorías principales: citas con especialista, medicamentos, transporte, tratamiento integral, cirugías, exámenes diagnósticos, insumos médicos, terapias y demoras o negaciones explícitas. Una tutela puede contener múltiples hechos simultáneos, por lo cual los porcentajes no suman ciento por ciento.

En 2024, las citas con especialistas son el hecho más frecuente (26.4 %) de las tutelas analizadas (71 455 casos) y la principal barrera de acceso. La solicitud de medicamentos ocupa el segundo lugar con 23.6 % (63 943 tutelas), seguida de transporte y viáticos con 21.3 % (57 718 casos). La hospitalización aparece en el 19.7 % de las tutelas (53 317), el tratamiento integral en 17.5 % (47 313) y las cirugías en 16.5 % (44 653). El perfil de los hechos es similar entre EPS, excepto para Nueva EPS y para Savia Salud (Ver figura 12).

Figura 12. Perfil de hechos para Nueva EPS y Savia Salud



Fuente: elaboración propia con información de tutelas en salud de 2024 de la Corte Constitucional

La categoría de demoras y negaciones explícitas, presente en el 13.7 % de los casos (37 044 tutelas), captura situaciones donde el accionante no identifica una prestación específica, sino que describe un patrón de obstaculización sistemática por la EPS.

Los insumos médicos representan el 10.4 % (28 069 casos) y las terapias de rehabilitación el 8.3 % (22 476). Las urgencias, aunque menos frecuentes con 3.8 % (10 299 tutelas), reflejan situaciones críticas donde el acceso a la atención inmediata fue obstaculizado.

Las tutelas no se orientan, en su mayoría, a la obtención de prestaciones excepcionales, sino a la superación de fallas en la oportunidad, integralidad y continuidad de la atención.

Las solicitudes de citas con especialistas y de suministro de medicamentos, que constituyen los principales motivos de judicialización, han sido abordadas de manera reiterada por la Corte Constitucional, en el sentido de que su acceso oportuno hace parte del derecho a la salud en su faceta de diagnóstico y que la negación o dilación injustificada de consultas ordenadas vulnera los principios de oportunidad y continuidad (sentencias T-934 de 2010, T-377 de 2024). De igual forma, el suministro de medicamentos prescritos ha sido reconocido como un componente esencial e inescindible del derecho a la salud, frente al cual no son admisibles justificaciones administrativas, contractuales o presupuestales (sentencias T-377 de 2024, T-380 de 2024).

Este asunto cobra relevancia y se enriquecería con un análisis desagregado por tipo de medicamentos frente a los que se presentan las barreras, como se establece en el informe defensorial *Medicamentos inaccesibles, derechos vulnerados: un análisis con enfoque territorial* (2025, p. 29), para entender los problemas de acceso en función del

perfil de las enfermedades, de las necesidades en salud y a la luz del aporte de los medicamentos tutelados para transformar el curso de las enfermedades y el bienestar de las personas. Una aproximación de este tipo permitiría considerar la importancia de contar con un listado de medicamentos indispensables que deben estar disponibles en todo momento en cualquier región, lo que además permitiría vigilar de forma más eficiente su completa disponibilidad y, a su vez, establecer una financiación ajustada a las necesidades territoriales. Mientras que para los demás medicamentos se pueden establecer otros mecanismos de financiación, especialmente si se trata de medicamentos monopólicos de alto costo.

Las cifras ponen de presente que los contenidos de la Sentencia estructural T-760 de 2008 para superar estas fallas y para remover barreras sistémicas en la garantía del derecho fundamental a la salud, a la vez que la multiplicidad de autos para su cumplimiento, durante estos dieciocho años, no han logrado su cometido.

En efecto, los autos de seguimiento 584 de 2022, 1174 y 1282 de 2025, así como el auto 1006 de 2025 reiteraron la persistencia de dichas fallas y la urgencia de adoptar medidas correctivas, lo que refuerza la interpretación según la cual el incremento de las acciones de tutela en salud no constituye un fenómeno episódico, sino la manifestación de problemáticas persistentes en la garantía del derecho, aún después de la expedición de la Ley Estatutaria de Salud de 2015 que reconoció el derecho a la salud como autónomo¹⁰.

En este marco conviene considerar un análisis juicioso del cumplimiento de los principios de progresividad y no regresividad, aplicables a los derechos sociales y, en particular, al derecho fundamental a la salud, reiterados por la Corte Constitucional; al igual que los contenidos de la Sentencia C-313 de 2014 y de la Ley Estatutaria

¹⁰ La Sentencia T-859 de 2003 reconoció el derecho a la salud como fundamental.

en salud, que precisaron que el núcleo esencial del derecho a la salud no puede ser reducido ni vaciado de contenido por decisiones de carácter administrativo, financiero o presupuestal.

Adicionalmente, las tutelas por transporte y viáticos evidencian que la accesibilidad económica y geográfica sigue siendo un determinante central del acceso efectivo a los servicios, especialmente en contextos de ruralidad, dispersión poblacional o vulnerabilidad socioeconómica. La Corte ha establecido que, cuando el desplazamiento resulta indispensable para acceder a servicios de salud ordenados y el usuario carece de recursos suficientes, la cobertura de transporte —y, en determinados casos, de alojamiento y alimentación— hace parte del derecho a la salud (ver entre otras las sentencias T-780 de 2013, T-316 de 2024).

Las pretensiones relacionadas con hospitalización, tratamiento integral, insumos médicos y terapias de rehabilitación reflejan la exigencia judicial del principio de integralidad, conforme con el cual, la atención en salud no puede fragmentarse en prestaciones aisladas, sino que debe garantizarse de manera completa, continua y coordinada, para atender las necesidades reales del paciente. La Corte ha reiterado que el tratamiento integral comprende todos los servicios, procedimientos, medicamentos, insumos y apoyos necesarios para la recuperación o estabilización del estado de salud, según la prescripción médica (ver entre otras las sentencias T-736 de 2016, T-327 de 2024, T-101 de 2021).

Las tutelas por cirugías muestran el conflicto recurrente entre la necesidad clínica y la dilación administrativa. La jurisprudencia constitucional ha sido clara en afirmar que la omisión en la programación oportuna de procedimientos quirúrgicos vulnera el derecho a la salud y el principio de oportunidad, aun cuando la intervención se autorice o practique de forma tardía (Sentencia T-230 de 2023). En esta misma línea, la Corte ha precisado que ciertos procedimientos inicialmente catalogados como excluidos deben ser cubiertos cuando tienen una finalidad funcional o reconstructiva orientada a proteger la salud y la dignidad humana (Sentencia SU-239 de 2024).

Las demoras y negaciones explícitas con dilaciones reiteradas, silencios administrativos o evasivas también han sido reconocidas como una forma autónoma de vulneración del derecho fundamental a la salud, aun en ausencia de una negativa formal, por desconocer los principios de oportunidad, continuidad y eficiencia del servicio (sentencias T-736 de 2016, T-377 de 2024).

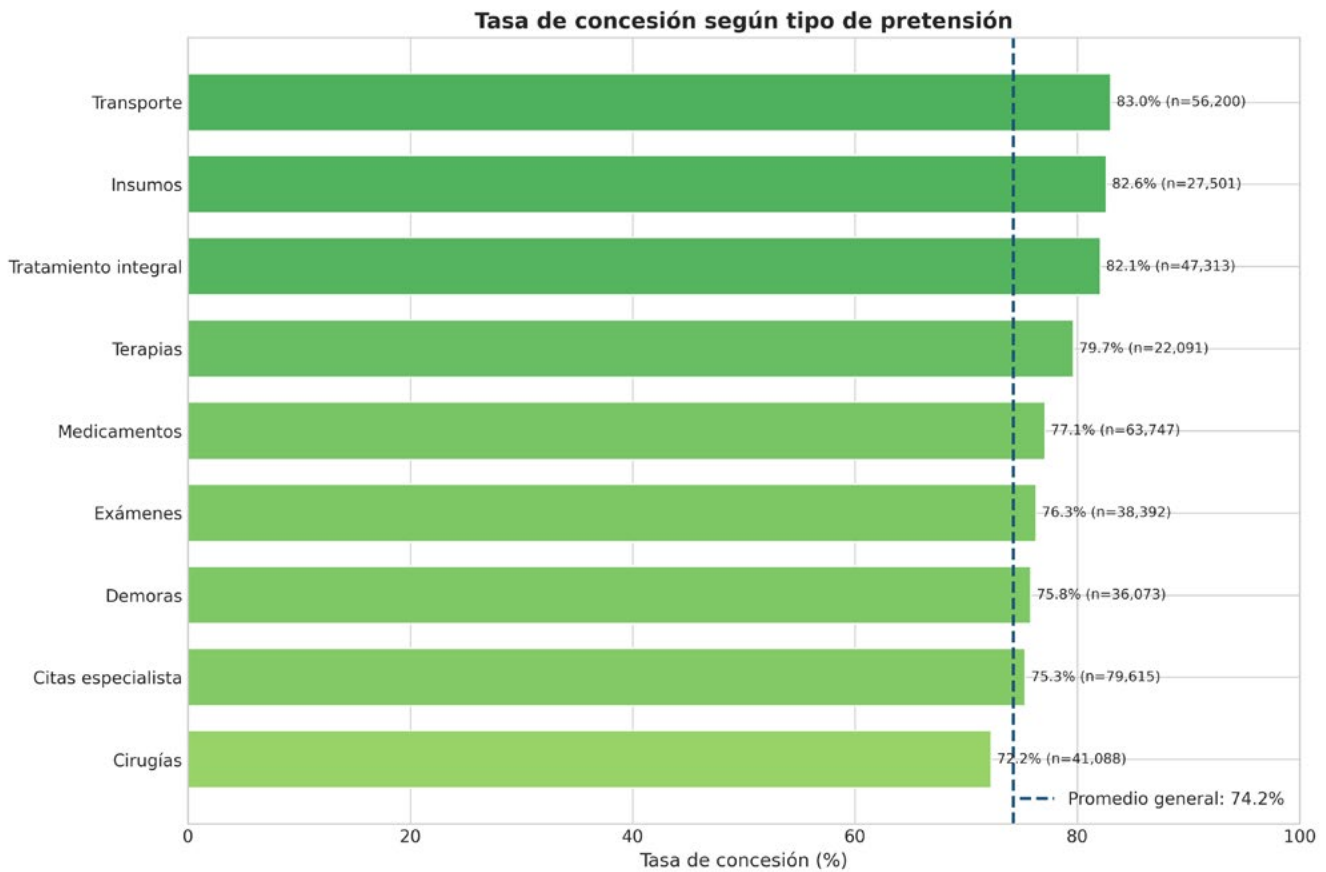
Las tutelas por urgencias representan situaciones de especial gravedad; la obstrucción del acceso a atención inmediata compromete directamente los derechos a la vida y a la integridad personal, la Corte ha reiterado que este servicio debe prestarse de manera inmediata, sin barreras administrativas ni exigencia de autorizaciones, por su conexidad con el derecho a la vida (sentencias T-934 de 2010, T-230 de 2023).

4.2. Tasas de concesión según tipo de hecho

El éxito de una tutela varía según el tipo de prestación solicitada. La Figura 13 ilustra la tasa de concesión para cada categoría de hechos, ordenada de mayor a menor. El promedio general del

sistema se ubica en 74.2 %, valor que sirve como referencia para identificar hechos con mayor o menor probabilidad de amparo judicial.

Figura 13. Tasa de concesión según tipo de pretensión



Fuente: elaboración propia con información de tutelas en salud de 2024 de la Corte Constitucional

Las solicitudes de transporte alcanzan la tasa de concesión más elevada con 83.0 % (n=56.200), seguidas de insumos médicos con 82.6 % (n=27.501) y tratamiento integral con 82.1 % (n=47.313). Estas tres categorías superan el promedio en más de siete puntos porcentuales, lo que indica que los jueces reconocen con mayor facilidad la vulneración del derecho en estos servicios.

La elevada tasa de concesión observada en las solicitudes de transporte y viáticos refleja su carácter de prestaciones habilitadoras del acceso efectivo a los servicios de salud. La Corte Constitucional ha ordenado este tipo de medidas cuando resultan necesarias para remover barre-

ras geográficas o logísticas que impiden la materialización del tratamiento indicado, en línea con el enfoque de goce efectivo del derecho desarrollado en la Sentencia T-760 de 2008 y reiterado en sus autos de seguimiento. En desarrollo de esta línea, la Corte ha construido reglas diferenciadas para el cubrimiento de: i) el transporte intermunicipal, ii) el transporte intramunicipal o urbano, iii) los acompañantes y iv) el alojamiento y la alimentación cuando resulten necesarios.

Las terapias de rehabilitación registran una tasa de 79.7 % (22 091 tutelas), las cuales se ubican también por encima del promedio. Los medicamentos, pese a ser la segunda pretensión más frecuente, presentan una tasa de 77.1 % (63 747

tutelas), apenas tres puntos por encima del promedio general. Los exámenes diagnósticos alcanzan 76.3 % (38 392 tutelas) y las demoras o negaciones explícitas 75.8 % (36 073 tutelas).

En el extremo inferior de la distribución se ubican las citas con especialistas con 75.3 % (79 615 tutelas) y las cirugías con 72.2 % (41 088 tutelas). Esta última categoría es la única que se sitúa por debajo del promedio general, lo cual puede explicarse por la mayor complejidad de estos hechos y la necesidad de evaluar indicaciones médicas específicas. Las cirugías suelen involucrar procedimientos electivos donde la deter-

minación de urgencia o necesidad resulta menos evidente que en otras categorías.

Debe diseñarse una manera sistemática y organizada de incluir y reconocer en la financiación del sistema de salud el transporte con enfoque diferencial, para no seguir siendo la tutela el mecanismo idóneo para la consecución de la financiación de transporte y viáticos del paciente o acompañantes con el fin de garantizar del acceso a otros servicios de salud, dada la imposibilidad de traslado hacia ciudades o municipios cabecera.

5. Hechos según perfil diagnóstico

Solamente en el 54.5 % del universo de tutelas en salud se pudo extraer el diagnóstico mediante el procesamiento del lenguaje natural (es decir tomado del texto).

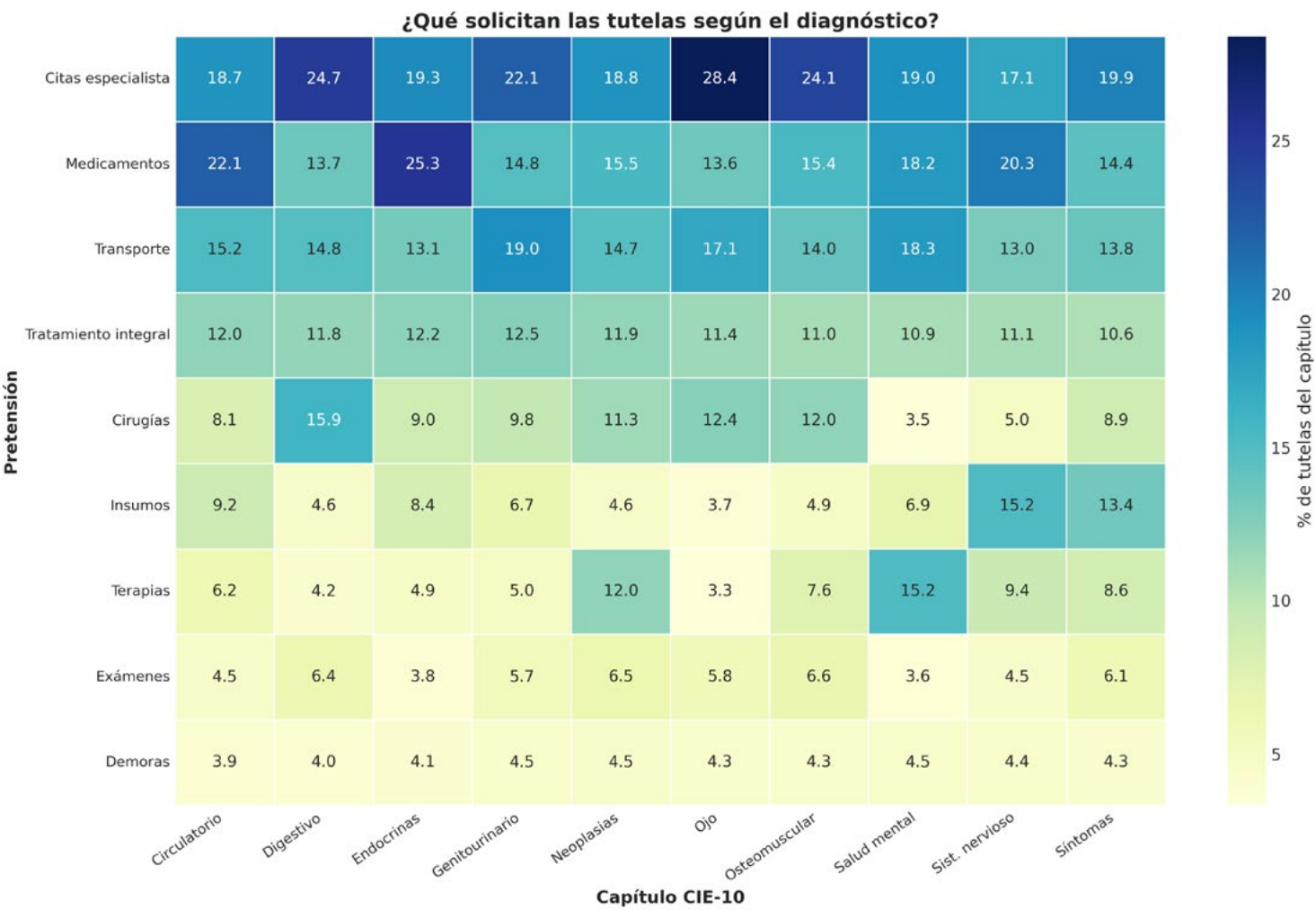
La naturaleza del objeto de la pretensión solicitada por los ciudadanos varía según su condición de salud. La Figura 14 despliega una matriz que cruza los diez capítulos CIE-10 (Codificación Internacional de Enfermedades, versión 10), con mayor representación en tutelas contra las nueve categorías de hechos y se expresa en cada celda el porcentaje de tutelas de ese capítulo diagnóstico, que incluyen el hecho correspondiente. En la siguiente sección se profundizará sobre la clasificación de diagnósticos en las tutelas.

Las enfermedades del ojo presentan el perfil de pretensiones más concentrado en citas con especialistas, con 28.4 % de las tutelas que solicitan acceso a oftalmología u otras subespecialidades.

Este valor supera significativamente al promedio de la fila (que oscila entre 17 % y 25 % para los demás capítulos) y refleja la estructura de atención de los problemas oculares, donde el diagnóstico y tratamiento dependen críticamente del acceso al especialista. Las enfermedades digestivas (24.7 %) y osteomusculares (24.1 %), también muestran alta concentración.

La solicitud de medicamentos exhibe un patrón diferenciado según el capítulo diagnóstico. Las enfermedades endocrinas lideran con 25.3 %, seguidas del sistema circulatorio con 22.1 % y el sistema nervioso con 20.3 %. Este patrón resulta coherente con la naturaleza de estas condiciones: la diabetes, las dislipidemias o problemas de colesterol, la hipertensión y la epilepsia requieren tratamiento farmacológico crónico y las interrupciones en el suministro de medicamentos generan un riesgo clínico inmediato que motiva tutelas.

Figura 14. ¿Qué solicitan las tutelas según el diagnóstico?



Fuente: elaboración propia con información de tutelas en salud de 2024 de la Corte Constitucional

El transporte muestra su mayor intensidad en enfermedades genitourinarias (19.0 %), salud mental (18.3 %), enfermedades del ojo (17.1 %) y sistema circulatorio (15.2 %). La concentración en genitourinarias se asocia probablemente a pacientes con enfermedad renal crónica en diálisis, quienes requieren desplazamientos frecuentes a centros de tratamiento. En salud mental, las barreras de transporte afectan particularmente a poblaciones con trastornos severos cuya autonomía para desplazarse puede estar comprometida.

Las terapias de rehabilitación presentan concentración en salud mental (15.2 %) y neoplasias (12.0 %), lo cual refleja las necesidades de rehabilitación cognitiva y funcional en trastornos mentales, así como la rehabilitación oncológica durante y después del tratamiento del cáncer. El sistema nervioso registra 9.4 %, asociado a condiciones como accidente cerebrovascular, esclerosis múltiple y otras enfermedades neurológicas degenerativas que requieren fisioterapia y rehabilitación continuada.

Los insumos médicos muestran su mayor frecuencia en sistema nervioso (15.2 %) y síntomas no clasificados (13.4 %). En el primer caso se relaciona con dispositivos como sondas, pañales para incontinencia en pacientes con lesiones medulares y equipos de asistencia respiratoria

para enfermedades neuromusculares. Las cirugías concentran su mayor participación en enfermedades digestivas (15.9 %) y del ojo (12.4 %).

Un hallazgo transversal es la relativa homogeneidad del tratamiento integral, que oscila entre 10.6 % y 12.5 % en todos los capítulos analizados, una estrategia que permite la continuidad, independientemente de la condición de salud.

