



Defensoría del Pueblo

Programa de Salud

La Tutela

y el derecho a la salud 2011

20 años del uso
efectivo de la Tutela
1992-2011

LA TUTELA Y EL DERECHO A LA SALUD 2011

20 AÑOS

1992 - 2011



DEFENSORÍA DEL PUEBLO

Derechos humanos, para vivir en paz

Vólmar Antonio Pérez Ortiz

Defensor del Pueblo

Gloria Elsa Ramírez Vanegas

Secretaria General

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

Defensoría del Pueblo

Calle 55 No. 10-32

A.A. 24299 Bogotá, D. C.

Tels.: 314 73 00 – 314 40 00

ISBN: 978-958-8571-59-1

www.defensoria.org.co

Bogotá, D. C., 2012

LA TUTELA Y EL DERECHO A LA SALUD 2011

EQUIPO INVESTIGATIVO DEL PROGRAMA DE SALUD
DE LA DEFENSORÍA DEL PUEBLO

ALEXANDRA ORJUELA GUERRERO

Médica, especialista en salud familiar

LYDA MARIANA GONZÁLEZ LIZARAZO

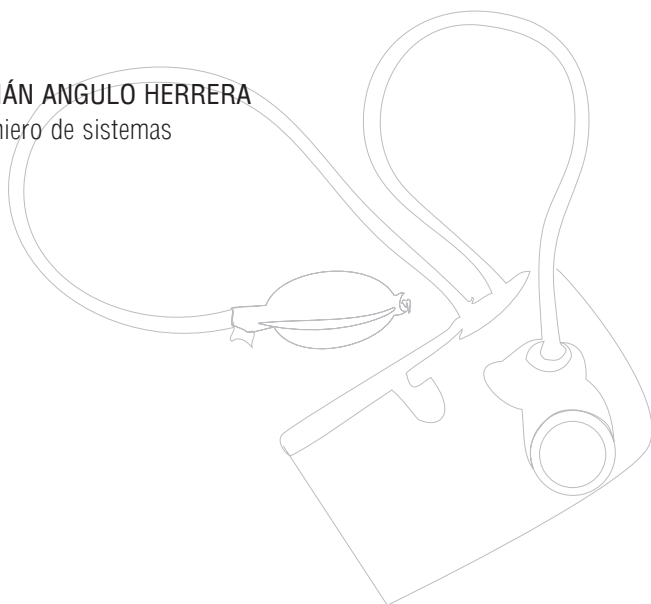
Abogada, especialista en derecho público

HILARIO PARDO ARIZA

Estadístico, abogado, magíster en ciencias financieras y sistemas

EDWIN JULIÁN ANGULO HERRERA

Ingeniero de sistemas





Contenido

AGRADECIMIENTOS.....	11
INTRODUCCIÓN	13
CAPÍTULO I	15
1. LA ACCIÓN DE TUTELA EN EL ÁMBITO INTERNACIONAL.....	15
1.1. ARGENTINA.....	15
1.2. BOLIVIA.....	15
1.3. BRASIL.....	16
1.4. CHILE.....	17
1.5. ECUADOR.....	17
1.6. ESPAÑA.....	18
1.7. GUATEMALA.....	19
1.8. HONDURAS.....	19
1.9. MÉXICO.....	19
1.10. NICARAGUA.....	21
1.11. PANAMÁ.....	21
1.12. PARAGUAY.....	22
1.13. PERÚ.....	22
1.14. PUERTO RICO.....	23
1.15. REPÚBLICA DOMINICANA.....	24
1.16. URUGUAY.....	25
1.17. VENEZUELA.....	26
2. LA ACCIÓN DE TUTELA EN COLOMBIA.....	26
2.1. ORIGEN	27
2.2. NATURALEZA	27
2.3. REGLAMENTACIÓN	27
2.4. FINALIDAD	28
2.5. SUJETOS ACTIVO Y PASIVO.....	28
2.6. REQUISITOS MÍNIMOS DE PROCEDIBILIDAD	28
2.7. IMPROCEDENCIA DE LA ACCIÓN DE TUTELA.....	29
2.8. LA SENTENCIA DE TUTELA.....	29
2.9. PETICIÓN DE INSISTENCIA EN REVISIÓN POR LA DEFENSORÍA DEL PUEBLO ANTE LA CORTE CONSTITUCIONAL	30
3. PROTECCIÓN DEL DERECHO A LA SALUD A TRAVÉS DE LA ACCIÓN DE TUTELA.....	32
3.1. SENTENCIA T-760 DE 2008.....	34
3.1.1. Estructura de la sentencia.....	36
3.1.2. Principales criterios adoptados en esta sentencia.....	37
3.1.2.1. Acceso a servicios.....	37
3.1.2.1.1. El derecho a acceder a los servicios que se ‘requieran’.....	38
3.1.2.1.2. Acceso a los servicios que se requieran, incluidos y no incluidos dentro de los planes obligatorios.	38



3.1.1.2.1.3.	El transporte y la estadía como medio para acceder a un servicio.....	39
3.1.2.2.	Protección especial a niños y niñas.	39
3.1.2.3.	Concepto del médico adscrito y externo.	40
3.1.2.4.	Reglas para solucionar conflictos entre el médico tratante y el Comité Técnico Científico.	40
3.1.2.5.	Acceso al diagnóstico.	41
3.1.2.6.	La prestación de los servicios debe ser oportuna, eficiente y de calidad. Principio de integralidad.....	41
3.1.2.7.	El principio de continuidad: el acceso a un servicio de salud debe ser continuo y no puede ser interrumpido súbitamente.	42
3.1.2.8.	Información en salud.	42
3.1.2.9.	Prohibición de trasladar a los usuarios cargas administrativas y burocráticas que les corresponde asumir a la EPS.	43
3.1.2.10.	Protección a las enfermedades catastróficas y de alto costo.	43
3.1.2.11.	Libertad de elección de EPS.	43
3.1.2.12.	Acceso sin obstáculos por pagos.	44
3.1.2.13.	Allanamiento a la mora.	46
3.1.3.	Seguimiento a la sentencia por parte de la Defensoría del Pueblo.	46
3.2.	OTROS CRITERIOS DECISORIOS	60
3.2.1.	Protección al recién nacido hijo de un menor de edad	60
3.2.2.	El derecho al diagnóstico	62
3.2.3.	El principio de continuidad	62
3.2.4.	El principio de integralidad.....	63
3.2.5.	Desafiliación de un beneficiario	63
3.2.6.	La multifiliación.....	64
3.2.7.	Licencias de maternidad	64
3.2.8.	Estabilidad laboral reforzada por estado de gravidez o lactancia en la mujer trabajadora.	65
3.2.9.	Derecho a permanecer vinculado al sistema de salud de las fuerzas militares y de policía a mayores de 18 años	65
3.2.10.	Problemas alimentarios y de drogadicción.....	66
3.2.11.	Uso de medicina alternativa.....	66
4.	ESTUDIOS RELACIONADOS	66
CAPÍTULO II		85
1.	OBJETIVOS.....	85
1.1.	OBJETIVO GENERAL.....	85
1.2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	85
2.	ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	85
2.1.	CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA.....	86
3.	RESULTADOS	87
3.1.	EVOLUCIÓN DE LA TUTELA EN COLOMBIA DURANTE LOS 20 AÑOS DE EXISTENCIA..	87
3.1.1.	Revisión de tutelas	88
3.1.2.	Los derechos tutelados.....	90
3.1.2.1.	Derecho de petición	92
3.1.1.2.	Otros derechos económicos sociales y culturales.....	92
3.1.2.3.	Vida digna y dignidad humana	92
3.1.2.4.	Debido proceso y defensa	93



3.1.3.	Departamento de origen de las tutelas	93
3.1.4.	Entidades más demandadas	97
3.1.5.	Decisión de las tutelas en los juzgados	97
3.2.	LA TUTELA Y EL DERECHO A LA SALUD	98
3.2.1.	La tutela en salud dentro del marco de la tutela en general	99
3.2.1.1.	Número de tutelas en salud por departamento	101
3.2.1.2.	Decisiones en primera instancia	106
3.2.1.3.	Tutelas en salud tramitadas por juzgados	106
3.2.1.4.	El derecho a la salud como derecho fundamental y su relación con otros derechos del mismo orden	107
3.2.1.5.	Tipo de entidad demandada	110
3.2.5.1.	Entidades que prestan servicios solamente en el régimen contributivo	112
3.2.1.5.2.	Entidades que prestan servicios conjuntamente en los regímenes contributivo y subsidiado	115
3.2.1.5.3.	Entidades que prestan servicios solamente en el régimen subsidiado	117
3.2.1.5.4.	Entes territoriales	121
3.2.1.5.5.	Instituciones Prestadoras de Salud (IPS)	122
3.2.1.5.6.	Otras entidades del Estado	123
3.2.1.5.7.	INPEC/ Penitenciarias	124
3.2.1.5.8.	Regímenes de excepción	125
3.2.1.5.9.	Administradoras de Riesgos Profesionales (ARP) y compañías de seguros	126
3.2.1.5.10.	Administradoras de fondos de pensiones	127
3.2.1.5.11.	Otras entidades demandadas	128
3.2.2.	Análisis de los hechos de la tutela en salud del año 2011	128
3.2.2.1.	Contenidos más frecuentes en las tutelas interpuestas	129
3.2.2.1.1.	Contenidos más frecuentes en las tutelas interpuestas por tratamientos	131
3.2.2.1.2.	Contenidos más frecuentes en las tutelas interpuestas por medicamentos	133
3.2.2.1.3.	Contenidos más frecuentes en las tutelas interpuestas por cirugías	134
3.2.2.1.4.	Contenidos más frecuentes en las tutelas interpuestas por citas médicas	135
3.2.2.1.5.	Contenidos más frecuentes en las tutelas interpuestas por imágenes diagnósticas	136
3.2.2.1.6.	Contenidos más frecuentes en las tutelas interpuestas por prótesis, órtesis y dispositivos médicos	137
3.2.2.1.7.	Contenidos más frecuentes en las tutelas interpuestas por exámenes paraclínicos	138
3.2.2.1.8.	Contenidos más frecuentes en las tutelas interpuestas por procedimientos	139
3.2.2.1.9.	Contenidos más frecuentes de las tutelas interpuestas por otras solicitudes relacionadas con el sistema	140
3.2.2.1.10.	Contenidos más frecuentes en las tutelas interpuestas por otras solicitudes diferentes a salud	142
3.2.2.2.	Tutelas para exigir contenidos POS y No POS en los regímenes contributivo y subsidiado	143
3.2.2.2.1.	Contenidos POS y No POS en tratamientos	146
3.2.2.2.2.	Contenidos POS y No POS en medicamentos	148
3.2.2.2.3.	Contenidos POS y No POS en cirugías	150
3.2.2.2.4.	Contenidos POS y No POS en citas médicas	152
3.2.2.2.5.	Contenidos POS y No POS en imágenes diagnósticas	154
3.2.2.2.6.	Contenidos POS y No POS en prótesis, órtesis e insumos médicos	156
3.2.2.2.7.	Contenidos POS y No POS en exámenes paraclínicos	158



3.2.2.2.8. Contenidos POS y No POS en procedimientos	159
CONCLUSIONES.....	161
RECOMENDACIONES	167
ANEXO	169

ÍNDICE DE TABLAS, MAPAS Y GRÁFICAS

TABLA N° 1	90
TABLA N° 2	91
TABLA N° 3	93
TABLA N° 4	96
TABLA N° 5	98
TABLA N° 6	100
TABLA N° 7	102
TABLA N° 8	103
TABLA N° 9	106
TABLA N° 10	109
TABLA N° 11	112
TABLA N° 12	114
TABLA N° 13	116
TABLA N° 14	117
TABLA N° 15	118
TABLA N° 16	118
TABLA N° 17	121
TABLA N° 18	122
TABLA N° 19	124
TABLA N° 20	125
TABLA N° 21	127
TABLA N° 22	128
TABLA N° 23	129
TABLA N° 24	129
TABLA N° 25	132
TABLA N° 26	134
TABLA N° 27	135
TABLA N° 28	136