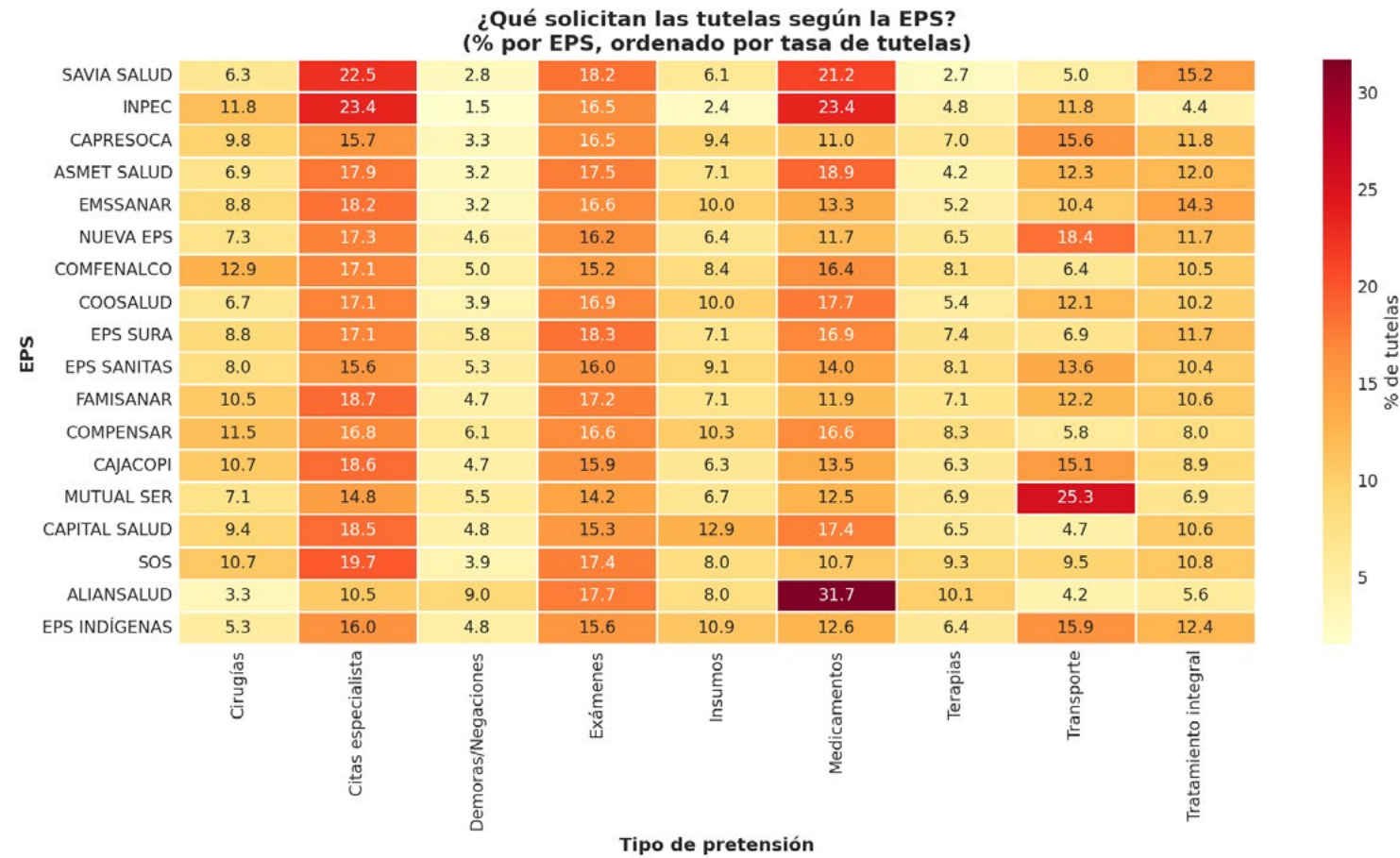
El análisis evidencia que la naturaleza de las pretensiones varía de forma consistente según el tipo de enfermedad y refleja los puntos críticos del proceso asistencial en cada grupo diagnóstico (consultas especializadas en patologías donde el diagnóstico es decisivo, continuidad en el suministro de medicamentos para enfermedades crónicas y superación de barreras logísticas en condiciones que demandan atención frecuente o prolongada). Adicionalmente, la concentración de pretensiones en rehabilitación, insumos y cirugías sugiere que la judicialización surge cuando el sistema no logra sostener procesos terapéuticos integrales y continuos. En contraste, la homogeneidad del tratamiento integral entre capítulos diagnósticos sugiere una estrategia orientada a asegurar la integralidad y la continuidad del cuidado frente a los problemas administrativos.

5.1. Perfil de hechos por EPS

El tipo de prestaciones que solicitan los ciudadanos varía según la entidad demandada, lo que permite identificar patrones diferenciados de barreras de acceso. La Figura 15 exhibe la distribución porcentual de hechos para las 20 EPS

ordenadas según su tasa de tutelas por afiliado (de mayor a menor), lo que permite observar la intensidad de judicialización en función del perfil de demandas.

Figura 15. ¿Qué solicitan las tutelas según la EPS?



Fuente: elaboración propia con información de tutelas en salud de 2024 de la Corte Constitucional

Savia Salud, la entidad con mayor tasa de tutelas, concentra las barreras en el acceso a citas con especialistas (22.5 %), el suministro de medicamentos (21.2 %), los exámenes diagnósticos (18.2 %) y el tratamiento integral (15.2 %) y mucho menos en barreras geográficas (el transporte es solo 5.0 % de sus tutelas). En la Nueva EPS, el transporte es la pretensión dominante (18.4 %), superando a las citas con especialistas (17.3 %) y los medicamentos (11.7 %). Esta configuración sugiere barreras de acceso geográfico significativas, ya citadas en la Figura 12.

En el INPEC, las tutelas por citas con especialista y por medicamentos acumulan casi la mitad de los hechos (23.4 % y 23.4 %). El transporte alcanza 11.8 %, mientras que los insumos registran apenas 2.4 %. Mutual Ser destaca por presentar la mayor concentración en transporte de toda la matriz con 25.3 %, más del doble del promedio de esta pretensión. En esta EPS con predominio en la región Caribe, las debilidades de la red de prestación obligan a los afiliados al desplazarse para acceder a servicios especializados. Conviene que, para superar este asunto, se configure una red integral de atención adecuada y se establezca un modelo de gestión especial para atender a los afiliados de regiones apartadas.

Las tutelas de Aliansalud indican que más de tres

de cada diez tutelas contra esta entidad se refieren a medicamentos (31.7 %), el valor más alto de toda la matriz. La baja participación de transporte (4.2 %) y demoras (9.0 %) refuerza la hipótesis de un perfil atípico de la Entidad, donde las necesidades de sus afiliados son menos de acceso a los servicios complementarios y más de acceso a la innovación.

Capital Salud registra la mayor participación en insumos (12.9 %) entre las EPS analizadas, lo cual puede asociarse al perfil de morbilidad de la población del régimen subsidiado del Distrito Capital, que requiere insumos continuos. SOS presenta la mayor concentración en citas con especialistas (19.7 %), lo que indica que incluso en entidades con menores tasas de tutelas, el acceso a especialistas es una barrera persistente. Este elemento destaca la importancia de una

política de talento humano en salud orientada a resolver este déficit.

Los patrones descritos de la judicialización se asocian con barreras administrativas y de gestión de las EPS, que contradicen su misión, a la vez que a particularidades territoriales y de la red de atención.

Las tendencias de las tutelas también se consideran una expresión de incumplimientos de obligaciones estatales concretas —de respeto, protección y cumplimiento— y de falta de atención a parámetros como la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, así como de las obligaciones de no discriminación y progresividad consagradas en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) y su Observación General N.º 14.

6. Caracterización de la mención de diagnósticos en las tutelas y el perfil de salud de la población atendida por el sistema de salud

Esta sección presenta el análisis de los diagnósticos CIE-10 extraídos de las tutelas, su distribución general, las variaciones según la entidad

demandada y su relación con la línea base epidemiológica de la población atendida por el sistema de salud.

6.1. Distribución general de diagnósticos

Como se mencionó anteriormente se realizó para 147 922 tutelas con información disponible sobre diagnósticos, del total de tutelas en salud analizadas (265 173).

El proceso de extracción identificó 310 635 registros diagnóstico-tutela con 6228 códigos CIE-10 completos (es decir, diagnósticos específicos) y

1651 categorías a nivel de tres dígitos del CIE-10 (es decir, diagnósticos más generales). La mayoría de las tutelas mencionan una o dos condiciones de salud, mientras un subconjunto menor menciona múltiples comorbilidades.

La lista de diagnósticos es diversa. Algunos corresponden a enfermedades crónicas de alta

frecuencia en la población nacional (hipertensión, diabetes, hipotiroidismo, obesidad), otros a condiciones que generan dependencia funcional (incontinencia, necesidad de asistencia por movilidad reducida) y otros a enfermedades de alto costo (enfermedad renal crónica, insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad de Alzheimer). La presencia de códigos Z (factores que influyen en el estado de salud y contacto con servicios) indica que parte de las tutelas mencionan situaciones de dependencia funcional más que diagnósticos clínicos específicos.

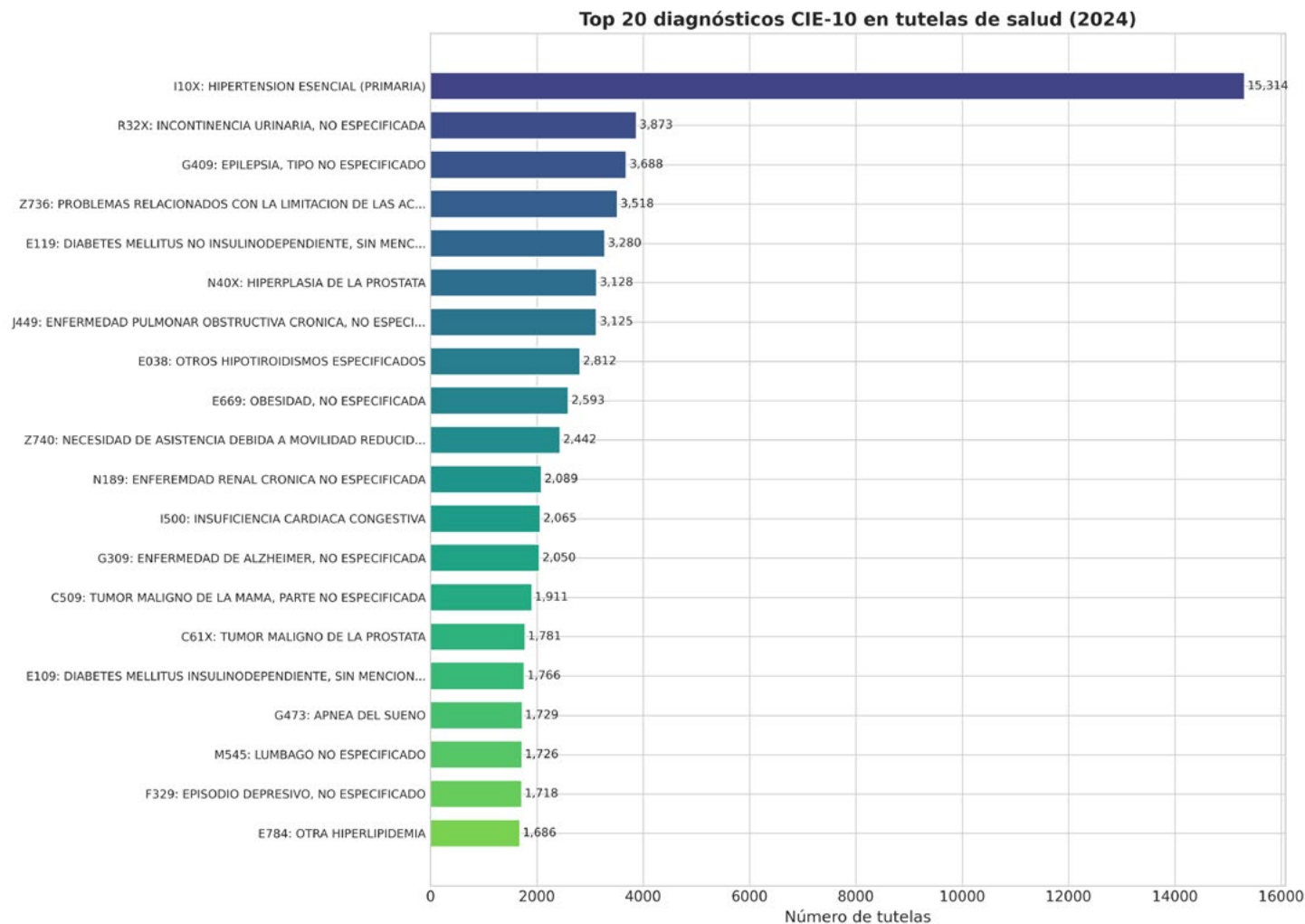
La Figura 16 presenta los 20 diagnósticos más frecuentes mencionados en las tutelas analizadas. La hipertensión esencial, con 15 314 menciones, cuadruplica al segundo diagnóstico de la lista. Esto significa que muchos de los accionantes reportan la hipertensión en el contexto de su salud, aun si la tutela se presenta sobre otra condición.

La incontinencia urinaria no especificada ocupa el segundo lugar con 3873 menciones, seguida de la epilepsia con 3688 y problemas relacionados con limitación de actividades con 3518. La diabetes mellitus no insulino dependiente aparece con 3280 casos, la hiperplasia de próstata con 3128 y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica con 3125.

Esta descripción permite inferir que la judicialización en salud se concentra principalmente en pacientes con enfermedades crónicas, a la vez que da cuenta de una mayor complejidad clínica que requiere una multiplicidad de atenciones. Aunque la mayoría de las tutelas mencionan uno o dos diagnósticos, existe un grupo relevante que describe múltiples condiciones, lo que incrementa la probabilidad de fallas en la continuidad en la atención en salud y el cuidado.



Figura 16. Top 20 diagnósticos CIE-10 en tutelas en salud (2024)



Fuente: elaboración propia con información de tutelas en salud de 2024 de la Corte Constitucional

El capítulo del CIE-10 que clasifica las enfermedades del sistema circulatorio domina la distribución con 37 840 tutelas (12.2 % del total), seguido de enfermedades osteomusculares con 30 772 (9.9 %), sistema nervioso con 26 343 (8.5 %), síntomas y signos no clasificados con 25 239 (8.1 %) y enfermedades endocrinas con 24 956 (8.0 %). Las neoplasias acumulan 23 114 tutelas (7.4 %), el sistema genitourinario 19 659 (6.3 %) y los trastornos mentales 19 523 (6.3 %).

Dentro del capítulo circulatorio, la hipertensión esencial es bloque dominante con el 40 % del capítulo, seguida de la insuficiencia cardíaca

congestiva, con 2368 menciones y la enfermedad aterosclerótica del corazón, con 2490.

El capítulo de neoplasias muestra una mayor dispersión. El tumor maligno de mama lidera (2147 menciones), seguido del tumor maligno de próstata (1782), el tumor de tiroides con 900 y la enfermedad renal crónica derivada de neoplasias (5276 menciones).

En salud mental, los trastornos de ansiedad acumulan 3335 menciones, el episodio depresivo registra 2026 y el autismo en la niñez 2589. Este último dato sugiere que las tutelas relacionadas

con trastornos del espectro autista son significativas en la judicialización en salud mental, probablemente por barreras de acceso a terapias de rehabilitación y educación especial.

La jurisprudencia y la normativa han reconocido a quienes padecen algunos de estos diagnósticos

(ejemplo, cáncer, esclerosis, trastorno mental, entre otros) como sujetos de especial protección, lo cual obliga al establecimiento de acciones prioritarias de gestión del riesgo clínico y jurídico (prevención de litigiosidad).

6.2. Perfil diagnóstico según EPS

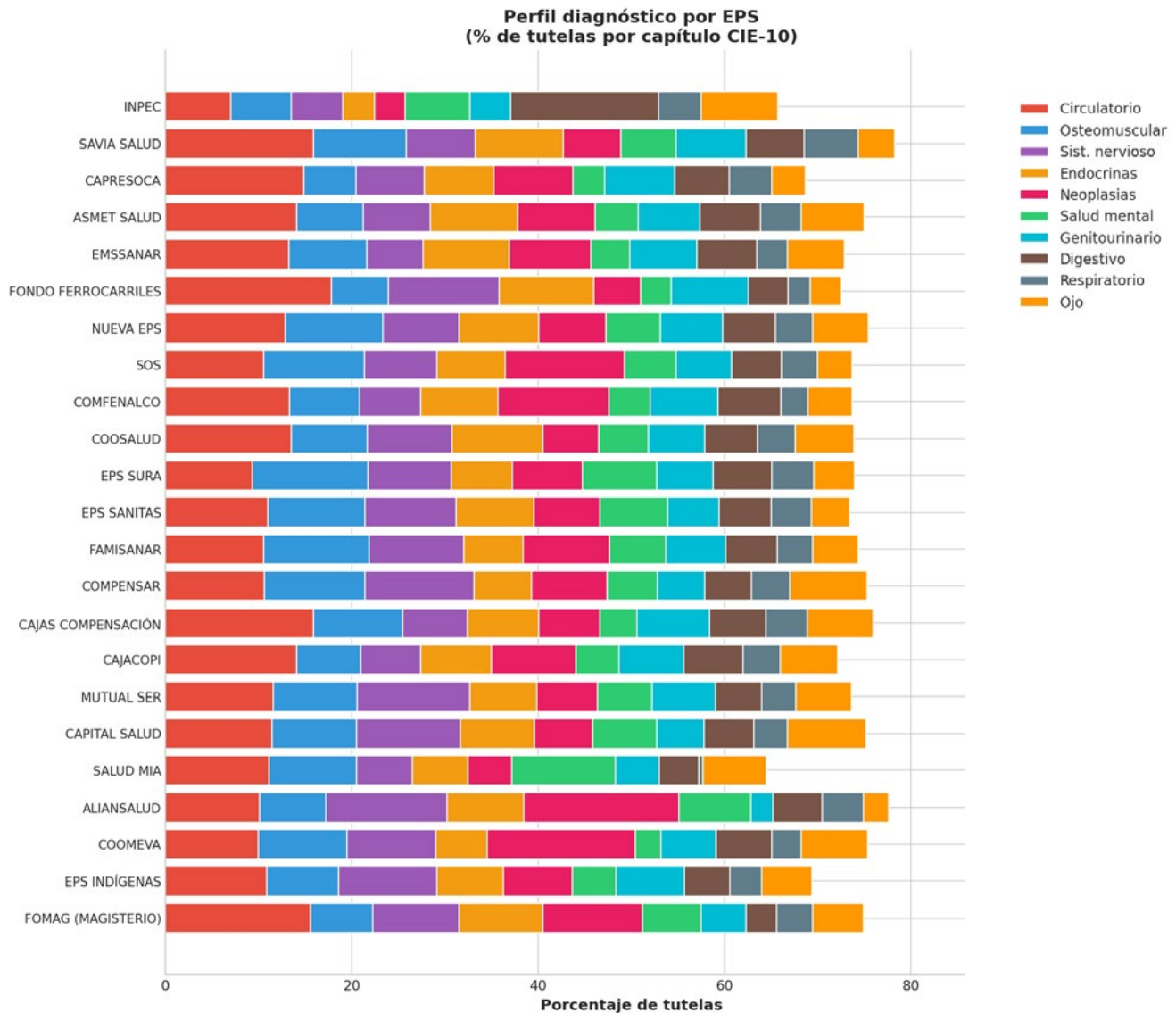
La distribución de los diagnósticos mencionados en las tutelas varía según EAPB, lo cual puede reflejar diferencias en el perfil epidemiológico de la población afiliada, en las barreras de acceso específicas o en ambos factores. La Figura 17 exhibe el perfil diagnóstico por EPS y la proporción de tutelas para los diez principales capítulos CIE-10.

El INPEC presenta el perfil más atípico: pocas enfermedades circulatorias y neoplasias y una proporción elevada de enfermedades endocrinas. Este patrón puede reflejar características demográficas de la población carcelaria, predominantemente masculina y menor edad promedio, así como las condiciones específicas de atención en los establecimientos de reclusión.

Savia Salud presenta la mayor concentración de menciones de enfermedades circulatorias entre las EPS analizadas (16 %), mientras las neoplasias representan un valor inferior al promedio (6 %).

Las EPS del régimen contributivo Sanitas, Sura, Famisanar exhiben perfiles menos dispersos y presencia de enfermedades osteomusculares y del sistema nervioso. Sura destaca por tener la mayor proporción de patología osteomuscular (12 %), posiblemente por un perfil de afiliados con empleo formal y mayor exposición a riesgos laborales. Famisanar presenta la mayor proporción de neoplasias entre las EPS analizadas, cercana al 9 %. Sanidad Militar exhibe la mayor cantidad de diagnósticos asociados a salud mental, descritos en las tutelas, coherente con la exposición a situaciones de estrés asociadas al servicio militar.

Figura 17. Perfil diagnóstico por EPS



Fuente: elaboración propia con información de tutelas en salud de 2024 de la Corte Constitucional

Es importante también describir la complejidad diagnóstica medida como el número promedio de diagnósticos mencionados por tutela. El promedio general del sistema es 1.17 diagnósticos por tutela (se consideran solo las tutelas con al menos un diagnóstico descrito). Nueva EPS lidera con 1.29 diagnóstico por tutela de 63 176 tutelas, seguida de Emssanar con 1.27 (10 413 tutelas), EPS Sanitas con 1.25 (21 906 tutelas) y

Asmet Salud con 1.24 (10 399 tutelas). El INPEC y Sanidad Militar están por debajo del promedio.

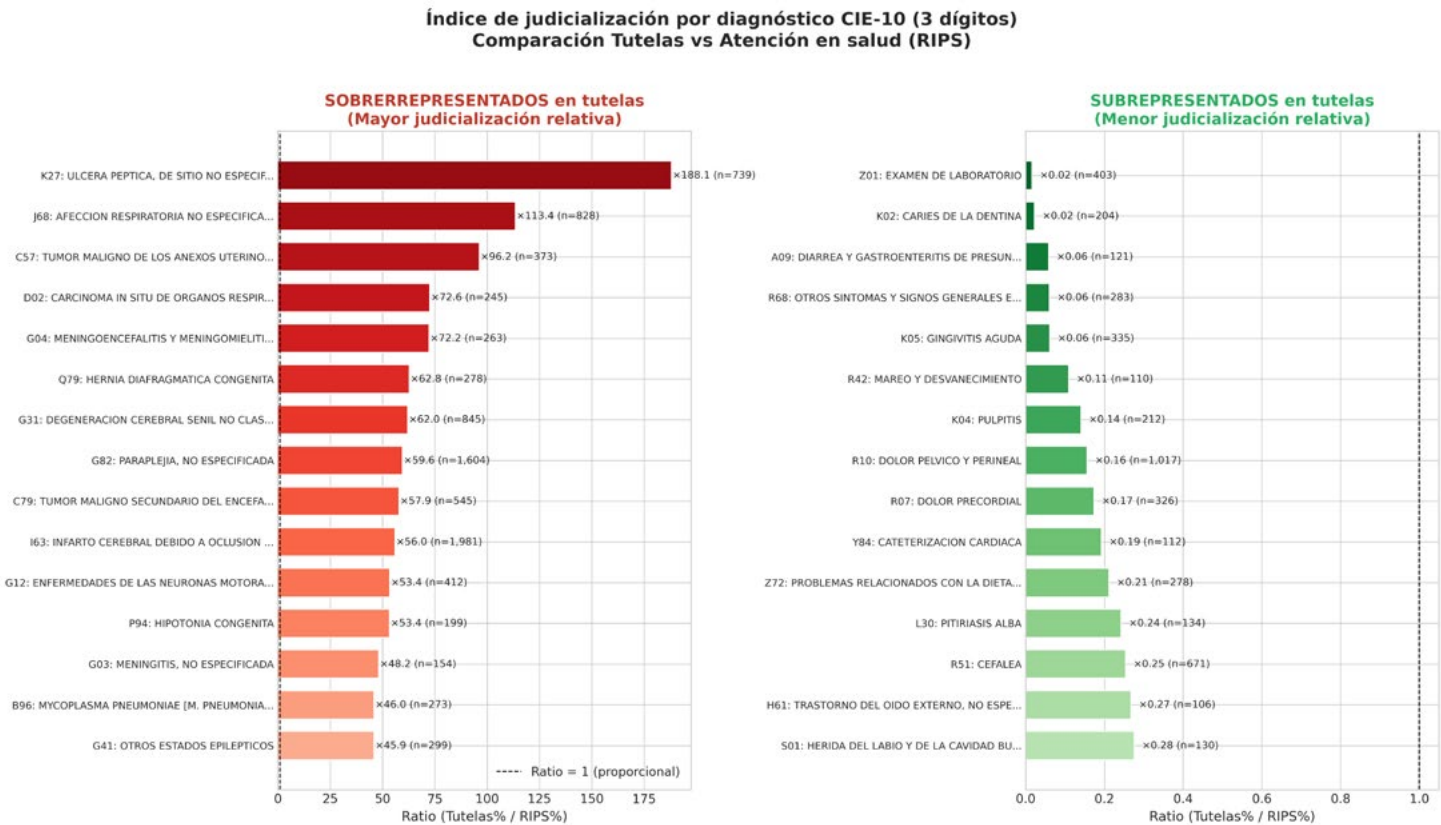
La mayor complejidad diagnóstica en Nueva EPS refleja un perfil de afiliados con una mayor carga de comorbilidades, a la vez que indica que las tutelas contra esta entidad describen más extensamente el contexto clínico del accionante.

6.3. Sobrerrepresentación y subrepresentación diagnóstica

Una enfermedad muy frecuente en la población aparecerá más descrita en las tutelas sin que esto implique mayores barreras de acceso. Para controlar este efecto, se calculó el índice de judicialización relativa como cociente entre la proporción de cada diagnóstico en tutelas y su proporción correspondiente en los Registros

Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS). Un índice igual a 1 indica proporcionalidad entre tutelas y las cifras de atención general; valores superiores señalan sobrerrepresentación de las menciones en las tutelas, mientras que valores inferiores indican subrepresentación en dichas menciones.

Figura 18. Índice de judicialización por diagnóstico CIE-10



Fuente: elaboración propia con información de tutelas en salud de 2024 de la Corte Constitucional

La Figura 18 despliega los diagnósticos más sobrerrepresentados (panel izquierdo) y más subrepresentados (panel derecho) en las tutelas, respecto a la línea base de RIPS.

Entre los diagnósticos sobrerrepresentados descritos en las tutelas destacan varias neoplasias y

condiciones de alto costo (el tumor maligno de anexos uterinos, el carcinoma in situ de órganos respiratorios), también las condiciones neurológicas graves (meningoencefalitis y meningo-mielitis, degeneración cerebral senil, paraplejia e infarto cerebral por oclusión), las enfermedades de las neuronas motoras, la hipotonía congénita

y la meningitis no especificada y las formas severas de epilepsia.

Este patrón indica que las enfermedades más complejas en el manejo enfrentan barreras de acceso más altas respecto a frecuencia en la población general, posiblemente debido a mayor cantidad de servicios requeridos, a las necesidades prolongadas de rehabilitación o al alto costo. También las enfermedades sobrerrepresentadas mencionadas en las tutelas suelen asociarse a condiciones del adulto mayor, asunto que implica una aproximación integral a la protec-

ción de los derechos de este grupo de población.

El panel de diagnósticos subrepresentados revela condiciones que, pese a ser frecuentes en la atención general, rara vez motivan tutelas. Los exámenes de laboratorio de rutina generan poca judicialización, al igual que problemas de salud oral, como las caries de la dentina o la gingivitis aguda. Este patrón de subrepresentación se extiende a condiciones menores como mareo y desvanecimiento, dolor pélvico y perineal y cefalea.

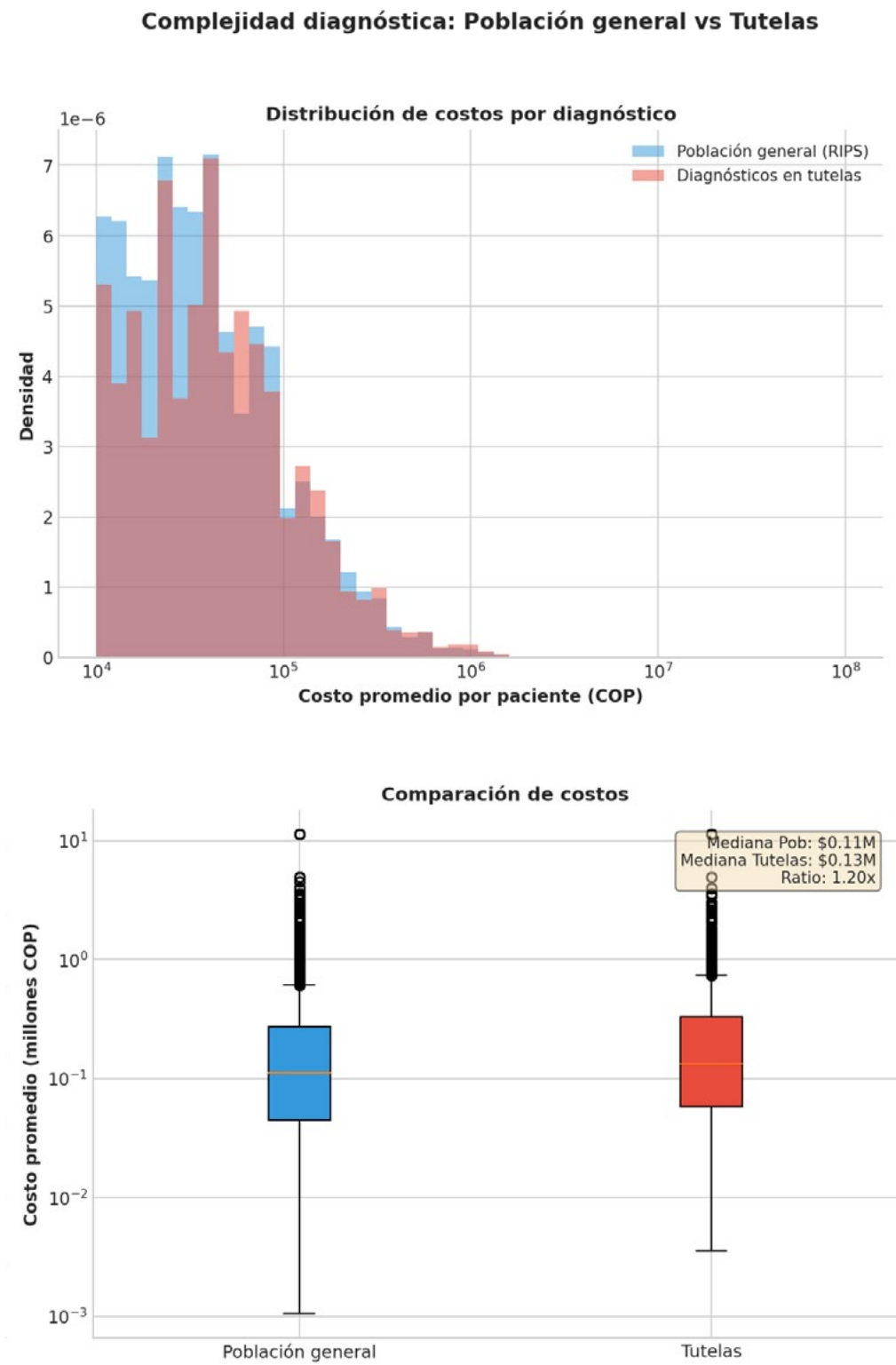
7. Dimensión económica y determinantes socioeconómicos de la judicialización

El análisis de la judicialización de la salud se enriquece al incorporar la dimensión económica de las condiciones que motivan las tutelas y al examinar la relación entre las características socioeconómicas del territorio y la intensidad del fenómeno. Esta sección presenta un análisis que cruza los diagnósticos extraídos de las tutelas con información de costos derivada de los RIPS¹¹ y explora la asociación entre el Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) departamental y los patrones de judicialización.

La Figura 19 presenta la comparación entre los diagnósticos más reportados y las situaciones en salud consideradas de mayor costo, mediante dos visualizaciones complementarias. El panel izquierdo muestra la distribución de la densidad del costo promedio por paciente según diagnóstico y diferencia entre la población general atendida en el sistema (RIPS, en azul) y los diagnósticos presentes en tutelas (en rojo).

¹¹ Los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) son el conjunto de datos obligatorios que detallan cada servicio médico prestado.

Figura 19. Complejidad diagnóstica: población general vs tutelas



Fuente: elaboración propia con información de tutelas en salud de 2024 de la Corte Constitucional

La distribución de costos en tutelas muestra un desplazamiento sistemático hacia la derecha respecto a la población general, lo cual indica que los diagnósticos de las tutelas suelen tener un costo promedio más alto que el costo por paciente de la población en general. Mientras que la población atendida en RIPS, presenta mayor concentración en el rango de \$ 10 000 a \$ 50 000 COP, los diagnósticos en tutelas muestran mayor densidad en el rango de \$ 30 000 a \$ 100 000 COP. La diferencia se acentúa en los diagnósticos de mayor valor por paciente: los diagnósticos cuya atención implica mayor gasto para el sistema de salud (superiores a \$ 100 000 COP) aparecen con mayor frecuencia relativa en las tutelas que en la atención general.

El costo mediano en tutelas por diagnóstico es 20 % superior al diagnóstico mediano por diagnóstico en la atención general. Panel derecho de la figura 19.

Esta diferencia, aunque estadísticamente observable, es de magnitud moderada. La interpretación sugiere que la judicialización no se concentra exclusivamente en condiciones de muy alto costo, sino que abarca un amplio espectro, con un sesgo moderado hacia diagnósticos más costosos. La presencia de numerosos valores atípicos en ambas distribuciones, particularmente en tutelas, indica que existe un subconjunto de acciones que efectivamente

incluyen condiciones de costo extremo, pero no representan la mayoría del fenómeno.

Una regresión lineal a partir de los datos descriptos, indica que las EPS con mayores tasas de tutelas tienden a presentar diagnósticos de menor costo promedio. En efecto, INPEC (tasa superior a 200 por 10 000 afiliados), Famisanar EPS -(Colsubsidio, cerca de 160) y Cafam (alrededor de 125) y Savia Salud (con cerca de 118), presentan costos promedio por diagnóstico por debajo del promedio estimado. Esta observación sugiere que las altas tasas de judicialización en estas entidades no necesariamente se explican por atender poblaciones con patologías excepcionalmente costosas; esto es contraintuitivo, porque podrían existir más razones a poner barreras de acceso cuando se trata de enfermedades cuyo tratamiento es más costoso.

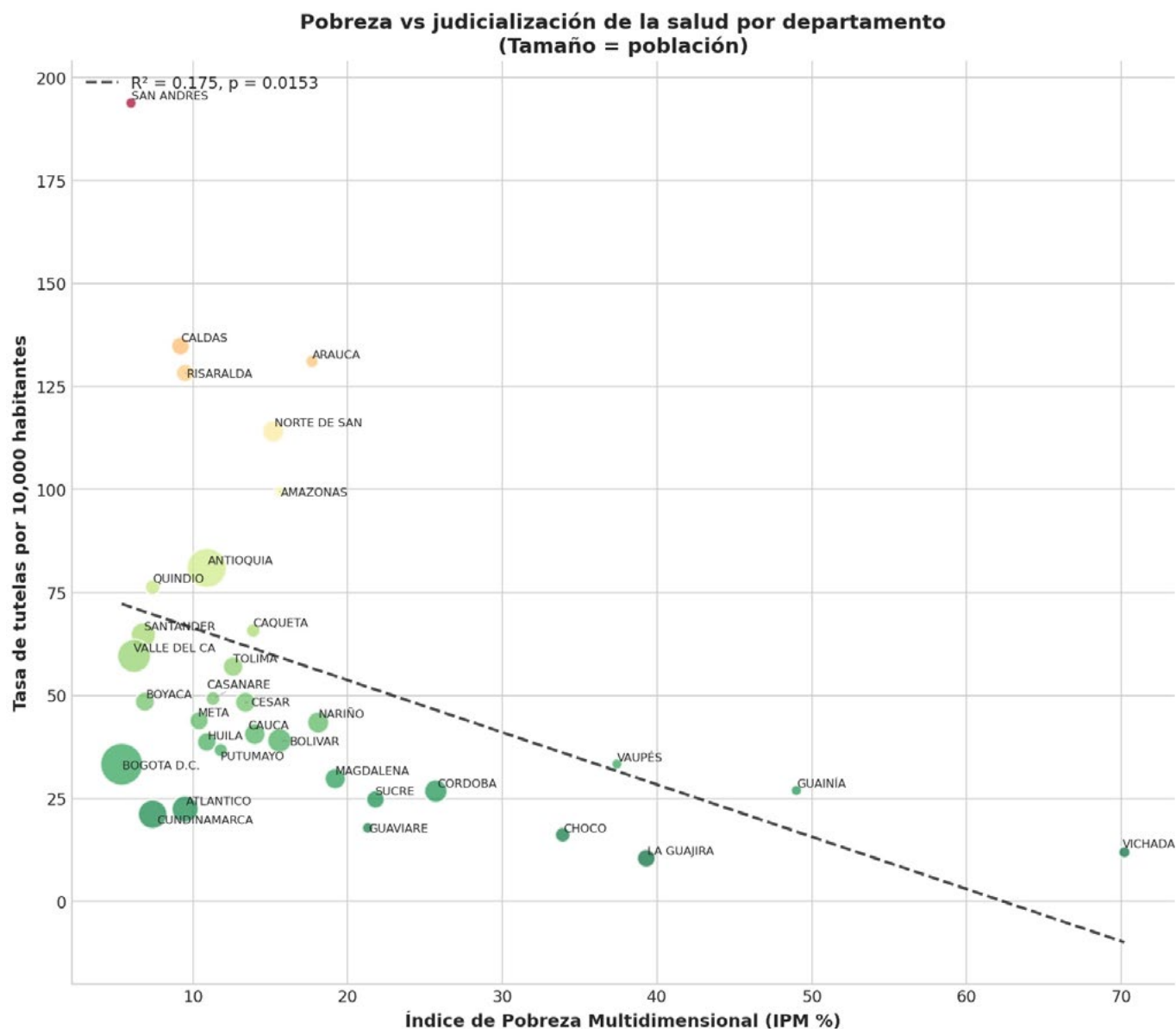
La ausencia de correlación significativa entre tasa de tutelas y costo diagnóstico descarta que las diferencias en la judicialización entre EPS se expliquen por las diversas complejidades clínicas de sus poblaciones. Este hallazgo refuerza la interpretación de que las barreras de acceso que motivan las tutelas obedecen principalmente a factores organizacionales, administrativos y del modelo de gestión financiera de cada EPS, a la vez que a factores estructurales del sistema.

7.1. Pobreza y judicialización

La relación entre las condiciones socioeconómicas del territorio y la intensidad de la judicialización constituye una dimensión importante para intentar comprender el fenómeno. Desde una perspectiva de equidad se podría esperar que los departamentos con mayores niveles de pobreza, donde las necesidades de salud insatisfechas podrían ser mayores, presentaran tasas más altas de tutelas. Sin embargo, la evidencia desafía esta intuición.

La Figura 20 exhibe la relación entre el Índice de Pobreza Multidimensional departamental y la tasa de tutelas por 10 000 habitantes. Cada punto representa un departamento, el tamaño es proporcional a la población y el color indica la tasa de tutelas (tonos más oscuros corresponden a tasas más altas). La línea de tendencia ajustada mediante regresión lineal presenta una pendiente negativa con R^2 de 0.175 y valor p de 0.0153, lo que indica una asociación estadísticamente significativa de magnitud moderada.

Figura 20. Pobreza vs judicialización de la salud por departamento



Fuente: elaboración propia con información de tutelas en salud de 2024 de la Corte Constitucional

El resultado es contraintuitivo pero robusto: los departamentos más pobres tienen tasas más bajas de judicialización, así como un sistema judicial débil. Vichada (IPM cercano al 70 %) registra apenas 12 tutelas por 10 000 habitantes, La Guajira (IPM aproximadamente 40 %) presenta una tasa cercana a 11 y Chocó (IPM alre-

dedor del 35 %) alcanza apenas 16. En contraste, el archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina (IPM inferior al 5 %) lidera con una tasa cercana a 193 y los departamentos del Eje Cafetero con IPM entre 8 % y 10 % (Caldas, Risaralda, Quindío) presentan tasas superiores a 75 tutelas por 10 000 habitantes.

Esta relación inversa entre pobreza y judicialización admite múltiples interpretaciones. La primera remite a las barreras de acceso a la justicia: la interposición de una tutela requiere conocimiento del mecanismo, capacidad de redacción o acceso a asesoría legal, tiempo disponible para realizar el trámite y proximidad a despachos judiciales. Estos recursos son más escasos en territorios con altos niveles de pobreza, donde las poblaciones pueden enfrentar barreras de acceso a la salud igualmente severas, pero carecen de los medios para canalizarlas mediante acción judicial.

Lo anterior, desde una perspectiva del derecho internacional de los derechos humanos, configura una violación del principio de no discriminación en el acceso al sistema judicial como condición habilitante del derecho a la salud. El artículo 2.2 del PIDESC prohíbe la discriminación por razón de posición económica en el disfrute de los derechos reconocidos en el Pacto, lo que incluye el acceso a los mecanismos de exigibilidad judicial. Lo que también ha sido advertido por la Corte Constitucional. Entonces, esa doble exclusión (barreras de acceso a la salud y barreras de acceso a la justicia) debe ser reconocida expresamente como una falla estructural del sistema que demanda una respuesta igualmente estructural.

Este comportamiento es similar a lo reportado en el informe defensorial 2025 en relación con las quejas y reclamos ante la Defensoría del Pueblo y ante la Superintendencia de Salud en determinados municipios y departamentos que, como se indicó en el informe, se puede explicar por las condiciones de acceso a servicios digitales que facilitan el uso de medios digitales (telefonía, internet, entre otros) para la presentación de reclamaciones en salud (Defensoría del Pueblo, 2025).

Una segunda interpretación considera las diferencias en el perfil de aseguramiento. Los departamentos más pobres presentan una mayor proporción de población afiliada al régimen

subsidiado o sin afiliación. Los departamentos con mayor desarrollo relativo tienen mayor proporción de afiliados al régimen contributivo, población que podría tener mayor propensión a judicializar las barreras de acceso.

La tercera explicación remite a la densidad institucional. Los departamentos con menores niveles de pobreza típicamente cuentan con mayor presencia de juzgados, oficinas de defensorías del pueblo, personerías con más recursos, clínicas jurídicas universitarias y organizaciones de la sociedad civil que facilitan el acceso al mecanismo de tutela. Esta infraestructura institucional reduce los costos de transacción para interponer acciones y puede contribuir a las mayores tasas observadas.

Varios departamentos se apartan notablemente de la tendencia general. Arauca presenta IPM moderado (cercano al 17 %) pero tasa de tutelas elevada (aproximadamente 131), posiblemente asociada a características de migración en esa zona de frontera. Córdoba muestra una combinación atípica de IPM relativamente alto (cerca del 27 %), con una tasa de tutelas también elevada (aproximadamente 87), lo cual podría indicar condiciones particulares de barreras de acceso que ameritan investigación específica. Amazonas exhibe IPM cercano al 18 % con tasa de tutelas de 98, configuración que podría reflejar las dificultades de acceso geográfico en territorios dispersos con población que, sin embargo, conoce y utiliza el mecanismo de tutela.

A esto se suman otros factores que merecen estudios a profundidad, por ejemplo, la composición demográfica (pueblos étnicos), las capacidades territoriales para responder a las necesidades en salud y las dinámicas político-administrativas, las razones de la no impugnación de fallos de tutela de primera instancia que conceden las pretensiones de los accionantes (80,84 % de los fallos no son impugnados por las accionadas).

Estos resultados invitan a una lectura más cuidadosa del significado de la tutela como

indicador. En los territorios más pobres, las barreras de acceso a la salud pueden ser más profundas y estructurales, pero tienden a permanecer silenciosas y no judicializadas, ya sea por desconocimiento del derecho, limitaciones materiales o normalización de la precariedad. En contraste, en los departamentos con menor pobreza, la tutela se consolida como un mecanismo de exigibilidad institucionalizado, integrado a las expectativas ciudadanas sobre el funcionamiento del sistema de salud y del Estado. En este sentido, altas tasas de tutela no siempre reflejan peor acceso, sino con frecuencia una mayor capacidad de agencia institucional y ciudadana para demandar el cumplimiento del derecho. La baja judicialización en territorios empobrecidos no debe interpretarse como desempeño favorable del sistema, sino como un déficit en la capacidad de transformar necesidades insatisfechas en derechos exigibles.