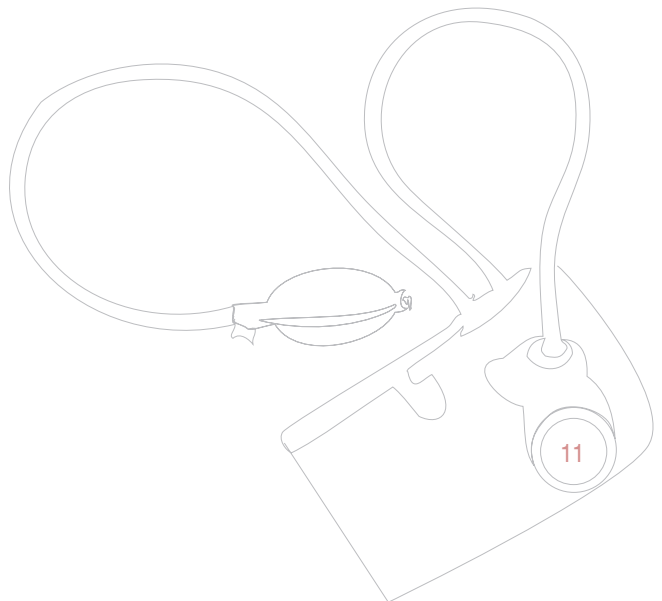
TABLA N° 29	138
TABLA N° 30	139
TABLA N° 31	140
TABLA N° 32	141
TABLA N° 33	142
TABLA N° 34	144
TABLA N° 35	145
TABLA N° 36	146
TABLA N° 37	147
TABLA N° 38	148
TABLA N° 39	148
TABLA N° 40	149
TABLA N° 41	149
TABLA N° 42	151
TABLA N° 43	152
TABLA N° 44	153
TABLA N° 45	153
TABLA N° 46	154
TABLA N° 47	155
TABLA N° 48	156
TABLA N° 49	157
TABLA N° 50	158
TABLA N° 51	159
TABLA N° 52	160
TABLA N° 53	160
TABLA N° 54	161
TABLA N° 55	162

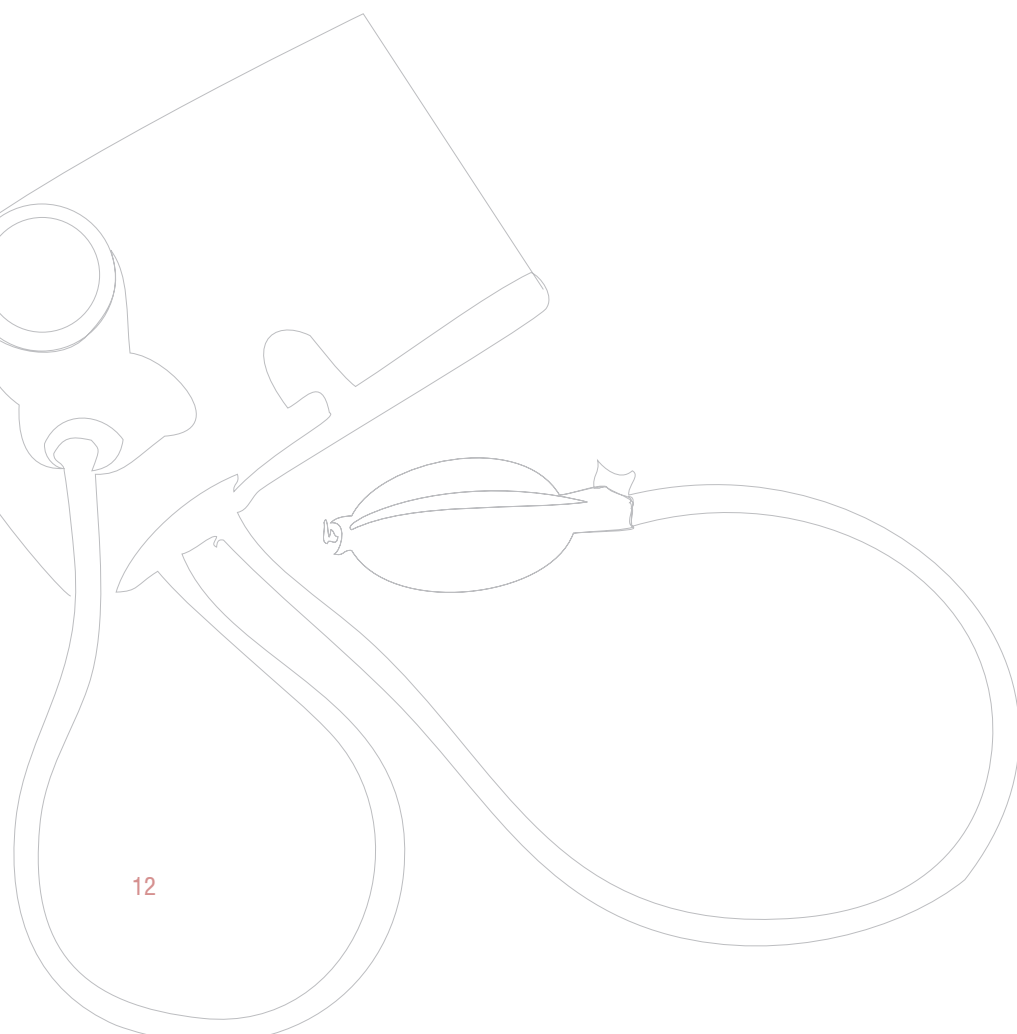
GRÁFICAS

GRÁFICA N° 1. DERECHOS MÁS INVOCADOS	92
GRÁFICA N° 2. EVOLUCIÓN DE LAS TUTELAS.	102
GRÁFICA N° 3. N° DE TUTELAS POR CADA 10.000 AFILIADOS EN CADA EPS	123
GRÁFICA N° 4. CONTENIDO DE LAS TUTELAS EN SALUD.....	133
GRÁFICA N° 5. CONTENIDOS POS EN LAS TUTELAS	147
GRÁFICA N° 6. CONTENIDOS POS EN TRATAMIENTOS	150
GRÁFICA N° 7. CONTENIDOS POS EN MEDICAMENTOS.....	152
GRÁFICA N° 8. CONTENIDOS POS EN CIRUGÍAS	154
GRÁFICA N° 9. CONTENIDOS POS EN CITAS MÉDICAS.	156
GRÁFICA N° 10. CONTENIDOS POS EN IMÁGENES DIAGNÓSTICAS	158
GRÁFICA N° 11. CONTENIDOS POS EN PRÓTESIS, ÓRTESIS E INSUMOS MÉDICOS.....	159
GRÁFICA N° 12. CONTENIDOS POS EN EXÁMENES PARACLÍNICOS.	161
GRÁFICA N° 13. CONTENIDOS POS EN PROCEDIMIENTOS.....	162

MAPAS

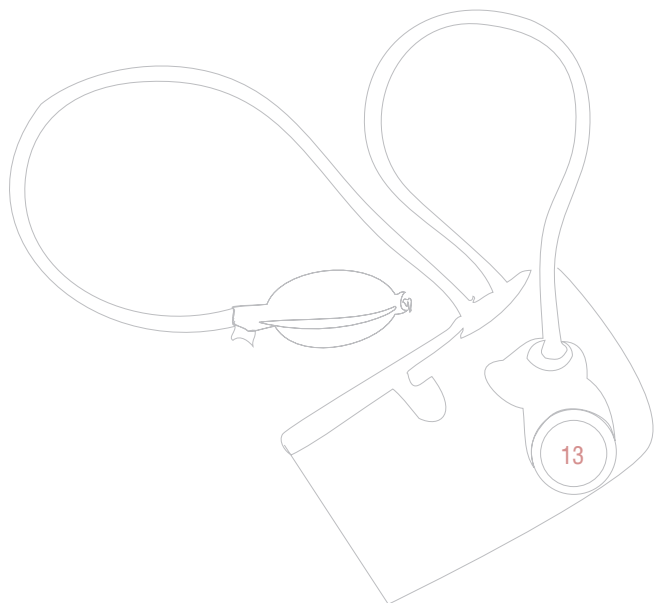
MAPA N° 1. DERECHO MÁS INVOCADO EN CADA MUNICIPIO.....	104
MAPA N° 2. TUTELAS EN SALUD POR CADA 10.000 HABITANTES.	107





AGRADECIMIENTOS

A los doctores Gabriel Eduardo Mendoza Martel y Juan Carlos Henao Pérez, presidente y expresidente de la Honorable Corte Constitucional; a la doctora Martha Victoria SÁCHICA, Secretaria General, y a los ingenieros Isaac Sáenz Cruz y Rubén Patarroyo Moreno, quienes facilitaron la base de datos de tutelas de la Corte Constitucional correspondiente al año 2011, lo cual permitió la elaboración del presente estudio.





INTRODUCCIÓN

La acción de tutela fue el mecanismo más eficaz que nació con la Constitución de 1991 para la protección de los derechos humanos, no sólo por su eficacia y oportunidad sino porque se ha constituido en la acción más utilizada por los colombianos para reclamarlos ante las entidades del Estado y los particulares que administran dineros públicos, sin necesidad de recurrir a otros medios. Han sido 20 años de uso efectivo de la tutela que han facilitado a una gran mayoría de compatriotas ser beneficiados, pero también varios años de lucha para no permitir su desmejoramiento.

La Defensoría del Pueblo, como entidad abanderada en la protección de los derechos humanos, ha visto la tutela como una acción aliada en la protección de los mismos. Durante estos 20 años, la entidad no sólo ha ayudado a muchos ciudadanos en el ejercicio de acciones judiciales, sino que ha empoderado a otros más para su interposición y en muchas ocasiones ha insistido ante la Corte Constitucional para su revisión, cuando ha visto una violación flagrante.

El derecho a la salud, a pesar de no ser instituido inicialmente en la Constitución Política del 91 como un derecho fundamental, se ha ganado un espacio importante por la vía jurisprudencial. Durante estos años, la Corte Constitucional ha protegido el derecho a la salud a través de la acción de tutela por tres vías. La primera, estableciendo su relación de conexidad con el derecho a la vida, el derecho a la integridad personal y el derecho a la dignidad humana (previa consideración de la salud como derecho económico, social y cultural); la segunda, reconociendo su naturaleza fundamental en contextos donde el tutelante es un sujeto de especial protección (niños y niñas, adulto mayor, sujetos en condición de discapacidad, etc.); y la tercera, es la afirmación en general de la fundamentalidad del derecho a la salud en lo que respecta a un ámbito básico.

Desde la ley 100 de 1993, los colombianos han visto la tutela como su principal aliada para reclamar sus derechos ante los distintos actores de salud. Son muchos las vidas que se han salvado y muchos los ciudadanos que han conseguido vivir dignamente gracias a la tutela, en un comienzo estigmatizada debido a que algunos usuarios la utilizaron para cirugías plásticas u otras suntuosidades. Finalmente, la Defensoría del Pueblo, en un estudio elaborado en 2004, logró demostrar que estas aseveraciones eran fruto de los enemigos de la tutela y en sus resultados corroboró que más del 60% de las personas lo hacía para reclamar medicamentos, tratamientos, procedimientos y otros servicios de salud que se encontraban en el Plan Obligatorio y que reiteradamente las EPS venían negando



a los usuarios a pesar de estar previamente pagados a través de la Unidad de Pago por Capitación (UPC).

Desde ese momento, la entidad empezó a elaborar una serie de estudios sobre el particular, que hoy en día se han convertido en informes anuales de obligatoria consulta para los actores del sistema y ello ha permitido buscar el mejoramiento del mismo, replantear controles, establecer medidas y hasta plantear reformas estructurales.

Este sexto informe sobre la tutela y el derecho a la salud presenta los resultados del periodo 2011 y hace un recuento estadístico sobre el comportamiento de la misma en estos 20 años de su uso efectivo por parte de los ciudadanos. Así, la credibilidad de esta acción sigue en aumento y los más de tres millones de tutelas interpuestas durante este período son la muestra fehaciente de que seguirá siendo el mecanismo más efectivo utilizado por los colombianos para la protección de los derechos humanos. Para los usuarios de salud, la tutela ha sido eficaz contra las negaciones continuas de las EPS, lo que ha permitido que muchos ciudadanos hayan salvado sus vidas y otros vivan en condiciones mucho más dignas.

Por lo anterior, es necesario mantener la acción de tutela sin modificaciones ni límites, de tal forma que los ciudadanos puedan acudir a ella cuando cualquier entidad, pública o privada, intente violar sus derechos fundamentales. Igualmente, hay que establecer mecanismos para lograr que las sentencias sean cumplidas sin dilaciones ni demoras y que estas decisiones no sean burladas por ningún actor afectado en las sentencias.