Un análisis complementario examina si los departamentos más pobres, cuando logran interponer tutelas, lo hacen por diagnósticos de mayor o menor costo que los departamentos más desarrollados.

Guaviare presenta el mayor costo promedio de diagnósticos tutelados con IPM de aproximadamente 20 %, mientras que Caldas exhibe el menor costo pese a su IPM bajo (alrededor del 9 %) ¹².

Los departamentos con IPM extremadamente alto (La Guajira, Guainía, Vichada, Chocó) muestran costos promedio similares al promedio

nacional. Esta observación sugiere que, cuando las poblaciones de regiones pobres logran superar las barreras de acceso a la tutela, lo hacen por condiciones de severidad comparable a las del resto del país.

El Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina presenta la tasa de tutelas más alta del país (cercana a 193 por 10 000 habitantes) con el costo promedio de diagnósticos más bajo. Esta combinación sugiere que la elevada judicialización en el archipiélago no obedece a condiciones de alto costo sino a las barreras administrativas generalizadas y condiciones geográficas de base, que afectan prestaciones de diversa complejidad.

Esto permite concluir que la acción de tutela no discrimina por costo del diagnóstico, sino que, cuando es accesible, opera con igualdad material. La ausencia de relación entre pobreza y costo indica que, incluso en los territorios más pobres, las personas que logran acceder a la tutela lo hacen por afectaciones que implican mayores gastos, situación comparable con el resto del país. A la vez, el hecho de que en los departamentos de mayores ingresos haya mayor uso de la tutela puede indicar una regresividad en el uso de la tutela para garantizar el derecho a la salud. En todo caso, hay que tener también en cuenta que la menor judicialización en contextos de alta pobreza revela una desigualdad estructural en el acceso a la justicia, condición habilitante para la exigibilidad del derecho mediante tutela.

¹² Estos resultados son consistentes con los presentados por Franco (2015), que muestra que la mayor parte de recobros y tutelas se concentraban en la zona cafetera, en Antioquia y Valle, y la menor, en zonas de alta dispersión poblacional.

7.2. Determinantes departamentales de la judicialización a partir de un modelo estadístico

Los análisis descriptivos presentados en las secciones anteriores revelan patrones entre las características territoriales y la intensidad de la judicialización. Sin embargo, la identificación de relaciones causales requiere una estimación a partir de un modelo estadístico que controle simultáneamente por múltiples factores y por la heterogeneidad no observada entre las unidades territoriales. Desde esta perspectiva, esta sección presenta los resultados de un modelo de datos de panel con efectos fijos que examina los determinantes departamentales de las tutelas en salud. El modelo consideró datos acumulados entre 2018-2024 (ver detalles en el anexo metodológico).

Las variables explicativas seleccionadas abarcan conectividad (internet), la densidad poblacional, la pobreza multidimensional, la tasa de mortalidad y número de prestadores de salud, seleccionadas según la hipótesis del análisis descriptivo y de la literatura sobre determinantes del acceso a la justicia en salud descrita en el apartado correspondiente.

El hallazgo más robusto y consistente del modelo es el efecto positivo y estadísticamente significativo de la densidad poblacional sobre la tasa

de tutelas. La significancia robusta de la densidad poblacional como determinante consistente de la judicialización refuerza la hipótesis de que el acceso a la tutela está estrechamente vinculado a procesos de concentración urbana. Las zonas más densamente pobladas presentan mayor proximidad física a despachos judiciales, mayor densidad de abogados y organizaciones de apoyo legal, redes de información más desarrolladas sobre mecanismos de protección de derechos y mayor proporción de población con los recursos cognitivos y de tiempo necesarios para tramitar una acción judicial. La persistencia del efecto con variables rezagadas sugiere que estos factores operan de manera estructural más que coyuntural.

Desde la perspectiva de política pública, estos resultados sugieren que las intervenciones orientadas a reducir la judicialización deben enfocarse en factores estructurales de largo plazo más que en respuestas coyunturales. La concentración de tutelas en zonas urbanas densas no refleja necesariamente mayores necesidades de salud, sino una mayor capacidad de acceso al sistema judicial, lo que configura una brecha de equidad que podrían contribuir a cerrar políticas de acercamiento de la justicia en territorios dispersos.



III.

Revisión de tutelas desde un enfoque de sujetos de especial protección - análisis cualitativo

Del universo de tutelas en salud presentadas en 2024, 104 924 (39,57 %) corresponden a acciones en favor de sujetos de especial protección constitucional. Un porcentaje alto, considerando que la Corte Constitucional ha reiterado de forma consistente que estos grupos son titulares de un estándar reforzado de protección en materia de salud, lo cual impone a las autoridades y a las entidades del sistema deberes especiales de garantía, orientados a remover barreras y asegurar una atención prioritaria y adaptada a sus condiciones particulares (entre otras, sentencias T-760 de 2008, SU-508 de 2020 y T-316 de 2024).

De manera específica, la jurisprudencia constitucional ha señalado que, cuando se trata de sujetos de especial protección, las barreras administrativas, las demoras injustificadas o la fragmentación de la atención adquieren una mayor gravedad constitucional, en la medida en que comprometen no solo el derecho fundamental a la salud, sino también derechos conexos como la vida digna, la integridad personal y la autonomía (sentencias T-970 de 2014, T-101 de 2021 y T-377 de 2024). En este contexto, la tutela opera como un mecanismo de garantía reforzada frente a la insuficiente respuesta ordinaria del sistema de salud, lo que convierte su alta utilización en un indicador de brechas estructurales en la atención prioritaria de las poblaciones más vulnerables, más que en una señal de uso excepcional del mecanismo constitucional.

De acuerdo con la base de datos de la Corte Constitucional presentadas por accionantes como Sujeto Constitucional de Especial Protección, establece que se concentran principalmente en mujeres gestantes cabezas de hogar.

La judicialización en estos perfiles sugiere que la tutela se activa no solo por la gravedad de la condición de salud, sino también por la incapacidad

institucional para aplicar de forma efectiva el enfoque diferencial que exige la Constitución. En el caso de las mujeres gestantes, posiblemente migrantes, la recurrencia a la acción de tutela manifiesta fallas en la activación oportuna de rutas integrales de atención materna, pese a tratarse de un grupo con protección reforzada y prioridad constitucional. De manera similar, la alta presencia de personas cabeza de hogar refleja que las barreras de acceso en salud tienen un impacto ampliado sobre el mínimo vital y el bienestar del núcleo familiar, lo que incrementa la urgencia del recurso judicial.

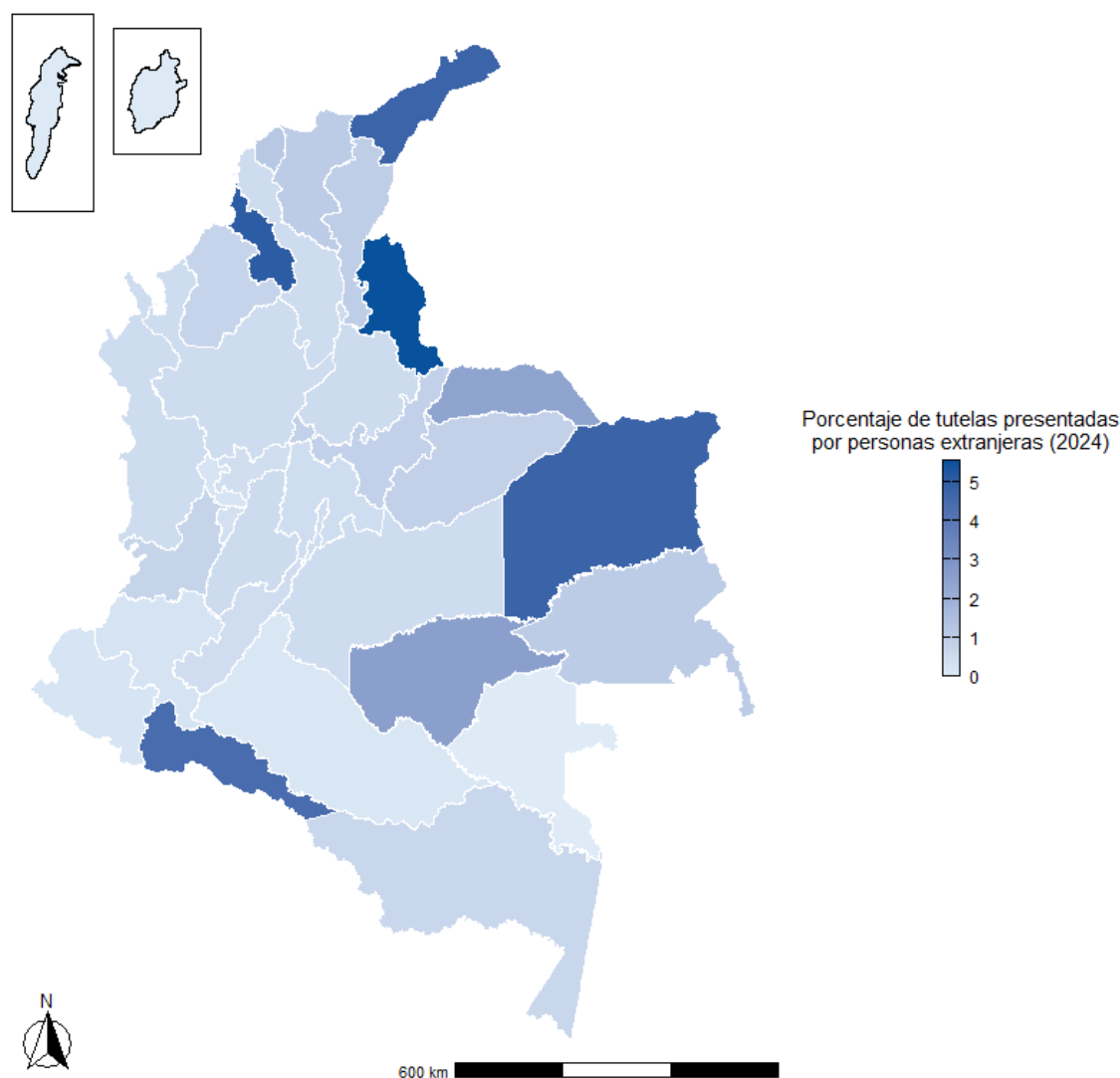
Con las consideraciones descritas se seleccionaron las siguientes tutelas caracterizadas por sujetos de especial protección: 115 tutelas relacionadas con movilidad humana, 21 con pertenencia a comunidad étnica (cinco indígenas, un afro, 15 otros), 80 correspondientes a Niños, Niñas y Adolescentes (NNA), 362 en condición de discapacidad (134 física, 125 mental, 103 sensorial), cuatro víctimas de violencia (tres por violencia sexual); 67 en condición de pobreza extrema, 96 de accionante con condición de enfermedad grave, tres de habitantes en condición de habitabilidad en calle.

1. Población migrante

Se tomó una muestra importante de tutelas presentadas por población migrante (43,4 %) en relación con el total de expedientes seleccionados. De los 115 expedientes revisados, 12 se cruzaban con la categoría de pobreza extrema y correspondían a accionantes en condición irregular y mujeres gestantes.

En relación con las tutelas presentadas por accionantes identificados en esta categoría de sujetos migrantes en el territorio nacional se destaca la frecuencia en departamentos como Putumayo, Vichada, Norte de Santander, Guajira y Sucre, seguidos de Arauca y Guaviare (ver Figura 21).

Figura 21. Mapa de tutelas presentadas por personas extranjeras



Fuente: elaboración propia con información de tutelas en salud de 2024 de la Corte Constitucional

En estos casos las reclamaciones se centraron en la atención de mujeres gestantes a través del servicio de ginecología y obstetricia y la realización de exámenes especializados.

Conviene destacar expresamente que la garantía de la atención de urgencias y del control prenatal para mujeres gestantes en situación migratoria irregular responde a estándares constitucionales de protección reforzada y al principio del interés superior de los niños, niñas y adolescentes. Este enfoque ha sido reiterado por la Corte

Constitucional, particularmente en la Sentencia T-344 de 2022, y se encuentra desarrollado a nivel administrativo en la Circular 47 de 2022 del Ministerio de Salud y Protección Social, las cuales delimitan el alcance mínimo y obligatorio de la cobertura en salud para esta población, aun en ausencia de afiliación formal al sistema.

Las sentencias del juez constitucional, además de garantizar el derecho de las mujeres en embarazo, invocaron la protección especial del que está por nacer. En el caso de madres en

estado de embarazo se invoca la convención de derechos de los niños bajo la consideración de la minoría de edad.

Al tratarse de accionantes en condición migratoria irregular, el juez constitucional, en algunos casos, instó a realizar los trámites necesarios para cambiar o regularizar su condición y en otros solicitó a la oficina de migración apoyar el trámite. Estas decisiones son consistentes con la jurisprudencia que reconoce que la acción de tutela puede cumplir una función orientadora y coordinadora de la acción estatal, sin sustituir las competencias de las autoridades migratorias (véase, entre otras, la Sentencia T-166 de 2024).

En contraste, en los casos de personas migrantes que no cuentan con afiliación al régimen subsidiado ni al régimen contributivo, la Corte Constitucional ha sido clara en delimitar el alcance de la protección, especialmente frente a solicitudes de tratamiento integral en salud. En estos eventos, la negativa del amparo no obedece a la condición de extranjería, sino a la imposibilidad jurídica de verificar los requisitos que la propia Corte ha establecido para ordenar prestaciones continuadas en el marco del aseguramiento¹³.

En este sentido, cuando el accionante migrante no se encuentra afiliado al sistema y no existe una EPS responsable de la prestación del servicio, no es posible demostrar el cumplimiento de requisitos esenciales como la negligencia institucional, la existencia de una prescripción médicamente imputable a la red del sistema o

un riesgo atribuible al actuar de una entidad obligada. Esta imposibilidad probatoria explica que la protección judicial se limite a la atención de urgencias y a los servicios mínimos constitucionalmente exigibles, sin extenderse al tratamiento integral. Dicha delimitación ha sido reiterada por la Corte Constitucional en decisiones como las sentencias SU-677 de 2017, T-210 de 2018 y T-377 de 2024 y responde a la arquitectura institucional del sistema de salud colombiano, que distingue entre el núcleo mínimo del derecho fundamental a la salud, de garantía inmediata y las prestaciones propias del régimen de aseguramiento, cuya exigibilidad está condicionada a la afiliación y a la existencia de una entidad responsable.

En conjunto, el análisis jurisprudencial confirma que la acción de tutela en salud respecto de la población migrante opera principalmente como un mecanismo de garantía mínima y de protección reforzada en situaciones críticas, en especial en favor de mujeres gestantes, niñas, niños y adolescentes. No obstante, también evidencia que la tutela no sustituye el sistema de aseguramiento ni corrige por sí sola las barreras estructurales derivadas de la falta de afiliación, lo que refuerza la necesidad de fortalecer políticas y estrategias administrativas de inclusión, regularización y coordinación interinstitucional, a fin de evitar que el acceso a servicios esenciales para poblaciones altamente vulnerables dependa de manera recurrente de la intervención del juez constitucional.

¹³ En particular, la Sentencia T-377 de 2024 reiteró que la procedencia de la tutela en materia de salud exige, entre otros elementos: i) la existencia de una entidad obligada que haya incurrido en negligencia; ii) una prescripción médica clara del tratamiento requerido; iii) la condición del accionante como sujeto de especial protección constitucional y iv) un riesgo atribuible al actuar u omisión de dicha entidad.

2. Mujeres

De las tutelas presentadas en 2024, el 54,3 % corresponden a tutelas cuyo accionante es una mujer y el 2 % corresponde a mujeres migrantes. En la caracterización del total de tutelas en salud, el porcentaje de mujeres como accionantes es similar (53,8 %).

En esta categoría se encontraron acciones enfocadas en la protección de derechos sexuales y reproductivos (97 tutelas). Se destaca dentro de los expedientes analizados una tutela que además de invocar el derecho a la salud, buscaba proteger los derechos sexuales y reproductivos de una mujer en relación con la ley de parto (L. 2244/25) y la posibilidad hacer uso de la cesárea selectiva. El juez constitucional protege el derecho a la salud en relación con el derecho a la información de la accionante a partir de la necesidad de remitir a la mujer al servicio de consulta especializada para identificar si se trataba de una solicitud libre e informada en relación con la elección de una cesárea y su conveniencia de acuerdo con su condición de salud.

Merece comentarse el reconocimiento jurisprudencial a la autonomía de las mujeres para la toma de decisiones libres e informadas sobre sus derechos sexuales y reproductivos. Se resalta el reconocimiento de la autonomía de la mujer en la toma de decisiones sobre métodos anticonceptivos, de forma que la imposición de un método no deseado anula la capacidad de la mujer para escoger su propio plan de vida. También señala la Corte Constitucional en la Sentencia T-188/25 que la falta de insumos o los problemas de contratación entre la EPS y el hospital no son justificaciones válidas para negar un método anticonceptivo elegido por la paciente.

Los fallos de tutela reconocen que la garantía efectiva del derecho a la salud no se agota con el suministro del procedimiento clínico, sino que exige procesos de decisión informada, como parte del núcleo del derecho a la salud sexual y reproductiva.

3. Pertenencia o comunidad étnica

Las tutelas en salud presentadas por comunidades étnicas en 2024 (5421) dan cuenta de las barreras geográficas, culturales, lingüísticas y administrativas que tienen las minorías étnicas para disfrutar del derecho. La intersección de pertenencia a una minoría étnica con otras vulnerabilidades (género, pobreza, discapacidad, maternidad cabeza de hogar, migración) amplifica el impacto de esas barreras.

De las 142 685 tutelas presentadas por mujeres, 150 son indígenas (0,11 %), 19 son afro (0,01 %), 15 de mujeres raizales (0,01 %), 2922 que se categorizan como otro (2,05 %) mientras que un 60,09 % no es posible identificar etnia alguna y un 37,7

% no se identifican en ningún grupo étnico.

En el caso de la interseccionalidad extranjero-étnico se tiene que, de 1845 tutelas de extranjeros, ocho se identifican en un grupo indígena (0,43 %), una tutela (0,05 %) como afro y en otras, siete tutelas (0,38 %).

En relación con las tutelas presentadas por personas en alguna condición de discapacidad, 15 221 se identifican sin etnia 94,35 %, 34 tutelas como indígenas (0,02 %) (15 221), cuatro como raizales (0,02 %), cinco tutelas afro (0,03 %) y en otra etnia 868 (5,38 %).

De las 3670 tutelas de PPL, 3477 (94,74 %) no se identifican con etnia alguna; 185 (5,04 %) de otra etnia no identificada explícitamente, siete tutelas de indígenas (0,19 %) y una tutela afro (0,03 %).

De los datos relacionados en la base como accionantes en pobreza extrema (2271 tutelas), 2081 se identifican sin etnia (91,63 %), ocho casos como indígenas (0,35 %), dos casos como afro (0,09 %) y 180 en otros (7,93 %).

Resulta de interés dentro de los casos revisados de las tutelas seleccionadas, la interseccionalidad de vulnerabilidad: el primero de ellos, relacionado con una menor indígena, cuyos derechos a la salud y seguridad social fueron vulnerados al no poder ser afiliada a la EPS, debido a un error administrativo en la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA), donde su identificación aparecía erróneamente asignada a otro menor, afiliado a una EPS diferente. Esta situación le impidió acceder a los servicios de salud y el juez constitucional concedió la tutela e hizo énfasis en que las barreras administrativas no pueden afectar el acceso a derechos fundamentales.

En el segundo de ellos, el afectado también era un menor de edad en condición de discapacidad y perteneciente a una comunidad indígena, quien solicitó una silla de ruedas que fue concedida por el juez constitucional. Este caso se fundamenta en los argumentos de la Sentencia T-760 de 2008 y los autos emitidos por la Sala Especial de Seguimiento (092A y 094A de 2020, 1191 de 2021, 1213 de 2022 y 1937 de 2023).

Las tutelas presentadas en favor de personas con capacidades diversas cruzan adicionalmente otras interseccionalidades de vulnerabilidad de los afectados y sus núcleos familiares. En este sentido en los expedientes seleccionados se encuentran casos de vulneración de derechos a NNA en condición de discapacidad, pertene-

cientes a comunidades indígenas, cuyo hogar se caracteriza por una madre cabeza de familia responsable además del cuidado principal de la persona con el derecho a la salud vulnerado.

El caso de una mujer, adulta mayor, perteneciente a una comunidad étnica, que acude a este mecanismo con el fin de proteger su derecho a la salud y al acceso a medicamentos (Valsartán/Amlodipino y espironolactona) es representativo de la interseccionalidad. En este caso, las entidades accionadas incluyen a la EPS como el operador logístico farmacéutico. El juez constitucional de primera instancia vincula a la ADRES, que posteriormente desvincula, ya que la vinculada explica que *"los recursos de salud se giran antes de la prestación del servicio, de igual manera que la UPC, lo cual significa que la ADRES ya giró a las EPS, los recursos del presupuesto máximo para el suministro de los servicios no cubiertos por la UPC"* y en consecuencia no es responsable de esta garantía.

La respuesta de la ADRES debe tomarse como una señal de la necesidad de buscar mecanismos que permitan el cruce de cuentas entre el pagador (EPS), prestador (el operador logístico) e incluso el proveedor farmacéutico y establecer el cumplimiento de los estándares de derechos humanos establecidos en el derecho internacional humanitario por parte de las empresas del sector salud.

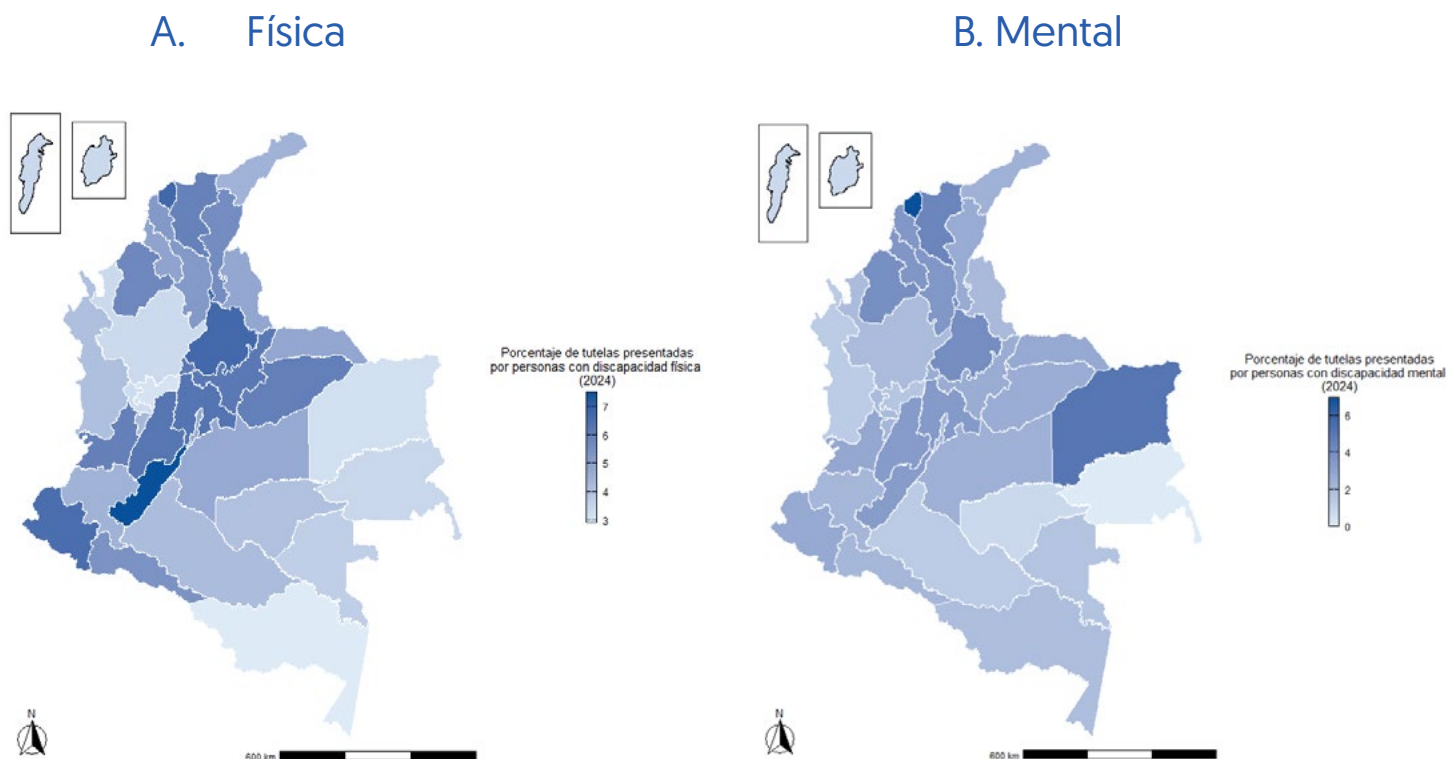
Las acciones de tutela seleccionadas para la protección reflejan cómo las barreras administrativas y la insuficiencia en la aplicación de un enfoque étnico y cultural en el sistema de salud vulneran de modo concreto el derecho a la salud de NNA indígenas y con discapacidad, y revelan además una dimensión étnico-racial y de género. Además, los casos identifican obstáculos burocráticos y administrativos que deben ser superados.

4. Sujetos de protección especial por su condición de discapacidad

En la caracterización general de accionantes con alguna discapacidad (física, mental, sensorial), de acuerdo con la información disponible, su porcentaje es inferior al 1 %, pero de importancia por las características de la población afectada: la figura 22-A describe la distribución geográfica de las tutelas seleccionadas en discapacidad física. Se observa mayor concentración

en departamentos andinos y del centro-occidente/suroccidente (tonos más oscuros), mientras que la Amazonía, Orinoquía y algunas zonas costeras registran los valores más bajos (tonos claros); que sugieren disparidades territoriales en acceso a servicios de salud o en el uso de la acción de tutela.

Figura 22. Mapa de tutelas presentadas por personas con discapacidad



Fuente: elaboración propia con información de tutelas en salud de 2024 de la Corte Constitucional

La figura 22-B muestra el porcentaje de tutelas relacionadas con sujetos con discapacidad mental en 2024 (0–7 %). Se observan picos relativos en la zona oriental y en algunos departamentos del norte, mientras que la Amazonía, el sur y parte del centro-occidente registran porcentajes bajos.

Estas diferencias pueden responder a variaciones en la oferta de servicios de salud mental, en procesos de diagnóstico y en la disponibilidad de apoyo psicosocial. Los casos dan cuenta de barreras de acceso para la atención de discapacidad mental.

Los casos en sede de tutela caracterizados como sujetos con alguna condición de discapacidad (física, mental o sensorial) se intersectan como en otros sujetos, con otras categorías de vulnerabilidad y aun mayor impacto en la garantía del derecho a la salud.

Los casos seleccionados por la Corte Constitucional para revisión y resueltos en la Sentencia T-016 de 2025 permiten plantear algunos elementos claves en relación con la protección del derecho a la salud en personas con condiciones de discapacidad mental (alzheimer) y discapacidad física. Los dos casos se refieren a adultos mayores representados por agente oficioso (hijos), que solicitan la protección del derecho de atención en salud y cuidados permanentes en casa por la imposibilidad de sufragarlos con recursos propios. Los jueces de primera instancia y la Corte Constitucional no concedieron las pretensiones, fundamentalmente por no estar prescrita por un médico la necesidad del cuidado 24h en casa por enfermería, ni por estar

demostrada la imposibilidad económica de los hijos para solventar los cuidados.

En la revisión de casos asociados a la protección de la salud mental del accionante, llama la atención la protección de acceso a medicamentos para un paciente con diagnóstico de salud mental por consumo de sustancias psicoactivas y otro trastorno de salud mental. El juez de primera instancia del caso analiza la relación clara entre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud mental y física, así como la necesidad de su protección para garantizar la protección de otros derechos conexos como la vida y la integridad física y emocional del núcleo familiar del accionante.

Los casos de acciones de tutela para la protección de la salud mental seleccionados reclaman respuestas institucionales coordinadas, con un enfoque diferencial que permita garantizar efectivamente el acceso y cuidados integrales a estas poblaciones.

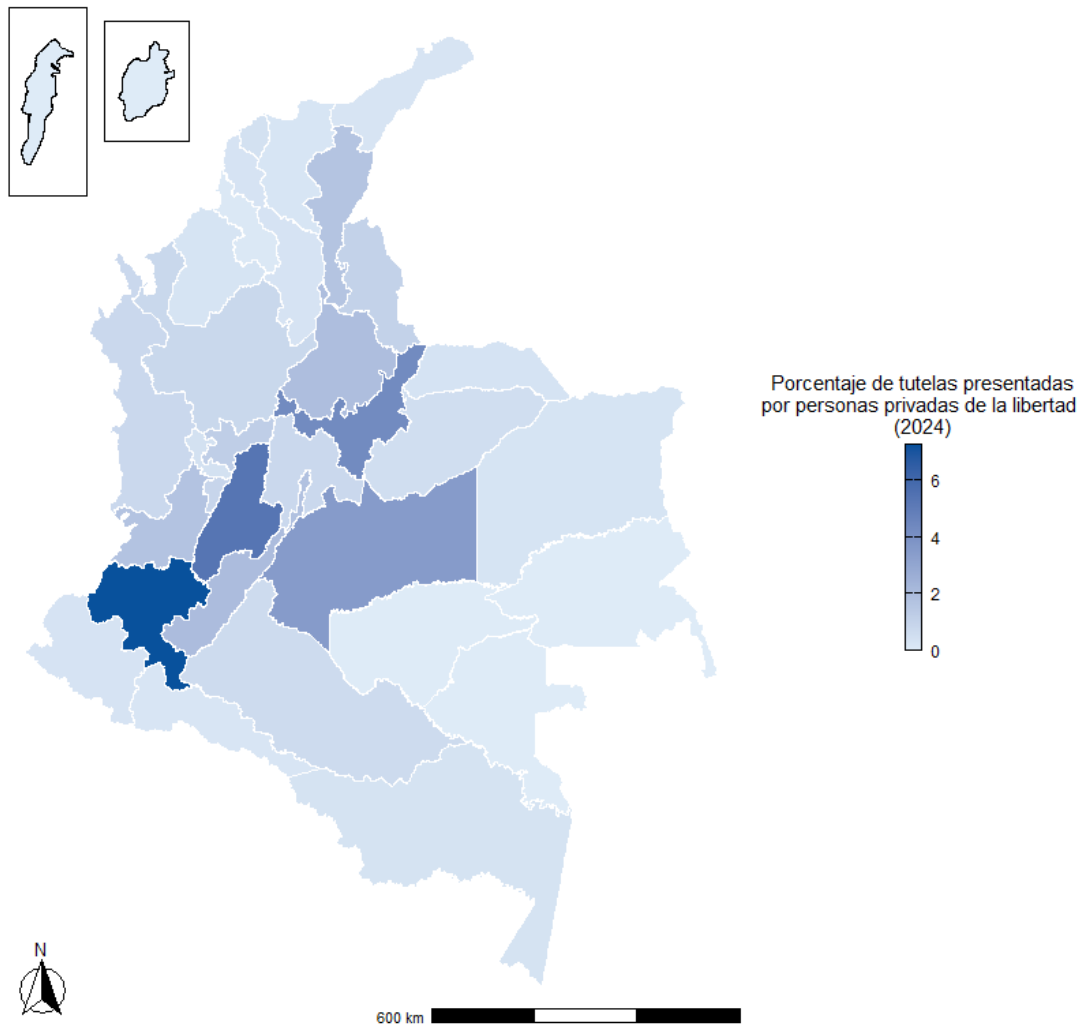


5. Personas Privadas de la Libertad

Las tutelas que para 2024 buscaron la protección del derecho a la salud para la PPL ascendieron a 2807 (1,1 % del total en salud), con un incremento del 4,1 % respecto del año inmediatamente anterior, debido a los problemas que

presenta esta población, debido a su relación de especial sujeción como lo ha evidenciado la Defensoría¹⁴. La distribución geográfica se presenta en la figura 23.

Figura 23. Mapa de tutelas presentadas por personas privadas de la libertad



Fuente: elaboración propia con información de tutelas en salud de 2024 de la Corte Constitucional

¹⁴ La Defensoría del Pueblo evidenció que en el Centro Penitenciario el Pedregal se presenta inoperancia del modelo de atención en salud, problemas en la contratación de servicios de salud, ausencia de auditoría y control y deficiencias en infraestructura y condiciones sanitarias.

Los departamentos con mayor concentración de tutelas en favor de PPL se concentran en Cauca, Bogotá D. C., Valle del Cauca, Antioquia, Tolima, Santander y Meta (por encima de las 200 tutelas). Le siguen Boyacá, Caldas y Norte de Santander, (entre 100 y 199 tutelas).

Dentro de los casos revisados se seleccionó para análisis la tutela presentada por una PPL que identidad como personal del colectivo LGBTIQ+ que solicitó la protección para la reafirmación de género, ante la negativa de atención médica adecuada y la demora en la cirugía de reconstrucción pectoral. A pesar de haber informado sobre su situación, no se le garantizó seguridad ni continuidad en su tratamiento médico.

El juez constitucional de primera instancia concede la protección del derecho y, en sede de impugnación, además de confirmarse, se vincula a la Fiduprevisora S. A., lo cual da cuenta de la necesidad de responsabilizar administrativamente a quienes gestionan la prestación de servicios de salud.

Casos como este ponen de presente la importancia de tomar y velar por el cumplimiento de medidas administrativas que garanticen el acceso formal al servicio de salud y su efectividad, así como proteger el respeto a la dignidad y la autonomía de las personas trans privadas de la libertad.

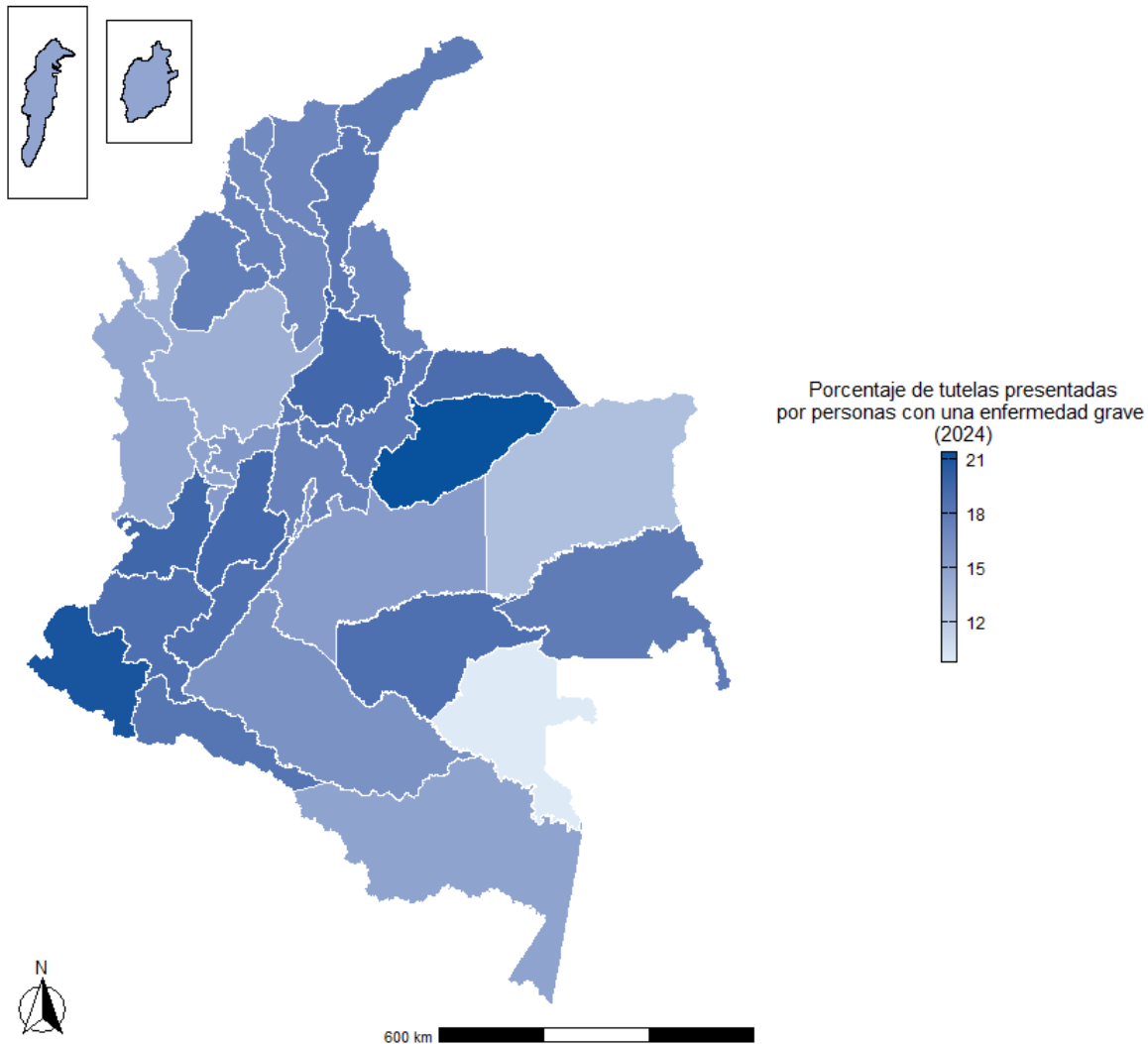
6. Personas con enfermedad grave

La Sentencia T -676 de 2014 reconoció que aquellas personas con diagnósticos de enfermedades de alto costo adquieren el estatus de sujeto de protección especial. De manera especial, la Ley 2360 de 2024 incluyó a las personas con sospecha o diagnóstico de cáncer como pacientes dentro de esta categoría de protección especial. La clasificación de la Corte incluye como condición especial para clasificar los accionantes a las personas que padecen una enfermedad grave. La distribución de tutelas de esta categoría se presenta en la figura 24.

El 14 % del total de tutelas en salud para 2024 tiene diagnóstico de enfermedad grave, de los cuales el 4 % (873) está en condición de pobreza extrema y el 54,8 % (20 272 tutelas) corresponde a mujeres.

En el total de las 37 033 tutelas presentadas por accionados con diagnóstico de enfermedad grave se reclama el tratamiento integral, la entrega oportuna de medicamentos, los procedimientos y la asignación de citas, además de transporte y continuidad de la atención. Estos hallazgos indican una afectación de los indicadores de accesibilidad, disponibilidad, oportunidad; lo cual implica incumplimiento de las obligaciones en cobertura y supervisión y riesgo de vulneración de derechos conexos (vida, integridad, dignidad).

Figura 24. Mapa de tutelas presentadas por personas con una enfermedad grave



Fuente: elaboración propia con información de tutelas en salud de 2024 de la Corte Constitucional

Los departamentos de la región andina central y norte presentan las mayores proporciones, mientras que en la costa Caribe y en amplias zonas de la Amazonía/Orinoquía se registran los valores más bajos.

Dentro de la selección de casos para esta categoría de accionantes se encuentra una mujer de 41 años con un diagnóstico de cáncer de mama, a quien el médico tratante le prescribió:

PACLITAXEL 125 mg i.v. semanal por 3 semanas, TRASTUZUMAB 220 mg i.v. día 1, TRASTUZUMAB 110 mg semana a partir de la segunda semana, PERTUZUMAB 840 mg i.v. día 1, ONDANSETRON 16 mg i.v. previo a la quimioterapia, DESLORATADINA 10 mg v.o. previo a la quimioterapia, DEXAMETASONA 16 mg i.v. previo a la quimioterapia, ONDANSETRON 8 mg v.o. cada 8 horas.

Sin embargo, el PERTUZUMAB 840 mg i.v. le fue negado por su EPS y por su servicio de medicina prepagada por “No tener uso aprobado en Colombia en dicha asociación (INVIMA)”.

El juez de única instancia negó la protección de los derechos invocados, al señalar que pese a existir la prescripción por parte del médico tratante y al respeto por la autonomía médica para prescribir medicamentos no autorizados por la agencia reguladora, el límite de esta autorización radica en la necesidad de exigir la suficiente y mejor evidencia científica que así lo justifique, asunto que se conceptuó inexistente por parte del comité científico de la Entidad. Concepto que fundamenta la decisión del juez constitucional de única instancia.

Sin embargo, en sede de revisión, el alto tribunal revoca el fallo y en su lugar ordena el suministro de la composición de medicamentos Paclitaxel-Tranztuzumab-Pertuzumab para la atención de la accionante. La Corte, a diferencia de las accionadas y del juez de única instancia, considera que acorde con un concepto remitido por otro profesional de la salud y experto en oncología, así como por el médico tratante, existe

evidencia nacional e internacional suficiente para incluir el medicamento en cuestión en la línea de tratamiento de cáncer de seno objeto de la acción de tutela bajo análisis.

Este caso es relevante para introducir la discusión sobre las controversias en la evidencia que sustenta las decisiones clínicas y, en especial, en qué circunstancias estas decisiones transgreden las exclusiones explícitas establecidas en la Ley Estatutaria en salud y su relación con el aporte a la calidad de vida y la suficiente información al paciente sobre el particular. Al respecto es ilustrativa la sentencia estructural Acceso a Medicamentos de la Corte Constitucional de Ecuador¹⁵ descrita en la publicación que se describe en el apartado de la revisión sistemática de publicaciones de este documento (Mena-Ayala et al., 2025).

Adicionalmente, es interesante ver cómo en las aclaraciones de voto se hace un llamado para que en las tutelas asociadas a enfermedades que afectan principalmente a las mujeres, como el cáncer de seno, se realice un análisis desde un enfoque de género.