VÓLMAR PÉREZ ORTIZ
Defensor del Pueblo

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1. LA ACCIÓN DE TUTELA EN EL ÁMBITO INTERNACIONAL

La acción de tutela o el derecho de amparo se encuentra consagrada en la mayoría de constituciones a nivel internacional y a pesar de que en cada una de ellas puede variar el nombre, su finalidad siempre es la de proteger los derechos de los ciudadanos. A continuación se hace un breve resumen de esta figura en algunos países:

1.1. ARGENTINA

La acción de amparo está consagrada en el artículo 43 de la Constitución de 1994. Procede contra todo acto u omisión de autoridades públicas o de particulares que en forma actual o inminente lesione, restrinja, altere o amenace, con arbitrariedad o ilegalidad manifiesta, derechos y garantías reconocidos por esta Constitución, un tratado o una ley, siempre que no exista otro medio judicial más idóneo.

Características:

- El juez puede declarar la inconstitucionalidad de la norma en que se funde el acto u omisión lesiva.
- El afectado, el defensor del pueblo y las asociaciones, registradas conforme a la ley, podrán interponer esta acción contra cualquier forma de discriminación y en lo relativo a los derechos que protegen al ambiente, a la competencia, al usuario y al consumidor, así como a los derechos de incidencia colectiva en general.
- Toda persona podrá interponer esta acción para tomar conocimiento de los datos a ella referidos y de su finalidad, que consten en registros o bancos de datos públicos, o los privados destinados a proveer informes, y en caso de falsedad o discriminación, para exigir la supresión, rectificación, confidencialidad o actualización de aquellos. No podrá afectarse el secreto de las fuentes de información periodística.

1.2. BOLIVIA

El recurso de amparo constitucional está establecido en los artículos 128 y 129 de la Constitución boliviana de 2009. Procede contra actos u omisiones ilegales o indebidas



de los servidores públicos, o de persona individual o colectiva, que restrinjan, supriman o amenacen restringir o suprimir los derechos reconocidos por la Constitución y la Ley.

Características:

- Podrá ser interpuesta por la persona que se crea afectada, por otra a su nombre con poder suficiente o por la autoridad correspondiente de acuerdo con la Constitución, ante cualquier juez o tribunal competente, siempre que no exista otro medio o recurso legal para la protección inmediata de los derechos y garantías restringidos, suprimidos o amenazados.
- Podrá interponerse en el plazo máximo de seis meses, computable a partir de la comisión de la vulneración alegada o de notificada la última decisión administrativa o judicial.
- La autoridad o persona demandada será citada con el objeto de que preste información y presente, en su caso, los actuados concernientes al hecho denunciado, en el plazo máximo de cuarenta y ocho horas desde la presentación de la acción.
- La resolución final se pronunciará en audiencia pública inmediatamente recibida la información de la autoridad o persona demandada y, a falta de esta, lo hará sobre la base de la prueba que ofrezca la persona accionante. La autoridad judicial examinará la competencia de la servidora pública o del servidor público o de la persona demandada y, en caso de encontrar cierta y efectiva la demanda, concederá el amparo solicitado. La decisión que se pronuncie se elevará, de oficio, en revisión ante el Tribunal Constitucional Plurinacional en el plazo de las veinticuatro horas siguientes a la emisión del fallo.
- La decisión final que conceda la acción de amparo constitucional será ejecutada inmediatamente y sin observación.

1.3. BRASIL

El numeral 68 del artículo 5 de la Constitución de Brasil de 1988 establece el “mandato de segurança” (mandato de seguridad), para proteger un derecho determinado y cierto que no sea amparado por el habeas data o por el habeas corpus cuando el responsable de la ilegalidad o del abuso del poder fuese una autoridad o una persona jurídica en ejercicio de funciones públicas.

Para que proceda este mandato sólo es necesario probar la existencia de una ilegalidad o de un abuso de poder por parte de una autoridad, no se requiere probar la violación a un derecho fundamental. No procede en contra de particulares.

También procede el mandamiento de seguridad colectivo, el cual puede ser impetrado por un partido político con representación en el Congreso Nacional o por una organización



sindical, entidad de clase o asociación legalmente constituida y con funcionamiento mínimo de un año, siempre que lo haga en defensa de los intereses de sus miembros o asociados.

1.4. CHILE

El recurso de protección está consagrado en el artículo 20 de la Constitución de 1980 y procede contra actos ilegales que amenacen los derechos fundamentales de las personas.

Es una acción que la Constitución concede a todas las personas que, como consecuencia de actos u omisiones arbitrarias o ilegales, sufren privación, perturbación o amenaza de sus derechos y garantías constitucionales. Tiene como objetivo adoptar todas las medidas necesarias para restablecer el derecho vulnerado y asegurar su protección.

Características:

- Puede ser interpuesto por cualquier persona, natural o jurídica, o por un grupo de personas, que haya sufrido perturbación o amenaza de sus derechos.
- No requiere de abogado para su interposición.
- El recurso debe ser interpuesto ante la Corte de Apelaciones en cuya jurisdicción se cometió el acto o se incurrió en la omisión arbitraria o ilegal que ocasione la vulneración.
- El plazo para presentar el recurso de protección es de 30 días corridos, contados desde cuando ocurre el acto o amenaza que motiva el recurso o desde que se tuvo conocimiento de dicho acto o amenaza.
- El recurso se debe presentar por escrito y se debe fundamentar la acción u omisión ilegal o arbitraria que sirve de base a su interposición, así como los derechos o garantías, consagradas en la Constitución, que se ven vulneradas.

1.5. ECUADOR

La acción de protección está contemplada en el artículo 88 de la Constitución del Ecuador del año 2008. Tiene por objeto el amparo directo y eficaz de los derechos reconocidos en la Constitución, y podrá interponerse cuando exista una vulneración de derechos constitucionales por actos u omisiones de cualquier autoridad pública no judicial; contra políticas públicas, cuando supongan la privación del goce o ejercicio de los derechos constitucionales; y cuando la violación proceda de una persona particular en caso de que esta provoque daño grave si presta servicios públicos impropios, si actúa por delegación o concesión, o si la persona afectada se encuentra en estado de subordinación, indefensión o discriminación.

También procede una acción extraordinaria de protección, que se interpondrá ante la Corte Constitucional, contra sentencias o autos definitivos en los que se haya violado, por acción



u omisión, derechos reconocidos en la Constitución. Este recurso procede cuando se hayan agotado los recursos ordinarios y extraordinarios dentro del término legal, a menos que la falta de interposición no fuera atribuible a la negligencia de la persona titular del derecho constitucional vulnerado.

1.6. ESPAÑA

El recurso de amparo está establecido en el numeral 2 del artículo 53 de la Constitución Política de 1978. Tiene como finalidad proteger a todos los ciudadanos frente a las violaciones de los derechos y libertades reconocidos en la Constitución española, así como la objeción de conciencia reconocida en la misma ley fundamental, originadas por disposiciones, actos jurídicos o simple vía de hecho de los poderes públicos del Estado, las comunidades autónomas y demás entes públicos de carácter territorial, corporativo o institucional, así como de sus funcionarios o agentes.

Para que proceda el recurso de amparo se requiere la violación de los derechos y libertades reconocidos en la constitución, que dicha violación provenga de una disposición, acto jurídico o vía de hecho y que la transgresión sea atribuible a los poderes públicos.

Características:

- Puede ser interpuesto por toda persona natural o jurídica que invoque un interés legítimo, así como por el Defensor del Pueblo y el Ministerio Fiscal.
- Es un recurso de carácter subsidiado al que sólo es posible acceder cuando se han agotado las vías ordinarias procedentes.
- El plazo para su interposición es de 20 días.
- Su naturaleza no es revisora ni constituye una tercera instancia para defender la mera legalidad ordinaria, sólo procede en cuanto incida en el ejercicio de los derechos y libertades fundamentales.
- Procede contra disposiciones, actos jurídicos o simple vía de hecho de los poderes públicos del Estado, las comunidades autónomas y demás entes públicos de carácter territorial, corporativo e institucional, así como de sus funcionarios y agentes.
- No procede contra leyes o disposiciones normativas con carácter de ley, pero sí puede analizarse su constitucionalidad cuando previamente lo haya hecho la autoridad.
- El otorgamiento del amparo conduce a la declaración de nulidad de la resolución judicial impugnada y al restablecimiento del derecho o libertad vulnerado.
- Las sentencias de amparo no son impugnables ya que constituyen cosa juzgada.



1.7. GUATEMALA

La acción de amparo en Guatemala está establecida en el artículo 265 de la constitución de 1985. Se instituye el amparo con el fin de proteger a las personas contra las amenazas de violaciones a sus derechos o para restaurar el imperio de los mismos cuando la violación hubiere ocurrido.

No hay ámbito que no sea susceptible de amparo, y procederá siempre que los actos, resoluciones, disposiciones o leyes de autoridad lleven implícitos una amenaza, restricción o violación de los derechos que la Constitución y las leyes garantizan.

1.8. HONDURAS

La garantía de amparo está contemplada en el artículo 183 de la Constitución de la Republica de Honduras, vigente desde 1982. Establece que tiene derecho a interponerla toda persona que se considere agraviada o cualquier otra en nombre de esta, para que se le mantenga o restituya el goce y disfrute de los derechos y garantías constitucionales y para que, en casos concretos, se declare que una ley, resolución, acto o hecho de autoridad no obliga al recurrente ni es aplicable por contravenir, disminuir o tergiversar cualesquiera de los derechos reconocidos en la Constitución. La Corte Suprema de Justicia es la entidad encargada de conocer esta acción.

La garantía de amparo comprende o abarca todos los derechos establecidos o consagrados en el texto constitucional, sean individuales o sociales.

Características del recurso de amparo:

- Procede contra los actos de autoridades o funcionarios públicos.
- Procede contra supuestos que se refieren únicamente a actos o actuaciones que lesionen efectivamente el goce y disfrute de los derechos constitucionales.
- No procede contra sentencias definitivas y ejecutoriadas, contra las resoluciones dictadas en los juicios de amparo, contra los actos consumados de modo irreparable cuando han cesado los efectos del acto reclamado, y contra los actos consentidos por el agraviado.
- Para su admisión, deben agotarse previamente los recursos y acciones que procedan en cada caso.

1.9. MÉXICO

Inició con el denominado “juicio de amparo” en 1841, en el que se estableció, como facultad de la Corte Suprema del Estado de Yucatán, la de amparar a las personas en el goce de



sus derechos violados por leyes o actos de la autoridad. Sin embargo, su constitucionalidad plena se dio con la Constitución Federal de 1857.

El juicio de amparo se ha considerado como una institución netamente mexicana. Se ejerce por medio de un órgano judicial con respecto al individuo que solicita de manera formal una protección contra la aplicación de la ley o acto que le sean contrarios a la misma.

Características:

- Constituye un nuevo juicio, no consiste en un recurso o apelación que meramente constituya otra instancia, sino que implica iniciar un nuevo proceso.
- Es un juicio de garantías, donde el juzgador no se limita a ver si existieron violaciones constitucionales, sino que puede incluso dejar subsistentes las violaciones constitucionales, siempre que se demuestre que nadie resultó afectado en sus derechos fundamentales. Así mismo, puede exigir la suspensión de un acto que, no obstante ser constitucional, viole las garantías individuales. En otras palabras, no se ocupa de cualquier violación de la Constitución, sino de aquellas cuyo resultado es el menoscabo de una garantía individual, que resulta en daño personal y directo a una o varias personas concretas.
- El juicio de amparo es promovido por cualquier particular que considere que sus garantías individuales han sido violadas por alguna autoridad. El juicio no se tramitará de oficio por ninguna autoridad judicial, sólo por petición del propio afectado, su apoderado o representante legal.
- Sólo puede solicitar amparo quien sea el titular del derecho subjetivo que se considere afectado por el acto de autoridad.
- El juicio se tramitará con arreglo, exclusivamente, a las disposiciones procesales de la Ley de Amparo y, sólo en caso de que esta sea omisa o insuficiente, por supletoriedad se aplicará el Código Federal de Procedimientos Civiles.
- El juicio de amparo sólo procederá cuando contra el acto de autoridad no esté previsto ningún recurso o medio de defensa legal, o estándolos, se hayan agotado previamente a la demanda de amparo.
- La sentencia del juicio se limitará a resolver las cuestiones propuestas en los conceptos de violación, sin poder abordar otras.
- La sentencia del juicio sólo protegerá a individuos particulares que hayan promovido el juicio, sin beneficiar a nadie más, y el acto quedará invalidado solo para el quejoso que haya litigado, pero no se hará ninguna declaración general sobre la ley o el acto impugnado.

Este juicio de garantías se extiende a un minucioso control de la constitucionalidad y legalidad, que consiste, primero, en revisar la aplicación concreta de la ley hecha por la autoridad responsable, y segundo, en examinar si el acto reclamado expresa su fundamento legal y motivo de hecho, con el objeto de determinar si ese fundamento y ese motivo son o no pertinentes. Así mismo, tiene como fin evitar que actos de autoridades contravengan directamente la Constitución o que las leyes en que dichos actos se apoyan sean contrarias a la Constitución.