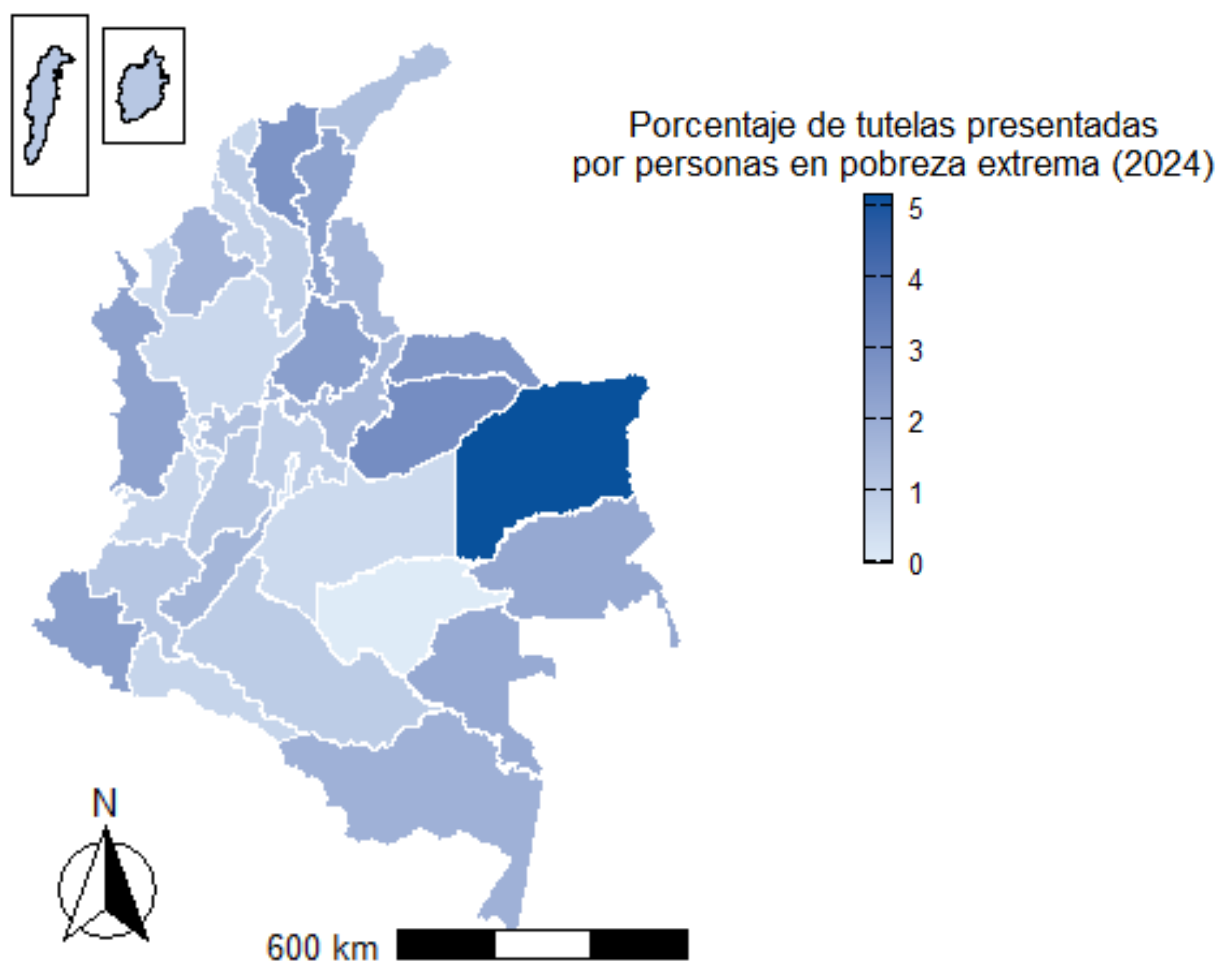
¹⁵Sentencia Revisión de garantías (JP) Derecho a medicamentos de calidad, seguros y eficaces, del 5 de agosto de 2020. https://esacc.corteconstitucional.gob.ec/storage/api/v1/10_DWL_FL/e2NhcNBlDGE6J3RyYW1pdGUUnLCB1dWlkOidiY2FlZGMxZC1lNTM3LTQzMmYtOGE1ZioxOGIyZjc3YjBIZTcucGRmJ30=

7. Pobreza extrema

De las 265 173 tutelas en salud, 2272 (0,86 %) corresponden a accionantes considerados en situación de pobreza extrema. El mayor número

de tutelas se concentra en Santander, Norte de Santander y Antioquia, seguido por Nariño, Valle de Cauca, Caldas y Cesar (Figura 25).

Figura 25. Mapa de tutelas presentadas por personas en condición de pobreza extrema



Fuente: elaboración propia con información de tutelas en salud de 2024 de la Corte Constitucional

Este tipo de tutelas implican accionantes que cruzan diversas categorías de sujetos de especial protección constitucional como en los casos

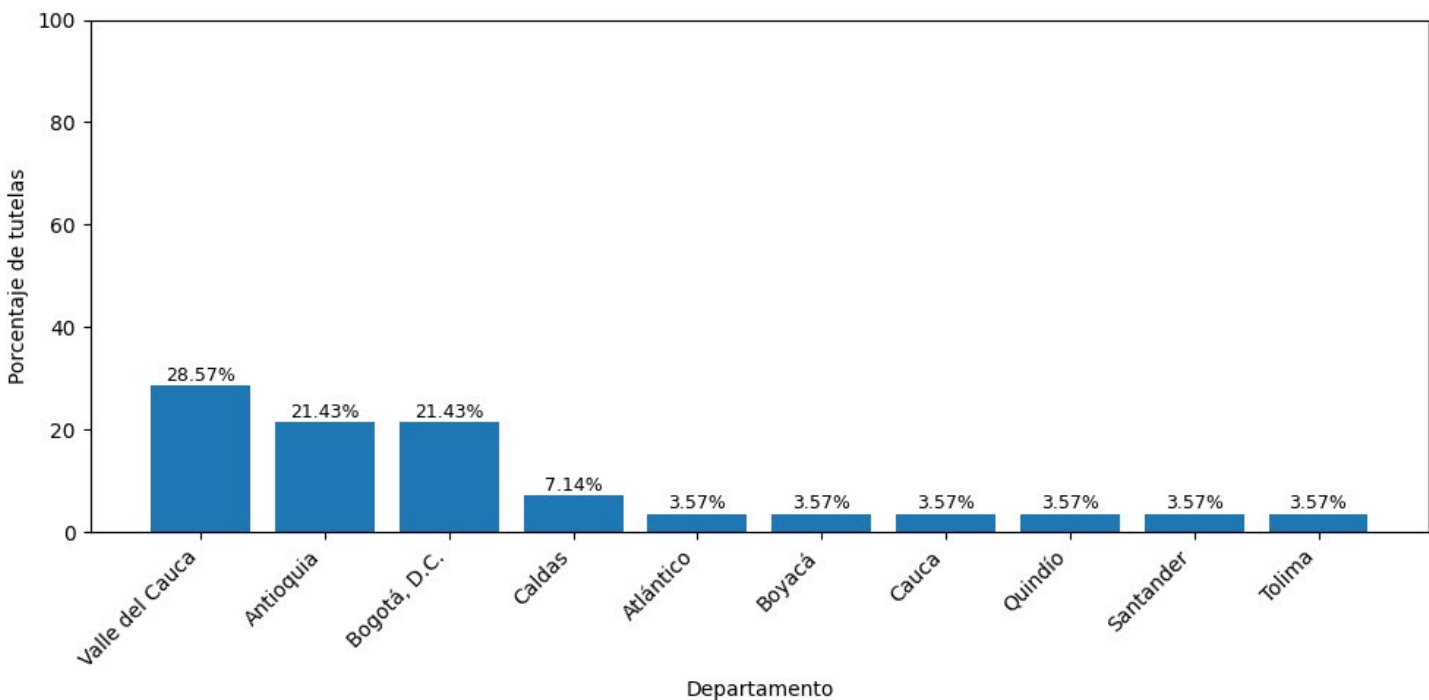
analizados previamente, que involucran especialmente mujeres migrantes y población indígenas de zonas rurales.

7.1. Personas que solicitan la protección del derecho a la muerte digna

Si bien las pretensiones asociadas a esta categoría de acciones de tutela se encuentran estrechamente relacionadas con el derecho a la salud, teniendo en cuenta que la Corte ha reconocido el derecho explícito a la muerte digna, su identificación y análisis se hacen en una categoría independiente.

Para 2024 se registró un total de 28 tutelas en busca de la protección del derecho a morir dignamente, distribuidas geográficamente según la figura 26.

Figura 26. Porcentaje de tutelas presentadas para la protección del derecho a morir dignamente



Fuente: PoweBi de la Corte Constitucional. “Tablero de estadísticas de la Corte Constitucional”

En primera o única instancia, de las 28 tutelas, 12 fueron concedidas y una más concedida parcialmente. A su vez cuatro se fallaron como una carencia actual de objeto por daño consumado, seis como improcedentes y cinco fueron nega-

das. Las cifras muestran las barreras que las personas y sus familias encuentran para cumplir la regulación y el mandato constitucional por parte de las EPS y de las IPS encargadas de atender las solicitudes.

7.2. Personas que solicitan la protección del derecho a la interrupción voluntaria del embarazo

La estadística de acciones de tutela para la protección del derecho a la IVE en 2024 disminuyó en relación con el número de 2023, se pasó de 21 a seis acciones de tutelas. De estas tutelas, una fue concedida, cuatro falladas como hechos superados y una más como improcedente. Dos de las tutelas corresponden a caracterización de sujetos de especial protección.

Si bien se resalta la disminución en el ejercicio del mecanismo de la acción de tutela para

garantizar este derecho conforme con su reconocimiento en la jurisprudencia constitucional y en la regulación sectorial, debe considerar que el hecho de que una mujer deba acceder a la jurisdicción constitucional para ejercer libremente este derecho que afecta su intimidad, su vida, su integridad y su libre desarrollo, entre otros, desconoce aún el enfoque de género en la prestación de servicios de salud en materia de derechos sexuales y reproductivos, y especialmente en relación con la IVE.



Conclusiones

1. La tutela como vía ordinaria de acceso al derecho a la salud

Las 912 614 acciones de tutela radicadas en Colombia durante 2024 confirman la expansión de este mecanismo constitucional como la principal vía de acceso a la justicia en materia de derechos fundamentales. La tasa de 173,46 tutelas por cada 10 000 habitantes representa un incremento del 23,30 % respecto al año anterior y constituye el registro más elevado desde la creación del instrumento en 1991.

El acumulado de tutelas en salud durante este cuarto de siglo asciende a 2 779 815 acciones. En 2024, las tutelas relacionadas con el derecho a la salud alcanzaron 265 173 acciones, equivalentes al 29,06 % del total nacional, cifra que supera el promedio histórico de 28,73 % calculado para el periodo de 1999 a 2024.

Las más de 265 mil tutelas analizadas equivalen a 265 mil historias de ciudadanos que enfrentaron barreras para acceder a servicios de salud y encontraron en la acción judicial un último recurso para hacer efectivo su derecho. La tasa de concesión del 74,3 % indica que, en tres de cada cuatro casos, los jueces consideraron que las pretensiones de los accionantes eran procedentes, una muestra contundente de las deficiencias del sistema de salud. Preocupa el desacato creciente a los fallos judiciales que, si bien no se analizan en este estudio por las dificultades del registro y trazabilidad, es ampliamente mencionado en los espacios de trabajo interinstitucional de la

Defensoría del Pueblo en todas las regiones del país. Este aumento del desacato constituye un marcador de la complejidad, desorden y la disfuncionalidad de la operación y financiación del sistema de salud.

El análisis cuantitativo permite identificar patrones como la concentración territorial e institucional de las tutelas, la heterogeneidad de perfiles entre entidades, el sesgo hacia condiciones costosas y el hecho de que quienes más necesitan el mecanismo de protección son quienes menos acceden a él. Estos patrones no son aleatorios ni coyunturales; reflejan características del diseño institucional del sistema de salud colombiano y de la distribución territorial del acceso a la justicia. Su transformación requerirá intervenciones igualmente estructurales y sostenidas en el tiempo.

Las solicitudes de tutela se concentran en aquellos componentes cuya ausencia compromete directamente el acceso efectivo a la atención: las consultas a especialistas en patologías donde el diagnóstico es decisivo, el suministro de medicamentos para enfermedades crónicas y las barreras logísticas en condiciones que demandan atención frecuente o prolongada. La concentración de solicitudes en rehabilitación, insumos y cirugías sugiere que la judicialización surge cuando el sistema no logra sostener procesos terapéuticos integrales y continuos.

Las enfermedades más complejas en el manejo, incluidos los problemas de salud mental, enfrentan barreras de acceso más altas respecto de la frecuencia en la población general, posiblemente debido a mayor cantidad de servicios requeridos, a las necesidades prolongadas de rehabilitación o al alto costo.

También las enfermedades mencionadas con mayor frecuencia en las tutelas suelen asociarse a condiciones del adulto mayor, asunto que implica una aproximación integral a la protección de los derechos de este grupo de población.

2. Territorialización de la exigibilidad del derecho a la salud

La distribución territorial de la judicialización exhibe patrones de concentración marcados (Antioquia, Valle del Cauca y Bogotá concentran el 40.5 % de las tutelas) y el análisis de tasas normalizadas por población revela un ordenamiento distinto (El Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina y Vichada) con implicaciones para el diseño de políticas públicas diferenciales.

Uno de los hallazgos más significativos desde el enfoque de derechos humanos es la relación inversa entre pobreza y judicialización. Los departamentos con mayores niveles de pobreza multidimensional presentan las menores tasas de

tutelas, mientras que los territorios con indicadores socioeconómicos más favorables exhiben las más elevadas. Adicionalmente, el modelo estadístico de análisis de datos de panel con efectos fijos muestra que la densidad poblacional constituye el único determinante robusto y estadísticamente significativo de la judicialización.

Este patrón confirma el análisis descriptivo: la tutela, pese a su diseño como mecanismo de protección del derecho fundamental a la salud, opera de manera regresiva. Las poblaciones de territorios pobres y dispersos enfrentan una doble exclusión: barreras de acceso a los servicios de salud y a la justicia.

3. Las EPS, su rol en el sistema de salud y la judicialización

El análisis del desempeño de las EPS revela una heterogeneidad significativa en la intensidad de judicialización. Nueva EPS lidera en volumen absoluto con 63 176 tutelas, equivalentes al 23,3 % del total, aunque su tasa de 51,2 por cada 10 000 afiliados se ubica cerca del promedio del sistema. En contraste, Savia Salud presenta una tasa de 121,1; y Famisanar a través de sus IPS Cafam y Colsubsidio alcanza valores de 120,8 y 124,8, respectivamente, configurando un grupo de entidades cuyas tasas superan el doble del promedio. El INPEC exhibe tasas que multiplican por órdenes de magnitud las del régimen general y que reflejan los problemas estructurales de atención en el sistema penitenciario. Los perfiles de hechos varían según la entidad

demandada. Mientras que en algunas EPS, la principal problemática es el acceso a citas con especialistas y a medicamentos, otras presentan deficiencias predominantes en el transporte, dados los problemas de acceso geográfico.

No se evidencian diferencias que sugieran discriminación por costo del diagnóstico en la acción de tutela, sino que, cuando es accesible, opera con igualdad material. La ausencia de relación entre pobreza y costo indica que, incluso en los territorios más pobres, las personas que logran acceder a la tutela lo hacen por afectaciones que implican mayores gastos, situación comparable al resto del país. A la vez, el hecho de que en los departamentos de mayores ingresos haya mayor

uso de la tutela puede indicar una regresividad en su uso para garantizar el derecho a la salud. En todo caso, hay que tener también en cuenta que la menor judicialización en contextos de alta

pobreza revela una desigualdad estructural en el acceso a la justicia, condición habilitante para la exigibilidad del derecho mediante tutela.

4. La judicialización del derecho a la salud en los estudios

Los hallazgos y análisis de este estudio de tutelas de 2024 son consistentes con la revisión sistemática de la literatura y el análisis de los documentos técnicos oficiales. Esto es en identificar la judicialización como un síntoma de problemas estructurales de los sistemas de salud, en lo que respecta a los factores estructurales relacionados con el financiamiento, problemas de gobernanza, comunicación y confianza en las instituciones públicas y el desempeño de las entidades del sector privado; en los factores institucionales asociados a fallas administrativas, baja capacidad de respuesta y desarticulación interinstitucional.

Los efectos de la judicialización sobre el sistema de salud y la garantía del derecho fundamental son ambivalentes, como lo menciona la revisión sistemática de las publicaciones y se desprende de algunos elementos aportados en esta investigación.

Por un lado, el litigio es un instrumento eficaz para garantizar el acceso oportuno a servicios y tecnologías, visibilizar vulneraciones estructurales, fortalecer estándares de derechos y catalizar reformas normativas y administrativas. Por otro lado, su uso intensivo y desarticulado acrecienta las desigualdades, la fragmentación de la política sanitaria, las presiones presupuestales imprevistas y la interferencia judicial en decisiones técnicas, particularmente en el ámbito de los medicamentos de alto costo y nuevas tecnologías.

La literatura analizada señala que las decisiones judiciales que ordenan adquisiciones urgentes de medicamentos sin procesos de evaluación de tecnología sanitaria o sin aprobación de las

agencias sanitarias, comprometen la planificación del sistema, con impactos significativos en la sostenibilidad financiera y la equidad en la asignación de recursos.

La ambivalencia descrita se convierte en una oportunidad para reflexionar a fondo sobre el alcance y sentido de los principios constitucionales de accesibilidad, no discriminación, progresividad y no regresividad en el derecho a la salud y de rediseñar del sistema de salud de manera que deliberadamente se garantice y verifique el acceso completo a los servicios de salud y a una lista de medicamentos vitales para atender las necesidades en salud de cada territorio.

No es progresivo prometer una cobertura de todo lo que existe en el mercado sin una evaluación rigurosa de su aporte a la salud y al bienestar, mientras los problemas de acceso a atenciones en salud esenciales crecen. Es necesaria una mirada colectiva y no únicamente individual del principio de progresividad, porque la cobertura de una lista ilimitada de tecnologías y servicios, en ocasiones sin conocer su verdadero aporte, pero que impactan el gasto, puede resultar lesivo para la igualdad, equidad y a la garantía del derecho a la salud. Como se evidencia en este informe, el gasto promedio destinado a cubrir órdenes judiciales de tutela es mayor que el gasto promedio nacional. Este hallazgo debe ser un llamado a revisar las causas que producen este mayor gasto a través del procedimiento judicial, así como sus efectos, a la vez que abordar estas situaciones en las transformaciones que se requieren del sistema de salud.

5. Limitaciones del informe y agenda de investigación

Este informe de tutela es un aporte al estado del arte del estudio de la judicialización en Colombia y América Latina, especialmente por el análisis de variables sociodemográficas y territoriales de las tutelas y por la incorporación del análisis de determinantes sociales, que es una brecha descrita en la revisión sistemática de la literatura sobre judicialización.

Este análisis presenta limitaciones, especialmente de disponibilidad y acceso a datos. La extracción de diagnósticos mediante procesamiento de lenguaje natural alcanzó cobertura del 54.5 % del universo de tutelas y las pruebas de aleatoriedad indicaron que la incompletitud no se distribuye uniformemente en el territorio. Los hallazgos sobre perfil diagnóstico deben interpretarse con esta salvedad. Los diagnósticos fueron extraídos del aparte de “Hechos” de las sentencias y no del “Pretensiones”, (al que no fue posible acceder); en la base de datos suministrada por la Corte Constitucional se transcribieron los hechos, para un poco más de la mitad de los expedientes, mas no las pretensiones.

Adicionalmente, la metodología de imputación de costos asigna a cada tutela el costo promedio poblacional de su diagnóstico, no el costo específico de la prestación solicitada, lo cual limita las inferencias sobre la carga económica directa de las barreras de acceso.

La agenda de investigación futura podría profundizar en varias direcciones. El análisis de texto de los hechos de las tutelas mediante técnicas avanzadas de procesamiento de lenguaje natural permitiría caracterizar con mayor precisión las barreras específicas descritas por los accionantes. Para lograr esto, es clave el acceso a la información de calidad de tutelas.

El cruce con datos administrativos de las EPS (por ejemplo, la base de datos de MiPres) facilitaría identificar los puntos en los que se generan las barreras que terminan en tutela.

El seguimiento longitudinal, es decir, en una serie de tiempo larga de los accionantes en bases de datos de salud, permitiría también evaluar los efectos de la tutela sobre los desenlaces clínicos o el efecto de la judicialización sobre las transformaciones regulatorias y el acceso a servicios.

Es importante avanzar en la coordinación de datos entre el Consejo Superior de la Judicatura y la Corte Constitucional para un seguimiento riguroso de las tutelas y el cumplimiento efectivo de la orden trigésima de la Sentencia T760 de 2008.

Este seguimiento permite consolidar información (diagnósticos, territorios, grupos poblacionales, caracterización de enfermedades, concesión del derecho), monitorear el cumplimiento de sentencias y órdenes de garantía e identificar vacíos y fallas estructurales y coyunturales. Además, facilitaría la evaluación periódica de la judicialización del derecho a la salud, para garantizar los protocolos de protección de datos y acceso público restringido que preserven la confidencialidad de los accionantes.

Finalmente, debe investigarse más acerca de la cuestión de los efectos regresivos derivados de órdenes de tutela, el cual está ampliamente descrito en la literatura. Si bien, los hallazgos de este estudio incluyen indicios que confirman esta hipótesis (como el mayor uso del mecanismo en los departamentos de mayores ingresos) también se presentan indicios de lo contrario.

Recomendaciones

1.1. Congreso de la República, Ministerio de Salud, Ministerio de Justicia, Rama Judicial y entidades territoriales

De este informe surgen una serie de recomendaciones de política pública. Por ejemplo, del hallazgo de las diferencias territoriales en números absolutos y tasas de judicialización se deriva la necesidad de una gobernanza del sistema de salud con un fuerte enfoque territorial y priorización de la población con protección constitucional especial, que fortalezca la conformación y coordinación de las redes de prestadores, públicos y privados, que funcione de manera articulada; que a la vez incluya una supervisión robusta.

Por otro lado, la relación inversa entre pobreza y judicialización exige intervenciones específicas para acercar la justicia constitucional a territorios dispersos y poblaciones vulnerables y fortalece las capacidades del sistema de salud en esas regiones.

1.2. Ministerio de Salud y Protección Social, Superintendencia Nacional de Salud y EAPB

Las diferencias en las tasas de judicialización por enfermedad y por EAPB dan cuenta de las deficiencias del sistema de salud en la gestión del riesgo de salud de la población. Este hallazgo amerita un análisis sincero sobre las bondades y limitaciones de la forma como opera actualmente el sistema de salud en Colombia, dada su diversidad geográfica y profundas inequidades, el cual debe realizarse entre el Ministerio y las EAPB.

1.3. Superintendencia Nacional de Salud y organismos de control

La tendencia de creciente del número de tutelas en salud indica la necesidad de los mecanismos administrativos para el acceso a la atención en salud y las vías de reclamación no judiciales, de modo que la tutela retorne a su carácter de recurso subsidiario y no sustituya las funciones propias del sistema de salud y de las entidades de vigilancia y control.

1.4. Ministerio de Justicia, Ministerio de Salud y Rama Judicial

El fortalecimiento del diálogo interinstitucional entre el sistema de salud y el sistema judicial, incluida la capacitación técnica de los operadores judiciales en temas de salud pública, constituye una condición necesaria para que las decisiones judiciales sean coherentes con las políticas públicas vigentes y no comprometan la equidad ni la sostenibilidad del sistema.

El artículo 10.º de la Ley Estatutaria de Salud consagra el derecho de los usuarios a interponer quejas y reclamaciones, a obtener respuesta oportuna y a acceder a mecanismos de resolución de conflictos, sin necesidad de acudir a la tutela. En cumplimiento de dicho mandato, es necesario fortalecer estos mecanismos no judiciales —incluyendo la conciliación, la mediación en salud y aquellos propios de la Superintendencia Nacional de Salud—. Se hace un llamado de atención al gobierno y a las EPS para hacer cumplir esta obligación de manera inmediata.