1.10. NICARAGUA

El recurso de amparo está consagrado en el artículo 188 de la Constitución de Nicaragua de 1987. Contempla que procede en contra de toda disposición, acto o resolución y en general en contra de toda actuación y omisión de cualquier funcionario, autoridad o agente de los mismos que viole o trate de violar los derechos y garantías consagrados en la Constitución. Esta acción no procede contra particulares.

Características:

- Solo puede interponerse por la parte agraviada.
- Se debe interponer en contra del funcionario o autoridad que ordene el acto que se presume violatorio de la Constitución Política.
- Cuenta con un término para interponerla de treinta días, que se contará desde que se haya notificado o comunicado legalmente al agraviado la disposición, acto o resolución. Este término se aumenta en razón de la distancia. También podrá interponerse el recurso desde cuando la acción u omisión haya llegado a su conocimiento.
- No procede contra resoluciones de los funcionarios judiciales, en asuntos de su competencia, cuando la infracción producida por el acto reclamado sea irreparable, y contra los actos que hubieren sido consentidos por el agraviado de modo expreso o tácito.

1.11. PANAMÁ

El recurso de amparo está contemplado en el artículo 54 de la Constitución de Panamá de 1972. Establece que toda persona contra la cual se expida o se ejecute, por cualquier servidor público, una orden de hacer o de no hacer, que viole los derechos y garantías que la Constitución consagra, tendrá derecho a que la orden sea revocada a petición suya o de cualquier persona.

El recurso de amparo se tramita mediante procedimiento sumario y es de competencia de los tribunales judiciales. No procede contra los fallos de la Corte Suprema de Justicia o sus salas. También hay límites contra las resoluciones que en materia electoral emite el Tribunal Electoral.



1.12. PARAGUAY

El derecho de amparo está contemplado en el artículo 134 de la Constitución de Paraguay de 1992. Consagra que toda persona que por un acto u omisión, manifiestamente ilegítimo, de una autoridad o de un particular, se considere lesionada gravemente, o en peligro inminente de serlo en derechos o garantías consagradas en la Constitución o en la Ley, y que debido a la urgencia del caso no pudiera remediarse por la vía ordinaria, puede promover amparo ante el magistrado competente.

Características:

- El procedimiento es breve, sumario, gratuito y de acción popular para los casos previstos en la ley.
- Establece que el magistrado tendrá facultad para salvaguardar el derecho o garantía, o para restablecer inmediatamente la situación jurídica infringida.
- Si se tratara de una cuestión electoral, o relativa a organizaciones políticas, será competente la justicia electoral. Esta acción no procede en la tramitación de causas judiciales, contra actos de órganos judiciales ni en el proceso de formación, sanción y promulgación de las leyes.

1.13. PERÚ

La acción de amparo está contemplada en el numeral 2 del artículo 200 de la Constitución Política del Perú de 1993. Procede contra el hecho u omisión, por parte de cualquier autoridad, funcionario o persona, que vulnera o amenaza los demás derechos reconocidos por la Constitución. No procede contra normas legales ni contra resoluciones judiciales emanadas de procedimiento regular.

Características:

- El amparo es una acción excepcional, último remedio de protección contra la violación de un derecho constitucional.
- Es un medio de control constitucional que protege el texto de la Carta Política de todo acto que la lesione.
- Es un mecanismo de protección del ciudadano contra la arbitrariedad incurrida, por acción u omisión de actos de cumplimiento obligatorio, que resultan lesivos de la norma constitucional, bien sea por amenaza o violación, constituyendo, por ende, un proceso extraordinario de efectiva tutela cuando es evidente la afectación aludida. Su finalidad es reponer las cosas al estado anterior del acto cuestionado.

- Es el mecanismo que la Constitución otorga a los ciudadanos para hacer cesar un acto perturbador del disfrute de un derecho o garantía ciudadana.
- Únicamente se recurre a esta vía de manera residual, esto es, cuando no existe otro camino procesal para acceder a la pretensión jurídica y siempre que se trate de lograr la reposición de algún derecho constitucional transgredido o amenazado, ya que esta acción no es declarativa de derechos, sino restitutiva de aquellos.
- Es un proceso sumario, ágil, breve, sui generis e inmediato.
- El procedimiento puede adecuarse, por la vía de la interpretación jurisdiccional, a las necesidades finales de la acción, que son las de investigar sumariamente la existencia o inexistencia de la violación de las cosas al estado anterior a la agresión.
- No existe término probatorio. Por ello, el derecho invocado por el demandante debe estar expresamente reconocido en la Constitución de manera inequívoca y expresa.

1.14. PUERTO RICO

El recurso de amparo está establecido en la Ley 437 de 2006. Procede contra todo acto u omisión de una autoridad pública, o de cualquier particular, que en forma actual o inminente y con arbitrariedad o ilegalidad manifiesta, lesione, restrinja, altere o amenace los derechos o garantías explícita o implícitamente reconocidas por la Constitución de la libertad individual, tutelada por el hábeas corpus.

Características:

- Cualquier persona física o moral, sin distinción de ninguna especie, tiene derecho a reclamar la protección de sus derechos individuales mediante la acción de amparo.
- La acción de amparo no se admite cuando se trate de actos jurisdiccionales emanados de cualquier tribunal de los que conforman el poder judicial, cuando no hubiese sido presentada dentro de los treinta (30) días que sigan a la fecha en que el agraviado tuvo conocimiento de la conculcación de su derechos, cuando la petición de amparo resulte notoriamente improcedente, a juicio del juez y cuando se trate de las suspensiones de garantías ciudadanas.
- La reclamación de amparo constituye una acción autónoma, que no podrá suspenderse o sobreseerse para aguardar la definición de la suerte de otro proceso judicial.
- Conocerá de esta acción, que deberá formularse por escrito, el juez de primera instancia con jurisdicción en el lugar donde se haya manifestado el acto u omisión rechazado mediante este mecanismo protectorio de los derechos individuales.



- Una vez recibida la solicitud de amparo, el juez apoderado dictará, en un plazo no mayor de tres (3) días, autorizando al solicitante a citar al presunto agravante a comparecer a la audiencia, que tendrá lugar para conocer los méritos de la reclamación.
- En casos de extrema urgencia, el juez de amparo podrá permitir al solicitante citar al alegado agravante a comparecer a la audiencia a hora fija, aún los días feriados o de descanso, sea en su propio domicilio con las puertas abiertas.
- La audiencia del juicio de amparo será siempre oral, pública y contradictoria.
- El juez decidirá de fondo y sobre los incidentes, si hubiesen, dentro de los cinco (5) días que sigan al momento del cierre de los debates y la presentación de conclusiones.
- La sentencia emitida por el juez podrá acoger la reclamación de amparo o desestimarla, según resulte pertinente, a partir de una adecuada instrucción del proceso y una valoración racional y lógica de los elementos de prueba sometidos al debate.
- La sentencia que concede el amparo se limitará a prescribir las medidas necesarias para la pronta y completa restauración del derecho constitucional conculcado al reclamante, o para hacer cesar la amenaza a su pleno goce y ejercicio.
- La sentencia emitida por el juez de amparo no será susceptible de ser impugnada mediante ningún recurso ordinario o extraordinario, salvo la tercería o la casación, en cuyo caso habrá de procederse con arreglo a lo que establece el derecho común.
- El procedimiento en materia de amparo es de carácter gratuito, por lo que se hará libre de costas, así como de toda carga, impuesto, contribución o tasa. No habrá lugar a la prestación de la fianza del extranjero transeúnte.

1.15. REPÚBLICA DOMINICANA

El Congreso Nacional de la República Dominicana, en fecha 25 de diciembre de 1977, mediante su Resolución No. 739 incorporó y ratificó, mediante la ratificación, la Convención Americana de Derechos Humanos de San José, Costa Rica. Esta convención, en su artículo 25, estableció que “Toda persona tiene derecho a un recurso sencillo y rápido o a cualquier otro recurso efectivo ante jueces o tribunales competentes, que la ampare contra actos que violen sus derechos fundamentales reconocidos por la Constitución, la ley o la presente convención, aun cuando tal violación sea cometida por personas que actúen en ejercicio de sus funciones oficiales”.

La Corte Suprema de Justicia de dicho país, haciendo uso de sus facultades legales, y en ocasión de un recurso de amparo interpuesto contra dos sentencias dictadas por la Segunda Sala del Juzgado de Trabajo del Distrito Nacional, el Pleno de la Suprema Corte de Justicia dictó en fecha 24 de febrero de 1999 una decisión mediante la cual estableció la competencia y el procedimiento que se debe seguir para el recurso de amparo.

Características:

- El Juez de primera instancia es el competente para conocer el recurso de amparo.
- El amparo se introduce mediante instancia que deberá ser depositada en la Secretaría del Tribunal donde se produce el acto u omisión que genera el amparo, dentro de los 15 días contados a partir de la fecha en que se produce el acto u omisión violatorio del derecho fundamental, y en la cual se solicitará el juez la autorización para citar a la demandada en amparo.
- La audiencia para conocer del amparo deberá ser fijada dentro de los tres días siguientes al depósito de la instancia, salvo la facultad reservada al juez de ordenar el archivo definitivo del expediente mediante auto, cuando la acción fuese ostensiblemente improcedente.
- El juez produce su ordenanza dentro de los cinco días siguientes a la fecha en que el expediente se encontrare en estado de fallo, y la misma deberá ser apelada dentro de los tres días hábiles a partir de su notificación. Una vez apelada la decisión, el procedimiento en grado de apelación es el mismo que en primera instancia, y en ambas instancias el mismo se realiza libre de costas.

1.16. URUGUAY

El amparo no tiene una consagración expresa en la Constitución de Uruguay vigente (1997). Para algunos autores, esta protección surge de los artículos 7, 72 y 332 de la Carta, que establecen:

“Artículo 7°. Los habitantes de la República tienen derecho a ser protegidos en el goce de su vida, honor, libertad, seguridad, trabajo y propiedad. Nadie puede ser privado de estos derechos sino conforme a las leyes que se establecieron por razones de interés general.”

“Artículo 72. La enumeración de derechos, deberes y garantías hecha por la Constitución, no excluye los otros que son inherentes a la personalidad humana o se derivan de la forma republicana de gobierno.”

“Artículo 332. Los preceptos de la presente Constitución que reconocen derechos a los individuos, así como los que atribuyen facultades e imponen deberes a las autoridades públicas, no dejarán de aplicarse por falta de la reglamentación respectiva, sino que ésta será suplida, recurriendo a los fundamentos de leyes análogas, a los principios generales de derecho y a las doctrinas generalmente admitidas.”

Para estos autores, la acción de amparo es una garantía fundamental para la consolidación y respeto del Estado de derecho. Por lo expuesto, el poder judicial debe tomar las acciones



pertinentes para su protección, efectuando el análisis del fondo de los asuntos que se le plantean, y en caso de duda debe fallar siempre a favor de la acción de amparo.

1.17. VENEZUELA

La acción de amparo está contemplada en el artículo 27 de la Constitución Bolivariana de Venezuela de 1999. Establece que toda persona tiene derecho a ser amparada por los tribunales en el goce y ejercicio de los derechos y garantías constitucionales, aun de aquellos inherentes a la persona, que no figuren expresamente en la Constitución o en los instrumentos internacionales sobre derechos humanos.

Características:

- El procedimiento de la acción de amparo constitucional es oral, público, breve, gratuito y no sujeto a formalidad.
- La autoridad judicial competente tiene potestad para restablecer inmediatamente la situación jurídica infringida o la situación que más se asemeje a ella. Todo tiempo será hábil y el tribunal lo tramitará con preferencia a cualquier otro asunto.
- Puede ser interpuesta por cualquier persona, y el detenido o detenida será puesto bajo la custodia del tribunal de manera inmediata, sin dilación alguna.
- El ejercicio de este derecho no puede ser afectado, en modo alguno, por la declaración del estado de excepción o de la restricción de garantías constitucionales.

2. LA ACCIÓN DE TUTELA EN COLOMBIA

La acción de tutela en Colombia está consagrada en el artículo 86 de la Constitución Política de 1991: *“Toda persona tendrá acción de tutela para reclamar ante los jueces, en todo momento y lugar, mediante un procedimiento preferente y sumario, por sí misma o por quien actúe a su nombre, la protección inmediata de sus derechos constitucionales fundamentales, cuando quiera que éstos resulten vulnerados o amenazados por la acción o la omisión de cualquier autoridad pública”...* y de los particulares en los casos establecidos por la Ley.

La acción de tutela se refiere a los derechos fundamentales de las personas, es decir, todos aquellos que son inherentes al individuo, que existen antes que el Estado y que están por encima de cualquier norma o ley que los reconozca o no. Según la Corte Constitucional, el que un derecho sea o no fundamental no se puede determinar sino en cada caso en concreto, según la relación que dicho caso tenga con uno u otro derecho fundamental.

La protección de esta acción consiste en una orden para que aquel contra quien se dirige la tutela, actúe o se abstenga de hacerlo. El fallo es de cumplimiento inmediato y podrá

impugnarse ante el juez competente. En todo caso, el juez lo remitirá a la Corte Constitucional para su eventual revisión.

2.1. ORIGEN

La acción de tutela fue establecida por primera vez en nuestra historia política y constitucional por la Asamblea Nacional Constituyente de 1991, como una de las más importantes innovaciones en la nueva constitución. Existía, entre los miembros de la Asamblea, la necesidad de crear un instrumento ágil y que fuera eficaz en la protección de los derechos fundamentales de los ciudadanos, acorde con el modelo de Estado social y democrático de derecho. Su inclusión fue producto de la necesidad de hacer efectivos los derechos constitucionales mediante instrumentos procesales específicos y directos diferentes a los que existían.

Entre los proyectos que respaldaron la incorporación de la acción de tutela a la Carta Política estaban: El proyecto 2, del Gobierno nacional; el proyecto 7 de la Alianza Democrática M-19; los proyectos 9, 67, 81, 87, 113, 116, 126 y 130 de los constituyentes Juan Gómez Martínez, Misael Pastrana Borrero, Juan Carlos Esguerra Portocarrero, Horacio Serpa Uribe, Alfredo Vásquez, Aida Avella, Antonio Galán Sarmiento, Iván Marulanda Vélez y Eduardo Espinosa Facio-Lince, respectivamente.

2.2. NATURALEZA

La tutela fue concebida como una acción judicial subsidiaria, residual y autónoma, que permite el control constitucional de las acciones u omisiones de todas las autoridades públicas y, excepcionalmente, de los particulares. Igualmente, se estableció para que la Corte Constitucional pudiera revisar sentencias con el fin de unificar la jurisprudencia constitucional.

Es por ello que la tutela tiene establecidas, entre otras funciones, la de promover el acceso a la justicia, la primacía constitucional y la interpretación coherente y unificada de los derechos fundamentales por parte de todos los jueces de la república.

2.3. REGLAMENTACIÓN

La acción de tutela fue reglamentada por los Decretos 2591 de 1991, 306 de 1992 y 1382 de 2000 donde se estableció, entre otras cosas, que dicha acción procederá aún en estados de excepción y que podrá ser interpuesta todos los días y a cualquier hora.

Establece como principios para su desarrollo los de publicidad, prevalencia del derecho sustancial, economía, celeridad y eficacia. Hace referencia al carácter informal y preferencial de la misma y a las facultades del juez para prescindir de formalidades especiales a la hora de proteger los derechos; señala las causales de improcedencia, la acción temeraria, la



procedencia de la tutela contra particulares, y señala las competencias del Defensor del Pueblo en el trámite de la misma.

Por último, regula lo relacionado con las sanciones que puede imponer el juez de tutela en caso de incumplimiento de la orden proferida y el deber de dar instrucción sobre la acción de tutela en las instituciones educativas.

2.4. FINALIDAD

El objeto de la acción de tutela consiste en la protección inmediata de los derechos fundamentales ante la acción u omisión de cualquier autoridad pública o de particulares (en los casos determinados por la ley) que los vulneren o amenacen.

2.5. SUJETOS ACTIVO Y PASIVO

La acción de tutela puede ser ejercida, en todo momento y lugar, por cualquier persona vulnerada o amenazada en uno de sus derechos fundamentales, quien podrá hacerlo por sí misma o a través de un representante. También podrá ejercerla el Procurador General de la Nación, Defensor del Pueblo y los personeros municipales. La acción de tutela puede ser dirigida contra:

- Autoridades públicas, cuando con ocasión o no del ejercicio de sus funciones, viole o amenace derechos fundamentales.
- Particulares, cuando son encargados de la prestación de un servicio público, cuando su conducta afecte grave y directamente el interés colectivo o cuando el solicitante se halle en estado de subordinación o indefensión.

2.6. REQUISITOS MÍNIMOS DE PROCEDIBILIDAD

Aunque la acción de tutela se identifica por su informalidad, la jurisprudencia constitucional ha reconocido que el ejercicio de la misma está supeditado al cumplimiento de unos requisitos mínimos de procedibilidad, que surgen de su naturaleza jurídica y de los elementos especiales que la identifican. Dentro de tales requisitos, se cuentan:

- i. El de la legitimación en la causa por activa: busca la garantía respecto de que la persona que acuda a la acción de tutela tenga un interés directo y particular en la solicitud de amparo que eleva ante el juez constitucional, de manera que pueda demostrar que la protección que solicita es un derecho fundamental propio.

Sin embargo, la jurisprudencia ha considerado que se configura la legitimación en la causa, por activa, en los siguientes casos:

- Cuando la tutela es ejercida directamente y en su propio nombre por la persona afectada en sus derechos.

- Cuando la acción es promovida por quien tiene la representación legal del titular de los derechos, por ejemplo, quienes representan a los menores de edad, los incapaces absolutos, los interdictos y las personas jurídicas.
 - Cuando se actúa en calidad de apoderado judicial, quien debe acreditar la condición de abogado titulado y al escrito de acción debe anexar el poder otorgado por el titular del derecho.
 - En los casos en que la acción es instaurada como agente oficioso del afectado, debido a la imposibilidad de este para llevar a cabo la defensa de sus derechos por su propia cuenta, como sucede, por ejemplo, con un enfermo grave, un indigente o una persona con incapacidad física o mental.
 - En ejercicio de sus funciones constitucionales y legales por el Procurador General de la Nación, Defensor del Pueblo, los personeros municipales, a nombre del sujeto cuyos derechos han sido amenazados o violados.
- ii. El de subsidiariedad, con el que se busca determinar que la protección de los derechos fundamentales que se solicita por vía de tutela, no puedan ser protegidos por los medios ordinarios de defensa previstos en el ordenamiento jurídico, caso en el cual la acción se utiliza como mecanismo transitorio para evitar un perjuicio irremediable, circunstancia que deberá demostrarse en cada caso.

2.7. IMPROCEDENCIA DE LA ACCIÓN DE TUTELA

La acción de tutela no procede en las siguientes circunstancias:

Cuando existan otros recursos o medios de defensa judiciales, salvo que se utilicen como mecanismos transitorios para evitar un perjuicio irremediable.

- Cuando para proteger el derecho se pueda invocar el habeas corpus.
- Cuando se pretenda proteger derechos colectivos, establecidos en el artículo 88 de la Constitución Política, salvo para evitar un perjuicio irremediable.
- Cuando sea evidente que la violación del derecho originó un daño consumado, salvo cuando continúe la acción u omisión violatoria del derecho.
- Cuando se trate de actos de carácter general, impersonal y abstracto.

2.8. LA SENTENCIA DE TUTELA

El fallo de tutela debe emitirse máximo en 10 días hábiles y cumplirse dentro de las cuarenta y ocho horas siguientes; de lo contrario, el juez requerirá al superior del responsable para que lo haga cumplir y abra el correspondiente proceso disciplinario. Si terminado este



tiempo no se cumple lo ordenado, el juez ordenará abrir proceso contra el superior y adoptará directamente todas las medidas para el cabal cumplimiento del mismo. El juez podrá sancionar por desacato al responsable y al superior hasta que cumplan su sentencia.

El fallo puede ser impugnado por el Defensor del Pueblo, el solicitante, el demandado, la autoridad pública o el representante del órgano correspondiente, sin perjuicio de su cumplimiento inmediato, caso en el cual la autoridad competente tendrá un término de 20 días hábiles para proferir la decisión. Los fallos que no sean impugnados serán enviados al día siguiente a la Corte Constitucional para su revisión. Para ello, dicha Corte designará dos de sus magistrados para que seleccionen, sin motivación expresa y según su criterio, las sentencias de tutela para revisar. Cualquier otro magistrado de la Corte, el Procurador General de la Nación o el Defensor del Pueblo podrán solicitar que se revise algún fallo de tutela excluido por estos cuando considere que la revisión puede aclarar el alcance de un derecho o evitar un perjuicio grave.

Posteriormente, la Corte Constitucional designará tres magistrados para conformar la sala que revisa los fallos de tutela. Cuando se realicen cambios a la jurisprudencia, estos deberán ser decididos por la Sala Plena de la Corte.

2.9. PETICIÓN DE INSISTENCIA EN REVISIÓN POR LA DEFENSORÍA DEL PUEBLO ANTE LA CORTE CONSTITUCIONAL¹

Una vez se profiere sentencia en firme dentro de una acción de tutela, el expediente es enviado a la Corte Constitucional para que esta determine si la selecciona o no para revisión, dado que dicha facultad es discrecional, es decir, no es obligatoria y, por ello, no constituye una tercera instancia. Los expedientes que no sean tenidos en cuenta por esa alta corporación pueden ser objeto de insistencia, como ya se dijo, por el Defensor del Pueblo (artículo 33 del Decreto Ley 2591 de 1991) cuando considere que la revisión puede aclarar el alcance de un derecho y/o evitar un perjuicio grave.

La facultad de insistir ante la Corte Constitucional también se encuentra en cabeza de cualquiera de los magistrados de esa alta corporación y del Procurador General de la Nación (artículo 7° del Decreto 262 de 2000).

Para presentar el recurso de insistencia, la Defensoría del Pueblo cuenta con quince (15) días calendario, contados a partir de la comunicación del auto proferido por una de las salas de selección en turno de la Corte Constitucional (artículo 51 del Acuerdo 005 de 1992, Acuerdo emanado de la Sala Plena de la Corte Constitucional). En el auto se relacionan los expedientes de tutela acogidos para revisión y los excluidos, sobre los cuales se ejerce la facultad de insistencia.

¹ Página web www.defensoria.org.co

Cualquier persona que hubiere intervenido en el trámite de una acción de tutela, que haya obrado como agente oficioso o resulte afectada con la decisión proferida, podrá por sí misma o mediante representante o apoderado, solicitar al Defensor del Pueblo que haga uso de la facultad de insistencia

La solicitud ante la Defensoría del Pueblo deberá hacerse por escrito y contener los siguientes requisitos (Resolución defensorial 638 de 2008):

- Los nombres y apellidos completos del peticionario, su representante o apoderado, si fuere del caso, así como su documento de identidad, número telefónico y dirección, con el fin de que se surta cualquier requerimiento, información o notificación.
- La identificación completa y exacta del accionante y del accionado y, en general, de quienes actuaron en el trámite de la tutela.
- La indicación de los despachos judiciales que conocieron de la acción de tutela, tanto en primera como en segunda instancia, si ella tuvo lugar.
- El número de radicación asignado por la Corte Constitucional, el cual es de suma importancia para precisar el momento oportuno para intervenir en la insistencia.
- Un resumen o enunciación clara y precisa de los fundamentos que originan la solicitud.
- La relación de los documentos que se aportan.

La petición de insistencia en revisión deberá presentarse acompañada de los siguientes documentos (Resolución defensorial 638 de 2008):

- Fotocopia de la demanda de tutela.
- Fotocopia del fallo de primera instancia.
- Fotocopia de la impugnación, si la hubo.
- Fotocopia del fallo de segunda instancia, si la hubo.
- Fotocopia de la providencia judicial, en el evento de que la tutela haya sido entablada contra actuaciones judiciales.
- Fotocopia del acto administrativo, en el evento de que la tutela haya sido entablada contra actuaciones administrativas.
- Los demás que el peticionario estime pertinentes.

Para que el caso pueda ser analizado de fondo por la Dirección Nacional de Recursos y Acciones Judiciales, oficina encargada de su estudio en la Defensoría del Pueblo, el expediente deberá reunir todos los requisitos y contar con todos los documentos, cinco (5) días hábiles antes de la fecha de vencimiento para insistir. Si los requisitos no se completan, se entenderá que la misma ha sido desistida y se procederá a archivar el expediente.



La información completa es necesaria para hacer el seguimiento al proceso de selección en la Corte Constitucional y, en el evento de su exclusión, proceder a la evaluación de fondo de la solicitud. De no contar oportunamente con tales documentos, la Defensoría del Pueblo se verá en la obligación de abstenerse de estudiar su petición porque la misma se considerará extemporánea o incompleta.