Se requiere fortalecer la información y el acceso a la información relacionada con las acciones de tutela en salud con el fin de desarrollar futuras investigaciones con detalles, intersecciones y convergencias que permitan análisis adicionales y profundos de acuerdo con las sugerencias de este informe.

Referencias

- acevedo, N., Bocardo, A., Espinosa, L., Gonzalo, F., & Reyes, A. (2020). *Conflictividad Civil y Barreras de Acceso a la Justicia en América Latina*. Observatorio de Conflictividad Civil y Acceso a la Justicia (OCCA).
- Acosta, A., Falcão, M. Z., Aith, F. M. A., & Vance, C. (2019). *Judicialización del acceso a medicamentos en el contexto suramericano*. Revista de Direito Sanitário, 20(1), 32-62. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v20i1p32-62>
- Andia, T. S., & Lamprea, E. (2019). *Is the judicialization of health care bad for equity? A scoping review*. International Journal for Equity in Health, 18(1), 61. <https://doi.org/10.1186/s12939-019-0961-y>
- Andrade, N. R. N. D., Nunes, C. F. O., Ferreira, A. F., Araújo, C. E. L., Albuquerque, F. B., Silva, J. A. M. D., Araújo Filho, F. J. D., Freire, P. D. S., & Ramos Jr., A. N. (2023). *Judicialization of the right to health with a focus on neglected tropical diseases: Dimensions and challenges in Piauí State, Northeastern Brazil, 2000-2020*. Ciência & Saúde Coletiva, 28(1), 7-22. <https://doi.org/10.1590/1413-81232023281.06402022en>
- Arbeláez Rodríguez, G., Erazo Mejía, J., Ortega Moyano, E., & Ayabaca Buenaño, O. (2020). *Caracterización de casos judicializados por medicamentos no autorizados a prescripción en un hospital público*. Cambios Rev. Med, 19(1), 21.
- Arruda, S. C. D. (2017). *Análise sobre a judicialização da saúde no estado de mato grosso no período de 2011-2012*. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário, 6(1), 86-111. <https://doi.org/10.17566/ciads.v6i1.308>
- Bernardinis, N., Gubert, V. T., Ferreira, C. M., & Barreto, J. O. M. (2024). *Healthcare judicialization: An analysis of indicators and official data on medications*. Revista Brasileira de Enfermagem, 77(3), e20220413. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0413>
- Biehl, J., Amon, J. J., Socal, M. P., & Petryna, A. (2012). *Between the court and the clinic: Lawsuits for medicines and the right to health in Brazil*. Health and Human Rights, 14(1), E36-52.
- Biehl, J., & Petryna, A. (2016). *Tratamentos jurídicos: Os mercados terapêuticos e a judicialização do direito à saúde*. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, 23(1), 173-192. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702016000100011>
- Corte Constitucional de Colombia. (31 de julio de 2025). Auto 1175 de 2025 [M.P. Reyes, J.F.].
- Chagas, V. O., Provin, M. P., Mota, P. A. P., Guimarães, R. A., & Amaral, R. G. (2020). *Institutional strategies as a mechanism to rationalize the negative effects of the judicialization of access to medicine in Brazil*. BMC Health Services Research, 20(1), 80. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-4929-9>
- Chieffi, A. L., & Barata, R. B. (2009a). *Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade*. Cadernos de Saúde Pública, 25(8), 1839-1849. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000800020>
- Chieffi, A. L., & Barata, R. B. (2009b). *Judicial-*

- lização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(8), 1839-1849. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000800020>
- Chieffi, A. L., Barradas, R. D. C. B., & Golbaum, M. (2017). *Legal access to medications: A threat to Brazil's public health system?* *BMC Health Services Research*, 17(1), 499. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2430-x>
- Coelho, T. L., Lopes, L. D. M. N., Campos Neto, O. H., Figueiredo, T. P. D., & Andrade, E. I. G. (2021). *A propriedade intelectual na judicialização da assistência farmacêutica: Uma demanda estrutural em defesa do Sistema Único de Saúde*. *Saúde e Sociedade*, 30(1), e190781. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902021190781>
- Coelho Tavares Da Silva, S., Tavares Da Silva, P. H., Antão De Medeiros, R., & Barbosa Do Nascimento, V. (2024). *Litigation in access to universal health coverage for children and adolescents in Brazil*. *Frontiers in Public Health*, 12, 1402648. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1402648>
- Defensoría del Pueblo (2012). *La tutela y el derecho a la salud 2011*.
- Defensoría del Pueblo (2016). *La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social 2015* (10.a ed., p. 262).
- Defensoría del Pueblo. Defensoría Delegada para el Derecho a la Salud y la Seguridad Social. (2023). *La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social 2022*. https://www.defensoria.gov.co/documentos/20123/2741928/18S_LA_TUTELA_Y_LOS_DERECHOS_A_LA_SALUD_op_definitivo%2Bdigramado%2B%2818-10-2023%29.pdf/36ec85a6-6316-bf02-6d77-c9d098c4adbc?utm_source=openai
- Diniz, D., Machado, T. R. D. C., & Penalva, J. (2014). *A judicialização da saúde no Distrito Federal, Brasil*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(2), 591-598. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.23072012>
- Echegoyemberry (2025). *El derecho a la salud en Latinoamérica desde la perspectiva de actores sociales* (p. 94). Ministerio Federal de Cooperación Económica y Desarrollo de Alemania. <https://dirajus.org/media/pages/publicaciones/tomo-1-lineamientos-para-una-comprension-regional-del-derecho-a-la-salud/16ced37b8d-1745342560/tomo-2-el-derecho-a-la-salud-en-latinoamerica-desde-la-perspectiva-de-actores-sociales-compressed.pdf>
- Ezer, T. (2016). *Advancing Public Health through Strategic Litigation: Lessons from five countries*. Open Society Foundations.
- Ferraz O. L. M. (2018). *Health in the Courts of Latin America*. *Health and human rights*, 20(1), 67-77
- Figueiredo, I. V. O., Castro, M. S. M., Santos, F. P. D., & Paes-Sousa, R. (2023). *Judicialização do câncer no Brasil: Uma revisão integrativa da literatura científica*. *Revista de Direito Sanitário*, 23, e0028. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.rdisan.2023.202135>
- Filho, L. B. (2022). *The Right to Health as a Tool of Social Control: Compulsory Treatment Orders by Courts in Brazil*. *Health and Human Rights*, 24(1), 159-169.
- Freiberg, A., & Espin, J. (2022). *Towards a taxonomy of judicialisation for access to medicines in Latin America*. *Global Public Health*, 17(6), 912-925. <https://doi.org/10.1080/17441692.2021.1892794>
- Freitas, B. C. D., Fonseca, E. P. D., & Queluz, D. D. P. (2020). *A Judicialização da saúde nos sistemas público e privado de saúde: Uma revisão sistemática*. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 24, e190345. <https://doi.org/10.1590/interface.190345>

- Gómez-Ceballos, D., Craveiro, I., & Gonçalves, L. (2019). *Judicialization of the right to health: (Un)compliance of the judicial decisions in Medellin, Colombia*. The International Journal of Health Planning and Management, 34(4), 1277-1289. <https://doi.org/10.1002/hpm.2793>
- Gutiérrez Silva, R. (2025). *Judicialization of Health Rights in Colombia and Brazil: A Comparative Analysis of Courts' Approaches to Experimental, Excluded and Included Medicaments and Technologies*. Revista de Investigações Constitucionais, 12(1), e505. <https://doi.org/10.5380/rinc.v12i1.96212>
- Lunes, R., Cubillos-Turriago, L., & Escobar, M.-L. (2012). *Univeral Health Coverage and Litigation in Latin America*. En Breve, 178. <https://doi.org/10.1108/14777261211239034>
- Keehn, E. N., & Nevin, A. (2018). *Health, Human Rights, and the Transformation of Punishment: South African Litigation to Address HIV and Tuberculosis in Prisons*. Health and Human Rights, 20(1), 213-224.
- Lopes, L. D. M. N., Acurcio, F. D. A., Diniz, S. D., Coelho, T. L., & Andrade, E. I. G. (2019). *(Un) Equitable distribution of health resources and the judicialization of healthcare: 10 years of experience in Brazil*. International Journal for Equity in Health, 18(1), 10. <https://doi.org/10.1186/s12939-019-0914-5>
- Lyra, P. F. C. P. D., Araújo, D. C. S. A. D., Santos Júnior, G. A. D., Sodré-Alves, B. M. C., Jesús, E. M. S. D., Lyra Jr., D. P. D., & Quintans Jr., L. J. (2021). *The quality of research on judicialization and its influence on public policies on access to medicines in Brazil: A systematic review*. Ciência & Saúde Coletiva, 26(11), 5577-5588. <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.29142020>
- Macedo, E. I. D., Lopes, L. C., & Barberato-Filho, S. (2011). *Análise técnica para a tomada de decisão do fornecimento de medicamentos pela via judicial*. Revista de Saúde Pública, 45(4), 706-713. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011005000044>
- Machado, M. A. D. Á., Acurcio, F. D. A., Brandão, C. M. R., Faleiros, D. R., Guerra Jr, A. A., Cherchiglia, M. L., & Andrade, E. I. G. (2011). *Judicialização do acesso a medicamentos no Estado de Minas Gerais, Brasil*. Revista de Saúde Pública, 45(3), 590-598. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011005000015>
- Mariot, E. A. S., Barbas, S., & Nunes, R. (2024). *Enforcing the right to health in private health systems through Judicialization what can we learn from the scoping review of the cross-national perspective?* Health Policy, 145, 105096. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2024.105096>
- Martins, A., & Allen, S. (2020). *Litigation to Access Health Services: Ally or Enemy of Global Public Health?* Annals of Global Health, 86(1), 14. <https://doi.org/10.5334/aogh.2760>
- Mena Ayala, M. B., & Maldonado, X. (2025). *The therapeutic futility paradox: insights from oncological drug litigation in Ecuador*. Frontiers in Medicine, 12, 1434524. <https://doi.org/10.3389/fmed.2025.143452>
- Nieto L., E., & Arango C., A. (2012). *Costos de los servicios de salud tutelados y del proceso legal de las tutelas en Medellín, 2009*. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 29(3), 223-231. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.8733>
- Oliveira, M. D. R. M., Soares, R. A. S., Sousa, M. F. D., Mendonça, A. V. M., & Delduque, M. C. (2019). *Mediation as prevention of judicialization of health: Narratives of judiciary and health subjects*. Escola Anna Nery, 23(2), e20180363. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0363>
- Oliveira, S. C. P., Araújo, D. C. S. A. D., Moriel, P.,

- & Visacri, M. B. (2025). *The High Cost of the Legal Route in Public Health: The Impact of the Judicialization of Medicines in the Municipal Unified Health System in Campinas*. *Value in Health Regional Issues*, 46, 101050. <https://doi.org/10.1016/j.vhri.2024.101050>
- Oliveira, S. C. P., Moriel, P., Bonafé, M., & Visacri, M. B. (2024). *Evaluation of drug litigation against the Campinas municipal health system from 2017 to 2021*. *Scientific Reports*, 14(1), 18764. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-68988-2>
- Oliveira, Y. M. D. C., Braga, B. S. F., Farias, A. D., Vasconcelos, C. M. D., & Ferreira, M. A. F. (2021a). *Judicialização no acesso a medicamentos: Análise das demandas judiciais no Estado do Rio Grande do Norte, Brasil*. *Cadernos de Saúde Pública*, 37(1), e00174619. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00174619>
- Oliveira, Y. M. D. C., Braga, B. S. F., Farias, A. D., Vasconcelos, C. M. D., & Ferreira, M. A. F. (2021b). *Judicialização no acesso a medicamentos: Análise das demandas judiciais no Estado do Rio Grande do Norte, Brasil*. *Cadernos de Saúde Pública*, 37(1), e00174619. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00174619>
- ONU, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR), *Observación general N° 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)*, 11 de agosto de 2000, E/C.12/2000/4. <https://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=OsRpmchurJR-1QidCa0cEBSAar9tA9bs0w5aE0aAYbr-6BZSzdQNvbSWz%2FX%2BtoLlN8R9%2Bc-9vR%2F8Dgemqs1Ah32OA%3D%3D>
- Pacheco, L. F., Pereira, L. Y., Freitas, G. R. M. D., Sousa, R. G. D. S., Silva, J. M. D. A. D., & Carvalho, B. C. C. D. (2023). *AÇÕES JUDICIAIS RELACIONADAS A MEDICAMENTOS EM JOÃO PESSOA, PB, BRASIL*. *Infarma - Ciências Farmacêuticas*, 35(2), 191-203. <https://doi.org/10.14450/2318-9312.v35.e2.a2023.pp191-203>
- Paixão, A. L. S. D. (2019). *Reflexões sobre a judicialização do direito à saúde e suas implicações no SUS*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(6), 2167-2172. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08212019>
- Pepe, V. L. E., Figueiredo, T. D. A., Simas, L., Osorio-de-Castro, C. G. S., & Ventura, M. (2010). *A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5), 2405-2414. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500015>
- Pinto, C. D. B. S., & Osorio-de-Castro, C. G. S. (2015). *Gestão da Assistência Farmacêutica e demandas judiciais em pequenos municípios brasileiros: Um estudo em Mato Grosso do Sul*. *Saúde em Debate*, 39(spe), 171-183. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2015S005152>
- Pinzón-Flórez, C. E., Chapman, E., Cubillos, L., & Reveiz, L. (2016). *Prioritization of strategies to approach the judicialization of health in Latin America and the Caribbean*. *Revista de Saúde Pública*, 50(0). <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050005728>
- Prado, M. M. (2013). *The Debatable Role of Courts in Brazil's Health Care System: Does Litigation Harm or Help?* *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 41(1), 124-137. <https://doi.org/10.1111/jlme.12009>
- Quinche, M., Rivera, J. (2008). *El control Judicial de las Políticas públicas como instrumento de inclusión de los derechos humanos*. <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/vni-juri/article/download/14424/11611/51397>
- Reveiz, L., Chapman, E., Torres, R., Fitzgerald,

- J. F., Mendoza, A., Bolis, M., & Salgado, O. (2013). *Litigios por derecho a la salud en tres países de América Latina: Revisión sistemática de la literatura*. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 33(3), 213-222. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892013000300008>
- Rodríguez, A. M. M. M., D'Andrea, G., Ventura, C. A. A., & Mishima, S. M. (2020). *Comissão de Análise de Solicitações Especiais: Uma iniciativa fundamental no contexto da judicialização da saúde*. *Revista de Salud Pública*, 22(6), 1-8. <https://doi.org/10.15446/rsap.v22n6.66285>
- Rojas, H. C., & Perilla, M. M. (2021). *El derecho a la salud, el litigio y el aporte de la Corte Constitucional colombiana: Una revisión sistemática de literatura*. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 25, e200331. <https://doi.org/10.1590/interface.200331>
- Salha, L. A., Reis, F. C., Gonçalves, R. M., Lima, J. H. D. S., Salha, N. A., Pinto, R. P., De Menezes, J. E., Oliveira, E. P., Ferreira, P. L., & Barbosa, M. A. (2022). *Judicialization of health: Profile of demands for oncological medicines in a state in the central region of Brazil*. *International Journal for Equity in Health*, 21(1), 112. <https://doi.org/10.1186/s12939-022-01704-6>
- Sbalcheiro Mariot, E. A., Barbas, S., & Nunes, R. (2024). *The application of bioethics as legal basis in judicial sentences concerning right to health in Brazil*. *Acta Bioethica*, 30(1), 49-56. <https://doi.org/10.4067/S1726-569X2024000100049>
- Socal, M. P., Amon, J. J., & Biehl, J. (2020). *Right-to-Medicines Litigation and Universal Health Coverage: Institutional Determinants of the Judicialization of Health in Brazil*. *Health and Human Rights*, 22(1), 221-235.
- Uprimny, R., & Durán, J. (2014). *Equidad y protección judicial del derecho a la salud en Colombia*. Naciones Unidas.
- Vargas-Peláez, C. M., Rover, M. R. M., Leite, S. N., Rossi Buenaventura, F., & Farias, M. R. (2014). *Right to health, essential medicines, and lawsuits for access to medicines – A scoping study*. *Social Science & Medicine*, 121, 48-55. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.08.042>
- Vargas-Pelaez, C. M., Rover, M. R. M., Soares, L., Blatt, C. R., Mantel-Teeuwisse, A. K., Rossi, F. A., Restrepo, L. G., Latorre, M. C., López, J. J., Bürgin, M. T., Silva, C., Leite, S. N., & Farias, M. R. (2019). *Judicialization of access to medicines in four Latin American countries: A comparative qualitative analysis*. *International Journal for Equity in Health*, 18(1), 68. <https://doi.org/10.1186/s12939-019-0960-z>
- Vieira, F. S. (2023). *Judicialização e direito à saúde no Brasil: Uma trajetória de encontros e desencontros*. *Revista de Saúde Pública*, 57(1), 1. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057004579>
- Williams, S. J., Martin, P., & Gabe, J. (2011). *The pharmaceuticalisation of society? A framework for analysis*. *Sociology of health & illness*, 33(5), 710-725. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2011.01320.x>



ANEXO METODOLÓGICO

Revisión sistemática de la literatura

Para el estudio de la judicialización del derecho a la salud en el contexto latinoamericano se realizó una revisión sistemática de la literatura de tipo revisión de alcance, a partir de los criterios y la estructura propuestos por el Joanna Briggs Institute. La revisión se orientó a responder la pregunta ¿qué estudios previos existen sobre tutelas, judicialización, litigio y el derecho a la salud, y cuáles son sus características?

Como criterios de inclusión se consideraron todos los estudios cuantitativos y cualitativos que analizaron tutelas, judicialización, litigio y el derecho a la salud, incluyendo las causas y efectos. Se tuvieron en cuenta publicaciones académicas en revistas indexadas, tesis de doctorado y maestría, documentos de política pública y documentos técnicos emitidos por entidades oficiales del ámbito nacional e internacional.

La búsqueda se realizó en bases de datos académicas, incluyendo Embase, Medline (PubMed), Scopus, SciELO y LILACS, mediante una estrategia de palabras clave diseñada para capturar la literatura relevante. De manera complementaria, se consultaron los portales de instituciones académicas en Colombia y América Latina, las páginas web del Ministerio de Salud y Protección Social, la Defensoría del Pueblo, la Corte Constitucional de Colombia, CEPAL, el Banco Interamericano de Desarrollo y el Banco Mundial. Se incluyeron investigaciones en español, inglés y portugués y la búsqueda se realizó por título y resumen.

Las citas bibliográficas fueron importadas a un gestor de referencias para eliminar duplicados y realizar un primer filtro de los textos elegibles. Un evaluador independiente realizó la revisión por título y resumen para determinar su inclusión y un segundo revisor validó la selección. Los estudios de esta primera fase se evaluaron en texto completo, aplicando los criterios de inclusión para obtener la lista definitiva de estudios a analizar.

Para las tesis, los documentos de política pública y los documentos oficiales, la selección e inclusión se realizó mediante la conformación de pares expertos. La selección final fue realizada por cada par, quienes determinaron el cumplimiento de los criterios de inclusión y el abordaje de la pregunta planteada.

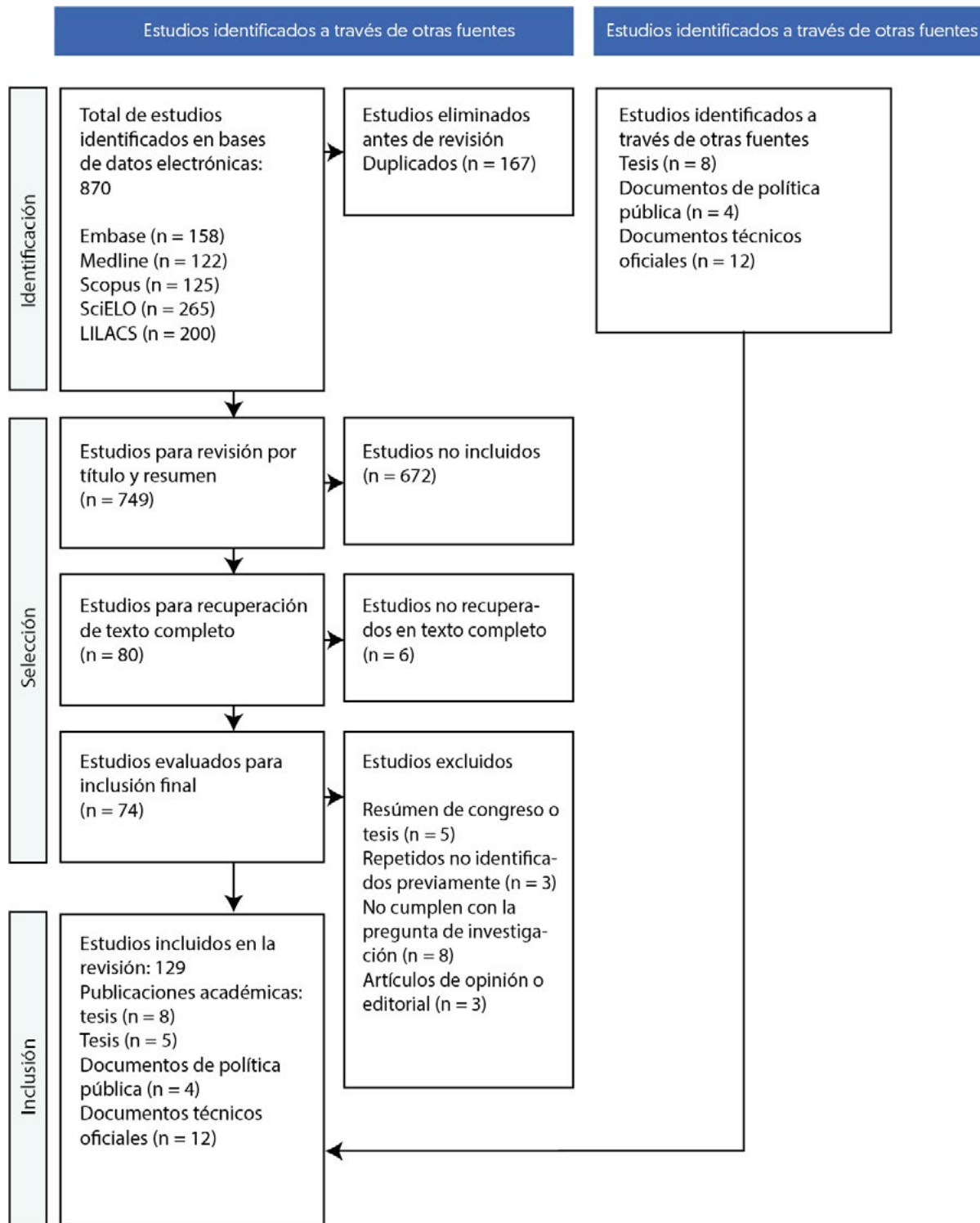
Se construyó una matriz de extracción de la información de cada documento, el análisis, los problemas jurídicos abordados, las fuentes de información usadas, las variables consideradas y la información sobre determinantes, resultados e impactos de la judicialización. La síntesis se realizó mediante análisis descriptivo y narrativo de la información en tablas, gráficos y herramientas de síntesis cualitativa.