Cuando no pueda aportar la copia de uno o de los dos fallos debido a que el peticionario reside en lugar distinto a aquel donde se tramitó la acción de tutela, es necesario que informe tal situación y suministre en forma precisa el número de radicación asignado por la Corte Constitucional, para que, en la medida de lo posible, se ubique el expediente en esa alta corporación y se obtenga copia de la documentación faltante.

Ahora bien, es necesario tener en cuenta que la competencia del Defensor del Pueblo en la materia sólo surge a partir del día siguiente en que es comunicado a esta entidad el auto que excluye el respectivo expediente, emitido por la Corte Constitucional, y concluye con la interposición del mencionado recurso dentro del correspondiente término de vencimiento ante esa corporación o con la respuesta negativa al peticionario cuando no es posible insistir.

La respuesta negativa se proferirá dentro de los 15 días hábiles contados a partir del día siguiente a la fecha de vencimiento para insistir. De esta forma, queda agotada la competencia del Defensor del Pueblo en dicha materia. La persistencia o reincidencia de la solicitud de insistencia frente al concepto negativo emitido por la Defensoría no exigirá la reiteración de la respuesta (Corte Constitucional. Sentencia T-121/95).

Cabe anotar que la Defensoría del Pueblo no puede volver a insistir sobre un caso no acogido en insistencia por la Corte Constitucional, debido a que contra los autos proferidos por la Sala de Selección no procede recurso alguno (artículo 52 del Acuerdo 05 de 1992).

En el evento de ser insistido el expediente, el peticionario será informado oportunamente de ello, pero en lo sucesivo deberá dirigirse directamente a la Corte Constitucional con el fin de informarse sobre el trámite que se surta con posterioridad.

La información que pueda necesitar del expediente de tutela, la puede solicitar a la Secretaría de la Corte Constitucional o consultar en su página web.

3. PROTECCIÓN DEL DERECHO A LA SALUD A TRAVÉS DE LA ACCIÓN DE TUTELA

A partir de la Constitución Política de 1991, la Corte Constitucional ha protegido el derecho a la salud por tres vías: la primera ha sido estableciendo su relación de conexidad con el derecho a la vida, el derecho a la integridad personal y el derecho a la dignidad humana. Esta conexión obedeció a la estructura de la Constitución, que divide los derechos en



fundamentales y en derechos económicos, sociales y culturales, motivo por el cual la Corte Constitucional estableció el derecho a la salud como un elemento del derecho a la vida²

En ese momento, la Corte determinó que los derechos fundamentales por conexidad eran aquellos que, no siendo denominados como tales en el texto constitucional, tenían íntima e inescindible relación con otros derechos fundamentales, de forma que, si no eran protegidos en forma inmediata, se ocasionaría la vulneración o amenaza de los derechos considerados como fundamentales. Tal fue el caso de la salud, que pasó a ser fundamental cuando se consideró que su no atención amenazaba la vida del usuario.

La segunda vía por la cual la Corte Constitucional protege el derecho a la salud, es el reconocimiento de su naturaleza fundamental cuando el tutelante es un sujeto de especial protección. De esta manera los niños, madres embarazadas, personas de la tercera edad y discapacitados gozan del derecho a la salud como un derecho fundamental y procede su protección inmediata.

La tercera vía es la afirmación, en general, de la fundamentalidad del derecho a la salud en lo que respecta a un ámbito básico, el cual coincide con los servicios contemplados por la Constitución, el bloque de constitucionalidad, la Ley y los planes obligatorios de salud, con las extensiones necesarias para proteger el derecho a una vida digna.

Hoy en día, la jurisprudencia de la Corte reconoce el derecho a la salud con el carácter de un derecho fundamental autónomo. Sin embargo, ha hecho claridad en que esto no implica que todos los aspectos cobijados por este sean tutelables pues, dado que los derechos no son absolutos, pueden estar restringidos por los criterios de razonabilidad y proporcionalidad fijados por la jurisprudencia.

De esta manera, el derecho fundamental a la salud ha sido definido por la honorable Corte Constitucional como *“la facultad que tiene todo ser humano de mantener la normalidad orgánica funcional, tanto física como en el plano de la operatividad mental, y de restablecerse cuando se presente una perturbación en la estabilidad orgánica y funcional de su ser. Esta concepción responde a la necesidad de abarcar las esferas mentales y corporales de la personas, en consecuencia garantizar al individuo una vida en condiciones dignas, teniendo en cuenta que la salud es un derecho indispensable para el ejercicio de las demás garantías fundamentales.”*

² “El derecho a la salud conforma, en su naturaleza jurídica, un conjunto de elementos que pueden agruparse en dos grandes bloques: el primero, que lo identifica como un predicado inmediato del derecho a la vida, de manera que atentar contra la salud de las personas equivale a atentar contra su propia vida. Por estos aspectos, el derecho a la salud resulta un derecho fundamental. El segundo bloque de elementos, sitúa el derecho a la salud con un carácter asistencial, ubicado en las referencias funcionales del denominado Estado Social de Derecho, en razón de que su reconocimiento impone acciones concretas. La frontera entre el derecho a la salud como fundamental y como asistencial es imprecisa y sobre todo cambiante, según las circunstancias de cada caso, pero en principio, puede afirmarse que el derecho a la salud es fundamental cuando está relacionado con la protección a la vida. Los derechos fundamentales, solo conservan esta naturaleza, en su manifestación primaria, y pueden ser objeto allí del control de tutela”. T-484 de 1992.



Así mismo, es de recordar que la jurisprudencia constitucional ha señalado que el acceso a un servicio de salud, contemplado en los planes obligatorios, es un derecho fundamental autónomo. En tal medida, la negación de los servicios de salud contemplados en el POS es una violación del derecho fundamental a la salud; por tanto, se trata de una prestación claramente exigible y justiciable mediante la acción de tutela. Igualmente, la Corte Constitucional ha señalado que la acción de tutela es el medio judicial idóneo para defender el derecho a la salud.

3.1. SENTENCIA T-760 DE 2008

Esta sentencia fue resultado del estudio realizado por la honorable Corte Constitucional respecto de 21 acciones de tutelas interpuestas por ciudadanos a quienes se les había vulnerado el derecho a la salud, y por una acción interpuesta por la EPS Sanitas en contra del Ministerio de la Protección Social, en ese momento, dirigida a solicitar a las respectivas entidades que clarificaran las reglas de recobro ante el Fosyga, por cuanto el procedimiento existente constituía una barrera al flujo de recursos dentro del sistema de salud.

Esta sentencia marca un hito en el desarrollo y protección del derecho a la salud, ya que establece órdenes dirigidas a las entidades competentes, destinadas a lograr la efectiva protección del referido derecho.

En el análisis que realizó la Corte Constitucional, en el desarrollo de esta sentencia, tuvo en cuenta los estudios de la Defensoría del Pueblo. Así, en el numeral 4.4.3 sobre el acceso a los servicios que se requieran, incluidos y no incluidos dentro de los planes obligatorios, mencionó: “(...) *No obstante, vale señalar que el acceso a dichos servicios incluidos dentro de los planes de salud es en algunos casos una garantía meramente formal, puesto que en la práctica las personas no tienen acceso al servicio y no gozan efectivamente su derecho a la salud. Así lo ha demostrado la Defensoría del Pueblo en sus estudios sobre la cuestión (...)*”.

En el numeral 4.4.4 sobre las reglas para solucionar los conflictos entre el médico tratante y el Comité Técnico Científico, dijo: “(...) *En tal sentido, cuando una EPS niega servicios de salud a una persona que tiene derecho a ellos, porque no realizó un trámite que le corresponde realizar a la propia entidad, irrespetó su derecho a la salud, puesto que crea una barrera para acceder al servicio. Dentro del presente proceso la Defensoría manifestó que este es un obstáculo del cual se quejan frecuentemente los usuarios (...)*”

Así mismo, en el numeral 6 sobre los problemas recurrentes constatados dentro de un patrón de violaciones al derecho a la salud, la Corte mencionó: “(...) *Por esta razón, la adopción de órdenes encaminadas únicamente a resolver los casos concretos es insuficiente ya que, además de que las mismas situaciones se siguen presentando reiteradamente, el número de tutelas para acceder a servicios de salud tiene una sólida tendencia a crecer, como lo muestra el siguiente cuadro basado en un informe adelantado por la Defensoría*

del Pueblo (...)” “(...) Como se puede apreciar, el número de tutelas se cuadruplicó entre 1999 y 2005. También aumentó el porcentaje de tutelas para amparar el derecho a la salud dentro del volumen total de acciones presentadas en dicho periodo. Ningún informe apunta en dirección contraria y según los datos disponibles en la Corte Constitucional las acciones de tutela en el ámbito de la salud siguen siendo las más numerosas (...)”

En el numeral 6.1.1 sobre las medidas para eliminar la incertidumbre acerca del contenido de los planes de beneficios y actualización periódica de los mismos, dijo: “(...) reconociendo la incertidumbre que existe sobre el contenido del Plan Obligatorio de Salud, la Defensoría del Pueblo indicó que dentro de los estudios que ha realizado al respecto de este tema ha recomendado que se proceda a “la revisión, reajuste y adecuación del contenido del Plan Obligatorio de Salud, de tal forma que las actividades, procedimientos y patologías en él incluidas estén tan clara y precisamente delimitados que no den mayor campo a la interpretación por parte de quienes deben proceder a su autorización(...)”

Adicionalmente, en el numeral 6.1.4 sobre medidas para evitar que se rechace o se demore la prestación de los servicios médicos que sí se encuentran incluidos en el POS, la Corte Constitucional hizo referencia a varios estudios elaborados por la Defensoría del Pueblo: “(...) De acuerdo con un estudio elaborado por la Defensoría del Pueblo sobre la tutela y el derecho a la salud periodo 2003-2005 se constató que la mayoría de acciones de tutela se habían interpuesto para reclamar el acceso a servicios de salud que sí se encontraban contemplados dentro del Plan Obligatorio de Salud. En efecto, cerca del 56.4% de las acciones de tutela presentadas en el periodo estudiado, reclamaban un servicio al cual legal y reglamentariamente los usuarios tenían derecho y que, por tanto, debía ser garantizado sin necesidad de demanda alguna. Ahora bien, del 56.4% de solicitudes que sí estaban incluidas en el POS, el 93,4% de los casos no se encontraba sujeto a que se cumplieran semanas mínimas de cotización. Es decir, no existían razones de orden económico para que la prestación del servicio no se autorizara.

Por qué razón las entidades que saben y conocen claramente sus obligaciones se empeñan en no cumplir, es un fenómeno que encuentra explicación en varias razones. Una de ellas, es que las entidades que recobran al Fosyga consideran que esta vía es más expedita o más segura para obtener el recobro (...)”

“(...) Si bien en diferentes oportunidades, tanto en caso de negación como de retraso en el suministro de los contenidos del POS, la Corte ha adoptado medidas, estas han estado dirigidas a resolver los casos concretos. Es claro que el problema persiste y ha venido aumentando ya que cada día más ciudadanos deben acudir a la tutela para acceder a servicios de salud a los que en muchos casos tienen derecho, tal y como lo indica la Defensoría del Pueblo en el informe antes mencionado, “[e]n el año 2005 se interpuso un total de 224.270 tutelas, un 13% más que en el 2004 y un 160% más que en 1999 (...)”.



En el numeral 6.3 sobre las órdenes para proteger el derecho a la información en salud, carta de derechos y carta de desempeño estableció: “(...) *Entre las facetas del derecho a la información que debe ser protegida para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud, se encuentra el derecho a recibir información sobre los derechos y los deberes que, dentro del Sistema de Seguridad Social en Salud, corresponden a cada uno de los actores: usuarios, estado, aseguradores y prestadores. A pesar de su importancia, la Defensoría del Pueblo ha resaltado en el informe sobre la evaluación de las Entidades Promotoras de Salud (Evaluación de los servicios de salud que brindan las Empresas Promotoras de Salud, 2005, índice de satisfacción de usuarios) que uno de los indicadores más bajos en la prestación de los servicios de salud es el de información a los usuarios sobre derechos y deberes. Entre otros, la entidad señaló que en “información sobre servicios y derechos, cerca del 50% de las EPS tuvieron puntaje deficientes, siendo el componente de invitaciones de promoción el más bajo. (...)”*. Así mismo, en el numeral 6.3.1.5 dijo: “(...) *Para fortalecer este aspecto del derecho a la información la Defensoría del Pueblo realizó la Evaluación de los servicios de salud que brindan las Empresas Promotoras de Salud, 2005, índice de satisfacción de usuarios, que también había sido presentada en el 2003 (...)*”

El propósito de la Corte Constitucional con esta sentencia fue doble. Por un lado, tener una muestra lo más comprensiva posible del tipo de problemas que han llevado a los tutelantes a acudir a la justicia constitucional para obtener la satisfacción de sus derechos. En este sentido, los magistrados identificaron que los problemas iban desde el acceso efectivo al sistema de salud hasta la financiación de los servicios médicos no POS.

Por otro lado, la Corte estableció que la acumulación de los procesos le permitía analizar diferentes facetas del derecho a la salud y valorar sus implicaciones, siempre con la finalidad de garantizar el goce universal, equitativo y efectivo de este derecho. Esto se reflejó en apartes de la sentencia, donde se mencionaron características constitucionales del derecho a la salud y se hizo una recopilación de algunas de las reglas constitucionales pertinentes; en especial, de normas que tenían que ver con el derecho al acceso a los servicios en salud.

3.1.1. Estructura de la sentencia.

La Corte Constitucional estructuró su decisión, planteando los problemas jurídicos para analizarlos y proceder a resolverlos, de la siguiente forma:

Primero, reiteró que el derecho a la salud es un derecho fundamental, así fuera considerado usualmente por la doctrina como un derecho social y prestacional; en este sentido, estudió la noción de salud, el bloque de constitucionalidad y los límites del derecho a la salud.

Segundo, analizó las características de este derecho fundamental, el cual debe ser prestado de manera oportuna, eficaz y con calidad, y consideró que la primera condición para garantizar este derecho a todas las personas que habitan en el país y darle cumplimiento al

artículo 49 constitucional es precisamente que existan personas e instituciones que presten los servicios de salud, los cuales deben estar encaminados a garantizar la prestación del servicio en condiciones de universalidad, eficiencia, solidaridad y equidad de modo que se permita el goce efectivo del derecho a la salud. Además, señalaron que cuando la persona se afilia, lo hace al Sistema General de Seguridad Social de Salud y no a una de las entidades integrantes del mismo. Por lo tanto, las entidades encargadas de la prestación de los servicios no pueden crear trámites irrazonables que impidan a la población acceder en condiciones de igualdad al sistema y a la prestación de sus servicios.

La Corte Constitucional también determinó que el conocimiento de la información adecuada y necesaria para acceder a los servicios de salud con libertad y autonomía, el concepto del médico como principal criterio, el derecho a acceder a los servicios requeridos estén o no en el POS, las reglas para resolver los conflictos entre el médico tratante y el Comité Técnico Científico (CTC), la prestación de servicios integrales (transporte y alojamiento), la no realización de trámites administrativos por el usuario y el principio de continuidad son factores que garantizan una prestación oportuna, efectiva y de calidad de los servicios de salud.

Así mismo, estableció las pautas para el acceso a los servicios en relación con los sujetos que gozan de especial protección constitucional, trató el tema de los pagos en el sistema, sin que se conviertan en barrera de acceso, y mencionó la financiación de los servicios no POS.

Como tercer punto, la Corte, dentro de la sentencia, analizó las implicaciones que tiene la fundamentalidad del derecho a la salud frente a las fallas de regulación constatadas e impartió las órdenes correspondientes para que las autoridades competentes adoptaran las medidas necesarias para superar el déficit de protección.

Por último, la Corte hizo un resumen de las decisiones adoptadas y determinó la reducción de la presentación de acciones de tutela para acceder a los servicios de salud como indicador del cumplimiento de la sentencia.

3.1.2. Principales criterios adoptados en esta sentencia.

A continuación se enunciarán los principales criterios adoptados por la honorable Corte Constitucional:

3.1.2.1. Acceso a servicios.

Al respecto, la Corte Constitucional estableció que toda persona tiene derecho a que la entidad encargada de garantizarle la prestación de los servicios de salud autorice el acceso a los servicios, incluidos en el POS y no incluidos, si se requieren con necesidad. Además, el acceso debe ser oportuno, de calidad y eficiente. Dentro de los mínimos servicios de salud a los que una persona tiene derecho constitucional a acceder, la Corte determinó los siguientes:



3.1.1.2.1.1. El derecho a acceder a los servicios que se ‘requieran’.

Toda persona tiene el derecho constitucional a que se le garantice el acceso efectivo a los servicios que requiera, esto es, a los servicios indispensables para conservar su salud, cuando se encuentren comprometidos gravemente su vida, su integridad personal o su dignidad. El orden constitucional vigente garantiza a toda persona, por lo menos, el acceso a los servicios de salud de los cuales depende su mínimo vital y su dignidad como persona. En el caso, por ejemplo, de un empleador que no paga los aportes en salud de uno de sus empleados, no exime a la EPS de garantizar la prestación de los servicios que requiere el usuario, sino que autoriza a dicha entidad a repetir contra el empleador, por el costo de los servicios que no le corresponda asumir.

Es de anotar que, a partir de la Ley 1122 de 2007, garantizar la prestación de los servicios de salud que la persona requiera es responsabilidad de las EPS, tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado.

3.1.1.2.1.2. Acceso a los servicios que se requieran, incluidos y no incluidos dentro de los planes obligatorios.

Una persona inscrita en el régimen de salud contributivo o subsidiado tiene derecho a reclamar mediante acción de tutela la prestación de un servicio de salud cuando este está contemplado en el Plan Obligatorio de Salud (POS o POSS), fue ordenado por su médico tratante (adscrito a la entidad prestadora del servicio de salud correspondiente), es necesario para conservar su salud, su vida, su dignidad, su integridad, o algún otro derecho fundamental, y fue solicitado previamente a la entidad encargada de prestarle el servicio de salud, la cual o se ha negado o se ha demorado injustificadamente.

En otras palabras, toda persona tiene derecho a acceder a los servicios que requiera, contemplados dentro del plan de servicios del régimen que la protege. Por ello, en virtud de los principios de universalidad y equidad, surge la obligación de unificar los planes de servicios de salud del régimen contributivo y subsidiado, como deber constitucional de garantizar a toda persona el acceso a los servicios referidos. Es de anotar que al término de este documento, a partir del primero de julio de 2012, se unificaron los planes obligatorios de salud de los dos regímenes.

En conclusión, toda persona tiene derecho a que exista un sistema que le permita acceder a los servicios de salud que requiera. Esto, sin importar si los mismos se encuentran o no en un plan de salud, o si la entidad responsable tiene o no los mecanismos para prestar ella misma el servicio requerido. En el caso de los servicios de salud que se requieren y estén por fuera del plan de servicios, el usuario puede acceder a ellos a través de la solicitud que realice el médico tratante al Comité Técnico Científico, o a través de la acción de tutela.

3.1.1.2.1.3. El transporte y la estadía como medio para acceder a un servicio.

Si bien el transporte y hospedaje del paciente no son servicios médicos, en ciertos eventos el acceso al servicio de salud depende de que al paciente le sean financiados los gastos de desplazamiento y estadía en el lugar donde se le pueda prestar atención médica.

La jurisprudencia constitucional ha reconocido el derecho al transporte necesario para acceder al servicio de salud requerido, e incluso a la manutención, cuando el desplazamiento es a un domicilio diferente al de la residencia del paciente, siempre y cuando este carezca de la capacidad económica para asumir tales costos.

Este derecho también incluye la garantía de brindar los medios de transporte y traslado a un acompañante, cuando es necesario. Al respecto, la jurisprudencia ha determinado que procede cuando el paciente sea totalmente dependiente de un tercero para su desplazamiento, requiera atención permanente, para garantizar su integridad física y el ejercicio adecuado de sus labores cotidianas y ni él ni su núcleo familiar cuenten con los recursos suficientes para financiar el traslado.

Valga señalar que la garantía del derecho al transporte y al alojamiento fue incluida en el Acuerdo 29 de 2011, el cual actualizó el plan de beneficios.

3.1.2.2. Protección especial a niños y niñas.

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

La fundamentalidad del derecho a la salud de los niños ha llevado a la Corte Constitucional a protegerlos incluso para evitar que contraigan enfermedades. Tal es el caso del acceso a vacunas para prevenir el contagio de enfermedades cuando puedan afectar significativamente su salud y exista el riesgo. Igualmente, se les han garantizado aspectos básicos del derecho a la salud, como el que se actualice la orden del médico tratante cuando su desarrollo físico puede conllevar modificaciones al tratamiento, o el derecho al diagnóstico.

Se les protege también de los abusos en los que puedan incurrir las EPS o las IPS, como por ejemplo, impedirle a un menor salir de un establecimiento de salud hasta tanto alguien no haya firmado un título valor equivalente al costo del servicio, especialmente si el menor se encuentra en situación de indefensión y vulnerabilidad. También se ha tutelado el derecho fundamental a la salud de un menor para que no se le cobren pagos moderadores cuando estos constituyen barreras al acceso de un servicio de salud.



Igualmente se extiende, entre los menores, a los bebés recién nacidos, considerando, por ejemplo, que una EPS viola los derechos de un menor al condicionar la atención médica a periodos mínimos de tiempo, en especial si se trata de servicios de salud que están incluidos dentro del Plan Obligatorio de Salud. También reciben una especial protección si concurren dos condiciones de vulnerabilidad, como por ejemplo con los menores en condición de discapacidad.

3.1.2.3 Concepto del médico adscrito y externo.

La jurisprudencia constitucional ha considerado que el criterio del médico relevante es el de aquel que se encuentra adscrito a la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio, por lo que, en principio, el amparo suele ser negado cuando se invoca la tutela sin contar con tal concepto.

No obstante, el concepto de un médico que trata a una persona puede llegar a obligar a una entidad de salud a la cual no se encuentre adscrito, si la entidad tiene noticia de dicha opinión médica, y no la descartó con base en información científica, teniendo la historia clínica particular de la persona, bien sea porque se la valoró inadecuadamente o porque ni siquiera ha sido sometida a consideración de los especialistas que sí están adscritos a la entidad de salud en cuestión. En tales casos, el concepto médico externo vincula a la EPS, obligándola a confirmarlo, descartarlo o modificarlo, con base en consideraciones de carácter técnico, adoptadas en el contexto del caso concreto.

En resumen, la jurisprudencia constitucional ha valorado especialmente el concepto de un médico no adscrito a la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio, cuando este se produce en razón de la ausencia de valoración médica por los profesionales correspondientes, sea cual fuere la razón que dio lugar a la mala prestación del servicio. También ha indicado que la orden médica obliga a la entidad si en el pasado ha valorado y aceptado sus conceptos como 'médico tratante', incluso cuando se trate de entidades de salud prepagadas, regidas por contratos privados.

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

La Corte Constitucional ha determinado que, mientras no se establezca un procedimiento expedito para resolver con base en criterios claros los conflictos entre el médico tratante y el Comité Técnico Científico de una EPS, la decisión del médico tratante, por considerarla necesaria para salvaguardar los derechos de un paciente, prevalece y debe ser respetada, salvo que el Comité Técnico Científico, basado en conceptos médicos de especialistas en el campo en cuestión y tras un conocimiento completo y suficiente del caso específico bajo discusión, considere lo contrario. Según nuestra regulación, es al médico tratante a quien le corresponde solicitar al Comité Técnico Científico la autorización de los servicios de salud

no incluidos dentro del plan obligatorio de salud respectivo. Las EPS no pueden imponer como requisito de acceso a un servicio de salud el cumplimiento de cargas administrativas propias de la entidad.

Sin embargo, la Corte Constitucional también ha establecido que el derecho a la salud no es ilimitado, por lo que el Comité Técnico Científico no está obligado a autorizar de manera automática cada solicitud del médico tratante. De tal forma, si la solicitud alude a un tratamiento estético, a un asunto dental o a otro de aquellos que la Corte ha admitido que están razonablemente excluidos del POS, el correspondiente Comité Técnico Científico podrá invocar la jurisprudencia constitucional para negar la solicitud y el juez de tutela habrá de hacer lo propio, respetando los precedentes constitucionales.

3.1.2.5. Acceso al diagnóstico.

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

3.1.2.6. La prestación de los servicios debe ser oportuna, eficiente y de calidad. Principio de integralidad.

El principio de integralidad ha sido postulado por la Corte Constitucional ante situaciones en las cuales los servicios de salud requeridos son fraccionados o separados, de tal forma que al interesado la entidad responsable solo le autoriza una parte de lo que debería recibir para recuperar su salud y lo obliga a costearse por sí mismo la otra parte del servicio médico requerido. Esta situación de fraccionamiento del servicio tiene diversas manifestaciones en razón del interés de la entidad responsable en eludir un costo que, a su juicio, no le corresponde asumir.