Se incluyeron 129 documentos (ver figura). La mayoría de las publicaciones académicas en revistas indexadas (artículos científicos) correspondieron a estudios de la judicialización en Brasil (37 documentos), seguidos del análisis para varios países de Latinoamérica (ocho documentos) y en Colombia (cinco documentos). Se seleccionaron tesis de maestría sobre la situación en Colombia (46), Argentina (uno), Brasil (uno), Chile (uno), Ecuador (dos), Perú (tres) y agrupada para varios países de la región (cuatro).

Por su parte, se priorizó la identificación de documentos publicados por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (cinco), la Corte Constitucional (uno) y la Defensoría del Pueblo (seis). Los documentos de política pública seleccionados (cuatro documentos) incorporaron una perspectiva para Latinoamérica.

Se identificaron tres documentos sobre la judicialización en otras regiones del mundo: dos artículos científicos en Sudáfrica (Keehn & Nevin, 2018) y Portugal (Mariot et al., 2024) y un documento de política pública que analizó la situación en Namibia, Canadá, Kenia, Ucrania y Uganda (Ezer, 2016).

Diagrama PRISMA resultado de la revisión sistemática



Fuente: Page MJ, et al. BMJ 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71. El trabajo PRISMA es licenciado bajo CC BY 4.0. <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

Predominaron publicaciones realizadas posteriores a 2019 y hasta 2025 (91 publicaciones) y aquellos descriptivos (47 documentos), jurídico (31 documentos) y de análisis cualitativo (24 documentos). Las principales fuentes de

información utilizadas en estos análisis fueron el consolidado de tutelas, demandas, decisiones judiciales y otros documentos jurídico-normativos relacionados con la judicialización en salud.

Análisis cuantitativo

Fuentes de información

Se utilizaron bases de datos suministradas por la Corte Constitucional, correspondientes a las tutelas en salud tramitadas durante 2024. Se dispuso de dos bases de datos principales a nivel de expediente.

La primera corresponde a una base ampliada que contiene 438 572 registros asociados a 265 173 expedientes, con 37 variables. La estructura de esta base permite que un mismo expediente aparezca en más de un registro cuando se asocia a múltiples pretensiones. Las variables permiten analizar la evolución temporal de las tutelas mediante agregaciones mensuales, la distribución territorial por departamento, el tipo de pretensión en salud y características sociodemográficas del accionante como edad y pertenencia étnica. Esta base es la fuente más detallada disponible para el análisis de las tutelas en salud.

La segunda base corresponde a una versión inicial que contiene 271 400 registros asociados a 265 243 expedientes, con 19 variables. Esta base se concentra en información esencial del proceso judicial, incluye el departamento del expediente, el resultado de la decisión judicial en primera y segunda instancia y variables básicas de identificación del trámite. Estas bases de datos no cuentan con un único identificador, lo que limita y dificulta los análisis.

Adicionalmente, se dispone de una base consolidada a nivel agregado que contiene información correspondiente a 265 175 tutelas y 237 000 accionantes únicos, organizada en cuatro componentes: información agregada por accionante, distribución territorial de las tutelas, tipos de pretensión asociadas y entidades accionadas. Como parte del pro-

ceso de depuración, la Corte unificó las distintas denominaciones de entidades públicas y privadas; todas las defensorías del pueblo fueron consolidadas desde una única categoría, al igual que las personerías municipales y los defensores de familia.

La base de datos cubre la totalidad de las tutelas en salud tramitadas en 2024 que fueron remitidas por la Corte Constitucional. La cobertura es nacional, con información disponible para todos los departamentos del país y con distintos niveles de desagregación temporal, territorial y temática. No obstante, algunas variables sociodemográficas no se encuentran disponibles para la totalidad de los expedientes. En particular, las variables de edad, población migrante y etnia presentan altos grados de omisión, situación que debe considerarse al interpretar los resultados.

Para la estimación del modelo estadístico de efectos fijos se incorporaron fuentes de información complementarias. Los datos de mortalidad y del Índice de Pobreza Multidimensional departamental para el periodo de análisis fueron obtenidos del DANE. La información de población provino de TerriData del Departamento Nacional de Planeación. Los datos de cobertura de acceso a internet fueron extraídos de las estadísticas publicadas por la Comisión de Regulación de Comunicaciones. Los datos de afiliados por EPS provinieron de la Base de Datos Única de Afiliados del Ministerio de Salud y Protección Social con corte a junio de 2024. La información de costos por diagnóstico se obtuvo de los registros individuales de prestación de servicios de salud correspondientes al mismo periodo.

Procesamiento y normalización de datos

El procesamiento requirió procedimientos de normalización para posibilitar el cruce de información entre fuentes con diferentes nomenclaturas. La segunda base de datos de tutelas sobre la que se realizaron los análisis de diagnóstico presenta alta heterogeneidad en los nombres de las EPS demandadas por lo que se implementó una función de normalización de nombres de EPS que opera mediante detección prioritaria de regímenes especiales, eliminación de sufijos que indican múltiples demandados y mapeo de variantes a nombres estándar mediante pala-

bras clave. Este procedimiento permitió consolidar las diferentes denominaciones desde categorías unificadas, para facilitar el cálculo de tasas de tutelas por afiliado y las comparaciones entre entidades.

La normalización de nombres de departamentos siguió un procedimiento similar, con remoción de acentos, manejo de casos especiales como Bogotá D. C. y departamentos con denominaciones compuestas.

Extracción de información mediante procesamiento de lenguaje natural

La segunda base de datos de tutelas entregada por la Corte incluye un campo de texto denominado resumen de hechos que contiene la narrativa de las circunstancias que motivaron cada acción. Este campo no presenta información estructurada sobre diagnósticos ni pretensiones, por lo que fue necesario implementar procedimientos de extracción mediante técnicas de procesamiento de lenguaje natural.

Para la extracción de diagnósticos, el procedimiento combinó tres aproximaciones complementarias: reconocimiento de entidades nombradas para identificar menciones de enfermedades y condiciones médicas en texto libre, emparejamiento semántico para vincular las menciones identificadas con códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima revisión y clasificación mediante modelos de lenguaje de gran escala para resolver casos ambiguos y validar las asignaciones. El proceso logró extraer al menos un diagnóstico para 147 922 tutelas, equivalentes al 54,5 % del universo total de acciones analizadas.

Para la extracción de hechos se implementó un procedimiento basado en patrones léxicos que identificó nueve categorías principales: citas

con especialista, medicamentos, transporte, tratamiento integral, cirugías, exámenes diagnósticos, insumos médicos, terapias y demoras o negaciones explícitas. La función de extracción busca cada patrón en el campo de hechos y asigna las categorías correspondientes; un caso puede tener múltiples hechos simultáneos. Es importante mencionar que la primera base entregada por la Corte ya cuenta con esta variable de hechos identificada; sin embargo, tal como se mencionó anteriormente, la anonimización del expediente de tutela impidió que la Defensoría del Pueblo pudiese cruzar información entre estas bases de datos, lo cual limitó la capacidad de análisis que se presenta en este informe.

Las pruebas estadísticas de aleatoriedad realizadas por departamento, municipio y EPS indicaron que la incompletitud del campo de hechos no se distribuye de manera aleatoria en el territorio nacional. Ciertos departamentos y entidades presentan proporciones mayores de registros sin información diagnóstica extraíble, que implica que el subconjunto de tutelas con diagnóstico no constituye una muestra representativa del universo total. Los análisis presentados deben interpretarse con esta salvedad.

Cálculo de indicadores normalizados

La tasa de tutelas en el ámbito departamental se calculó como el cociente entre el número de tutelas del departamento y su población, multiplicado por 10 000.

La tasa de tutelas de EPS se calculó de manera análoga, a partir del número de afiliados de cada entidad según la Base de Datos Única de Afiliados con corte a junio de 2024. Este indicador permite evaluar el desempeño de las aseguradoras controlando por el tamaño de su población afiliada.

El perfil diagnóstico por EPS se calculó mediante el conteo de tutelas por entidad y capítulo CIE-10, expresado como porcentaje del total de tutelas de cada EPS. La desviación respecto al promedio del sistema se obtuvo al sustraer el

porcentaje promedio nacional de cada capítulo CIE-10 al observado en cada entidad, lo que permite identificar concentraciones atípicas en determinadas categorías diagnósticas.

Se calculó el costo anual promedio por paciente para cada diagnóstico CIE-10 a partir de los RIPS, al considerar el valor total de las atenciones dividido por el número de pacientes únicos atendidos con ese diagnóstico. Este costo promedio se cruzó con la base de tutelas para aproximar la carga económica de las condiciones judicializadas. El índice de judicialización relativa se calculó como el cociente entre la proporción de cada diagnóstico en tutelas y su proporción en la atención general registrada en RIPS.

Modelo estadístico para estimar los determinantes de judicialización

Se empleó un modelo de datos de panel con efectos fijos con información del periodo 2018 a 2024, el cual permite controlar por la heterogeneidad no observada constante en el tiempo entre departamentos y por choques temporales comunes a todas las unidades. La variable dependiente corresponde a la tasa de tutelas en salud. Las variables explicativas incluyen indicadores de conectividad, densidad poblacional, condiciones socioeconómicas medidas mediante el IPM, indicadores de salud poblacional y número de prestadores de salud habilitados.

Se estimaron tres especificaciones complementarias para evaluar la robustez de los resultados: i) el modelo de niveles examina la relación

lineal directa entre las variables explicativas y la tasa de tutelas, ii) el modelo log-lineal utiliza el logaritmo de la tasa como variable dependiente para interpretar los coeficientes en términos de cambios porcentuales, iii) el modelo con rezagos incorpora las variables independientes con un periodo de rezago para capturar efectos persistentes. En todas las especificaciones, los errores estándar se agruparon por departamento para corregir la autocorrelación serial y la heterocedasticidad.

La Tabla 1 presenta los resultados de las tres especificaciones.

Tabla 1. Determinantes departamentales de las tutelas en salud (2018-2024)

	(1) Modelo Niveles	(2) Modelo Log-Lineal	(3) Modelo Rezagos
Variable Dependiente:	tasa_tutelas	ln(tasa)	ln(tasa)
Internet	-1.62e-6 (1.35e-6)	-6.8e-8 (1.01e-6)	
Densidad poblacional	0.0070** (0.0021)	0.0016*** (0.0004)	
IPM	0.0412 (0.0393)	-0.0025 (0.0060)	
Mortalidad	-0.3056 (0.2687)	0.1029 (0.0735)	
Prestadores	0.0002 (0.0002)	-1.93e-5 (4.04e-5)	
Internet (t-1)			-1.64e-7 (1.01e-6)
Densidad poblacional (t-1)			0.0018*** (0.0004)
IPM (t-1)			-0.0095 (0.0068)
Mortalidad (t-1)			0.0982. (0.0572)
Prestadores (t-1)			1.85e-5 (3.4e-5)
Efectos fijos departamento	Sí	Sí	Sí
Efectos fijos año	Sí	Sí	Sí
Errores estándar	Agrupados	Agrupados	Agrupados
Observaciones	228	228	195
R ²	0.844	0.950	0.956
R ² within	0.031	0.043	0.067

Nota: Errores estándar robustos agrupados por departamento entre paréntesis. Niveles de significancia: *** $p < 0.01$, ** $p < 0.05$, * $p < 0.1$, . $p < 0.15$.

Fuente: elaboración propia

Análisis cualitativo

El análisis cualitativo estuvo orientado a caracterizar en profundidad las circunstancias, barreras y determinantes que fundamentaron la interposición de las acciones de tutela. Este análisis

se realizó sobre una muestra representativa de expedientes seleccionados mediante muestreo aleatorio estratificado.

Muestra de tutelas que invocaron el derecho a la salud

El marco muestral corresponde a las tutelas registradas en la base de datos de la Corte Constitucional de Colombia durante 2024. La población objetivo comprende las tutelas interpuestas en 2024 donde los accionantes invocaron el derecho fundamental a la salud. Se empleó un modelo de muestreo aleatorio estratificado por departamento con asignación proporcional,

con un nivel de confianza del 95 %. El tamaño de muestra resultante fue de 3031 tutelas. La unidad de análisis corresponde a cada tutela en la cual el accionante invocó como derecho vulnerado el derecho fundamental a la salud, solo o en conjunto con otros derechos. Los resultados se presentan con un factor de expansión en función de la variable de estratificación.

Muestra de tutelas que invocaron el derecho a la seguridad social

De manera complementaria se seleccionó una muestra de tutelas que contienen vulneraciones al derecho a la seguridad social sin invocar el derecho a la salud. El marco muestral corresponde igualmente a las tutelas registradas en la base de datos de la Corte Constitucional durante 2024. Se empleó el mismo modelo de muestreo aleatorio estratificado por departamento con asignación proporcional y nivel de

confianza del 95 %. El tamaño de muestra resultante fue de 1548 tutelas. La unidad de análisis corresponde a cada tutela en la que el accionante invocó como derecho vulnerado el derecho a la seguridad social sin incluir el derecho fundamental a la salud. Los resultados se presentan con factor de expansión en función de la misma variable de estratificación.

Consideraciones metodológicas sobre la extracción de diagnósticos

La base de datos de tutelas de la Corte Constitucional incluye un campo de texto denominado "resumen de hechos" que contiene la narrativa de las circunstancias que motivaron cada acción. Este campo no presenta información estructurada sobre diagnósticos, por lo cual fue necesario implementar un proceso de extracción mediante técnicas de procesamiento de lenguaje natural. El procedimiento combinó tres aproximaciones complementarias: reconocimiento de entidades nombradas (NER) para identificar menciones de

enfermedades y condiciones médicas en el texto libre, emparejamiento semántico para vincular las menciones identificadas con códigos de la clasificación CIE-10 y clasificación mediante modelos LLMs para resolver casos ambiguos y validar las asignaciones.

El proceso logró extraer al menos un diagnóstico CIE-10 para 147 922 tutelas, equivalentes al 54.5 % del universo total de acciones analizadas. Esta cobertura parcial obedece a múltiples factores: algunas tutelas presentan el campo de

hechos vacío o con información insuficiente, otras describen barreras de acceso sin mencionar diagnósticos específicos y, en ciertos casos, las menciones de condiciones de salud no pudieron ser mapeadas a códigos CIE-10 con suficiente confianza.

Los análisis presentados en esta sección deben interpretarse con esta salvedad: reflejan los patrones observados en el subconjunto con información disponible, que pueden diferir de los patrones del universo completo.

El proceso identificó todas las menciones de condiciones de salud presentes en el texto de hechos, independientemente de si cada diagnóstico está directamente relacionado con la prestación solicitada mediante la tutela. Un paciente

con diabetes, hipertensión y enfermedad renal crónica que interpone tutela para obtener acceso a diálisis aparecerá con los tres diagnósticos en la base de datos, aunque solo el tercero esté directamente vinculado a la pretensión. Esta característica metodológica puede inflar la representación de condiciones crónicas prevalentes que los accionantes mencionan como contexto de su situación de salud. Para controlar parcialmente este efecto, el análisis incluye comparaciones con la línea base epidemiológica derivada de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), lo cual permite identificar qué diagnósticos están sobrerrepresentados o subrepresentados en tutelas respecto a su prevalencia en la atención general.

Consideraciones metodológicas sobre la estimación de costos

El análisis de costos presentado en esta sección se basa en una metodología de imputación que requiere precisión en su interpretación. A partir de los RIPS correspondientes a 2024 se calculó el costo anual promedio por paciente para cada diagnóstico CIE-10, al considerar el valor total de las atenciones registradas dividido por el número de pacientes únicos atendidos con ese diagnóstico durante el año. Este costo promedio por diagnóstico fue posteriormente cruzado con la base de tutelas y se asignó a cada tutela el costo promedio correspondiente a su diagnóstico extraído.

Esta metodología permite aproximar la carga económica de las condiciones de salud que motivan la judicialización, pero presenta limitacio-

nes que deben explicitarse. El costo asignado corresponde al promedio poblacional de atención para ese diagnóstico, no al costo específico de la prestación solicitada mediante la tutela. Un paciente que interpone tutela para obtener un medicamento específico recibirá como costo imputado el promedio de atención anual de su diagnóstico, que puede incluir hospitalizaciones, consultas, procedimientos y otros servicios no necesariamente relacionados con la pretensión específica de la tutela. Esta aproximación resulta útil para caracterizar el perfil económico general de la morbilidad judicializada, pero no debe interpretarse como el costo directo de las prestaciones solicitadas.

Comparación de costos: población general versus tutelas

La Ley 1438 de 2011 y el Decreto 780 de 2016 regulan el esquema de financiación del sistema de salud a través de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y sus mecanismos de ajuste, al configurar incentivos que, en determinados

contextos, pueden trasladarse en barreras de acceso para prestaciones y tecnologías de alto costo. Este anclaje normativo permite robustecer la lectura económica del fenómeno de la judicialización y de sus efectos sobre la sostenibili-

dad del sistema, y resulta relevante como marco interpretativo para los hallazgos relacionados con el costo imputado por diagnóstico presentados en este informe.

La primera pregunta que aborda el análisis económico es si los diagnósticos presentes en las

tutelas corresponden a condiciones de mayor costo que las observadas en la población general. Esta comparación permite evaluar la hipótesis de que la judicialización se concentra en enfermedades de alto costo.

Análisis cualitativo

El análisis cualitativo de los expedientes seleccionados se orientó a responder un conjunto de preguntas de investigación diseñadas para caracterizar las tutelas desde múltiples dimensiones. Se examinaron las características de los accionantes con enfoque diferencial, donde se incluyeron variables de género, pertenencia

étnica, condición migratoria, discapacidad, grupos etarios y otras situaciones de vulnerabilidad. Se identificaron las barreras de acceso, los servicios y tecnologías solicitados, las entidades demandadas y los argumentos jurídicos empleados por los accionantes y por los jueces constitucionales en sus decisiones.

Figura 4. Mapa de preguntas



Fuente: elaboración propia a partir de la ficha sobre estudio de tutelas

La selección de casos permitió ilustrar patrones recurrentes y situaciones particulares que evidencian las interseccionalidades de vulnerabilidad presentes en la población que acude a la tutela para la protección de su derecho a

la salud. El análisis integró los hallazgos con la jurisprudencia relevante de la Corte Constitucional, particularmente la Sentencia T-760 de 2008 y sus autos de seguimiento.

Limitaciones metodológicas

El análisis presenta limitaciones que deben considerarse al interpretar los resultados. En primer lugar, algunas variables sociodemográficas no se encuentran disponibles para la totalidad de los expedientes. Las variables de edad, población migrante y pertenencia étnica presentan altos grados de omisión, lo cual limita la caracterización diferencial de los accionantes.

En segundo lugar, la extracción de diagnósticos mediante procesamiento de lenguaje natural alcanzó cobertura del 54,5 % del universo de tutelas. Las pruebas de aleatoriedad indicaron que la incompletitud no se distribuye uniformemente en el territorio, lo cual implica que los hallazgos sobre perfil diagnóstico reflejan los patrones observados en el subconjunto con información disponible, que pueden diferir de los patrones del universo completo.

En tercer lugar, la metodología de imputación de costos asigna a cada tutela el costo promedio poblacional de su diagnóstico según los RIPS, no el costo específico de la prestación solicitada. Esta aproximación resulta útil para caracterizar el perfil económico general de la morbilidad judicializada, pero no debe interpretarse como el costo directo de las barreras de acceso.

En cuarto lugar, aunque se aplicó normalización exhaustiva de nombres de EPS, pueden existir variantes no capturadas. Los datos de afiliados corresponden a junio de 2024 y pueden haberse producido cambios durante el año que afecten el cálculo de tasas. Finalmente, los costos proveedores de RIPS corresponden a promedios del sistema y pueden no reflejar costos específicos por EPS o región.

Finalmente, la limitación más importante de este estudio han sido las restricciones de acceso a la información detallada de los expedientes. En particular, la imposibilidad de interoperabilidad entre las dos bases de datos de tutelas en salud allegadas a la Defensoría del Pueblo, impidieron enriquecer el análisis que se presenta en este documento. Esta situación restringió el acceso a variables de caracterización que consideramos relevantes para informar la toma de decisiones de política pública para garantizar el acceso a la salud de las poblaciones más vulnerables en Colombia.

Las bases de datos constituyen una fuente inicial, aunque limitada para la caracterización institucional de las tutelas en salud en Colombia, siempre que sus alcances y restricciones sean considerados de manera explícita en la interpretación de los resultados.



#BuenFuturoHoy

Defensoría del Pueblo de Colombia
Calle 55 N° 10-32
Apartado Aéreo: 24299 - Bogotá, D. C.
Código Postal: 110231
Tels.: 314 73 00 - 314 40 00

www.defensoria.gov.co