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

En lo que se refiere a garantizar el acceso efectivo al servicio de salud requerido por una persona, puede entonces decirse que las entidades e instituciones de salud son solidarias entre sí, sin perjuicio de las reglas que indiquen quién debe asumir el costo y sin perjuicio



del reconocimiento de los costos adicionales en que haya incurrido la entidad que garantizó la prestación del servicio de salud pese a no corresponderle.

Es importante anotar que el principio de integralidad no significa que el interesado pueda pedir que se le suministren todos los servicios de salud que desee o estime aconsejables. Es el médico tratante, adscrito a la correspondiente EPS, el que determina lo que el paciente requiere.

3.1.2.7. El principio de continuidad: el acceso a un servicio de salud debe ser continuo y no puede ser interrumpido súbitamente.

Comprende todo cuidado, suministro de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, prácticas de rehabilitación, exámenes de diagnóstico y seguimiento de los tratamientos iniciados así como todo otro componente que los médicos valoren como necesario para el restablecimiento de la salud. Se garantiza que el servicio de salud no sea interrumpido súbitamente antes de la recuperación o estabilización del paciente.

La Corte ha afirmado que los servicios de salud que se deban continuar prestando pueden estar o no incluidos en los planes obligatorios (POS y POSS). Para la Corte, si tales servicios se encuentran fuera del plan venían siendo prestados por la entidad accionada y son necesarios para tratar o diagnosticar una patología grave que padece, será la entidad accionada la encargada de continuar con su suministro, con cargo a los recursos del Fosyga, hasta tanto otra entidad prestadora de servicios de salud asuma de manera efectiva la prestación de los servicios requeridos. Una vez suministrado el servicio médico excluido del plan, la entidad respectiva tendrá derecho a repetir contra este fondo. Pero si los servicios requeridos se encuentran dentro del plan (POS o POSS), venían siendo prestados por la entidad accionada y fueron ordenados por su médico tratante, entonces será la entidad accionada la encargada de continuar con su suministro, con cargo a sus propios recursos.

3.1.2.8. Información en salud.

Las entidades del sistema de salud tienen la obligación de brindar a las personas la información que sea necesaria para poder acceder a los servicios que requieran, con libertad y autonomía, permitiendo que la persona elija la opción que considere le garantiza su derecho. Este derecho se manifiesta a través de obligaciones de diferente tipo:

- El derecho a la garantía de que el consentimiento para los procedimientos médicos sea informado.
- El derecho de recibir información y acompañamiento para obtener los servicios de salud requeridos y que se encuentran fuera del plan de beneficios.
- El derecho a recibir información sobre los derechos y los deberes que, dentro del Sistema de Seguridad Social en Salud, corresponden a cada uno de los actores: Usuarios, Estado, aseguradores y prestadores.

- El derecho a la información no sólo debe ser garantizado a las personas cuando hacen parte del sistema de salud, sino desde antes de que ingresen a él. La información debe servirle a las personas para que puedan elegir de manera informada la EPS y la IPS que desean que les preste los servicios, en función de sus necesidades, además de que una vez dentro del sistema, el ejercicio de los derechos sea pleno.
- Las EPS, en el contexto del régimen subsidiado, tienen la obligación de brindar la información y el acompañamiento necesarios a las personas, incluso cuando se trata de servicios de salud que estas requieran y la entidad no esté obligada a garantizar. En este régimen, la jurisprudencia ha indicado que las EPS subsidiadas deben, en el caso de un menor o de un sujeto de especial protección constitucional, garantizar directamente la prestación del servicio, lo que supone un deber de acompañamiento e información, que consiste en informar e indicar a las personas cómo acceder efectivamente, al tratamiento requerido, y el deber de acompañarlo en el trámite para reclamar dicho servicio.

3.1.2.9. Prohibición de trasladar a los usuarios cargas administrativas y burocráticas que les corresponde asumir a la EPS.

Toda persona tiene derecho a acceder a los servicios de salud sin que las EPS puedan imponer como requisito de acceso a un servicio el cumplimiento de cargas administrativas propias de la entidad. En especial, toda persona tiene derecho a que su EPS autorice y tramite internamente los servicios de salud ordenados por su médico tratante, quien tiene la responsabilidad de presentar la solicitud de servicios No Pos al Comité Técnico Científico.

Es de anotar que, aunque el acceso a servicios médicos requiere en ocasiones la superación de determinados trámites administrativos, lo cual es razonable, estos no deben demorar excesivamente el acceso al servicio y no deben imponer al interesado una carga que no le corresponde asumir.

3.1.2.10. Protección a las enfermedades catastróficas y de alto costo.

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

3.1.2.11. Libertad de elección de EPS.

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

La libertad de escogencia permite a las personas desvincularse de aquellas entidades que no garantizan adecuadamente el goce efectivo de su derecho a la salud, a la vez que le permiten afiliarse a aquellas que demuestren que están prestando los servicios con idoneidad,



oportunidad y calidad. Sin embargo, para que la libertad de escogencia de las entidades de salud por parte de las personas tenga el efecto de promover las buenas entidades y desincentivar a las malas, es preciso que la información sobre las mismas exista y pueda ser conocida por las personas en el momento de escoger la entidad en cuestión.

3.1.2.12. Acceso sin obstáculos por pagos.

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

Los pagos moderadores pueden ser de dos tipos: aquellos dirigidos a racionalizar los servicios (pagos moderadores) y aquellos dirigidos a complementar la financiación de los servicios prestados (copagos). La normatividad indica que los montos de los pagos moderadores deberán definirse teniendo en cuenta el ingreso base de cotización del afiliado cotizante, advirtiendo que si existe más de un cotizante por núcleo familiar, el cálculo se hará con base en el menor ingreso declarado. Adicionalmente, establece que los pagos moderadores (tanto las cuotas moderadoras como los copagos) deben aplicarse de acuerdo con los principios de equidad, información al usuario, aplicación general (de no discriminación), y de no simultaneidad.

Es de anotar que en ningún caso podrá exigirse el pago anticipado de la cuota moderadora como condición para la atención en los servicios de urgencias, y si el usuario está inscrito o se somete a las prescripciones regulares de un programa especial de atención integral para patologías específicas, en el cual dicho usuario debe seguir un plan rutinario de actividades de control, no habrá lugar a cobro de cuotas moderadoras en dichos servicios.

Respecto de los beneficiarios del régimen subsidiado, la normatividad establece que contribuirán a financiar el valor de los servicios de salud que reciban, a través de copagos establecidos según los niveles o categorías fijadas por el Sisbén. Además advierte, primero, que no habrá lugar a copagos en los casos de: indigencia debidamente verificada, comunidades indígenas, población infantil abandonada, en condición de desplazamiento, desmovilizada, personas de la tercera edad, población rural migratoria o ROM y afiliados en nivel 1 del Sisbén. En cuanto a los afiliados a nivel 2 del Sisbén, sólo deberán pagar el 10% del valor de la cuenta, sin que el cobro por un mismo evento exceda de la mitad de un salario mínimo legal mensual vigente.

Igualmente, cuando los servicios están sometidos al pago de cuotas de recuperación y la persona no puede asumir el costo, es obligación del ente territorial respectivo garantizar el acceso al servicio requerido, asumiendo la totalidad del costo del mismo.

Por otra parte, es importante resaltar que la jurisprudencia constitucional ha determinado dos casos para eximir a las personas del pago de cuotas moderadoras: cuando la persona que necesita con urgencia un servicio médico carece de la capacidad económica para asumir el valor de la cuota moderadora, la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio de salud deberá asegurar el acceso del paciente a este, asumiendo el 100% del valor. Sin embargo, cuando una persona requiere un servicio médico y tiene la capacidad económica para asumirlo, pero tiene problemas para hacer la erogación correspondiente antes de que este sea prestado, la entidad encargada de la prestación, exigiendo garantías adecuadas, deberá brindar oportunidades y formas de pago de la cuota moderadora sin que su falta de pago pueda convertirse de forma alguna en obstáculo para acceder a la prestación del servicio.

Así mismo, la Corte Constitucional ha establecido reglas probatorias para establecer la capacidad económica:

- No existe una tarifa legal en materia probatoria respecto de la prueba de la incapacidad económica del accionante.
- El accionante dispone de completa libertad para utilizar medios probatorios que estén a su alcance, con el fin de demostrar que no tiene los medios económicos suficientes para pagar el valor que se le exige para acceder a un servicio médico determinado.
- La carga probatoria de la incapacidad económica se invierte en cabeza de la EPS demandada, cuando en el proceso solamente obre, como prueba al respecto, la afirmación que en este sentido haya formulado el accionante en el texto de demanda o en la ampliación de los hechos.
- En la medida en que las EPS tienen en sus archivos información referente a la situación socioeconómica de sus afiliados, estas entidades están en la capacidad de controvertir las afirmaciones formuladas por los accionantes sobre su incapacidad económica. Por tal razón, su inactividad al respecto hace que las afirmaciones presentadas por el accionante se tengan como prueba suficiente.
- Los jueces de tutela tienen el deber de decretar pruebas mediante las cuales se pueda comprobar la incapacidad económica alegada por el accionante. Su inactividad al respecto, no puede conducir a que las afirmaciones del accionante, al respecto, sean tenidas como falsas y se niegue por tal razón la protección de los derechos fundamentales solicitada.
- Ante la ausencia de otros medios probatorios, hechos como el desempleo, la afiliación al sistema de seguridad social en salud en calidad de beneficiario y no de cotizante, pertenecer al grupo poblacional de la tercera edad y tener ingresos mensuales equivalentes a un salario mínimo legal mensual, pueden ser tenidos en cuenta como prueba suficiente de la incapacidad económica del accionante, siempre y cuando tal condición no haya sido controvertida por el demandado.



Por último, es de anotar que una entidad encargada de garantizar la prestación de un servicio de salud que requiere una persona, o encargada de prestarlo, no puede coaccionar a una persona, obligándola a suscribir algún tipo de documento legal para respaldar el pago como condición para acceder al servicio de salud, en especial cuando este se requiere con necesidad.

3.1.2.13. Allanamiento a la mora.

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

En estos casos, la jurisprudencia constitucional, por ejemplo, ha señalado que la acción de tutela es procedente, de manera excepcional, para reclamar el pago de incapacidades laborales, por la importancia que estas prestaciones revisten para la garantía de los derechos fundamentales del trabajador al mínimo vital, a la salud y a la dignidad humana.

3.1.3. Seguimiento a la sentencia por parte de la Defensoría del Pueblo.

De conformidad a las órdenes impartidas en la sentencia T-760 de 2008 la Defensoría del Pueblo realiza el seguimiento a determinadas órdenes, de las cuales, a continuación, se hace un breve resumen:

Orden Décimo octava.- “Ordenar a la Comisión de Regulación en Salud la actualización de los Planes Obligatorios de Salud por lo menos una vez al año, con base en los criterios establecidos en la ley. La Comisión presentará un informe anual a la Defensoría del Pueblo y a la Procuraduría General de la Nación indicando, para el respectivo periodo, (i) qué se incluyó, (ii) qué no se incluyó de lo solicitado por la comunidad médica y los usuarios, (iii) cuáles servicios fueron agregados o suprimidos de los planes de beneficios, indicando las razones específicas sobre cada servicio o enfermedad, y (iv) la justificación de la decisión en cada caso, con las razones médicas, de salud pública y de sostenibilidad financiera.(...)”.

La actualización de los Planes Obligatorios de Salud (POS) se inició en el año 2009 con la expedición del Acuerdo 003 por parte de la Comisión de Regulación en Salud (CRES), a través del cual se aclaraba y actualizaba integralmente los planes obligatorios de salud de los regímenes contributivo y subsidiado. Con dicho acuerdo, la CRES manifestó la inclusión en el POS de 543 procedimientos basados en una clasificación por demanda de servicios, con participación de las sociedades científicas y grupos profesionales en salud, e indicó que esta decisión conservaba el equilibrio financiero del SGSSS. Igualmente, mencionó los procedimientos que fueron solicitados por las sociedades científicas, los cuales no



quedaron incluidos, según la CRES, porque requerían soportes clínicos, económicos y actuariales. Dicho acuerdo entraría en vigencia en el mes de enero de 2010, cinco meses después de su expedición con el único fin de que las partes interesadas revisaran el contenido y sus alcances y se pronunciaran mediante inquietudes, peticiones o solicitudes debidamente fundamentadas respecto a las inclusiones o exclusiones. La CRES también realizó un ejercicio de participación ciudadana, en el cual se recibieron 3.471 respuestas sobre un formulario prediseñado. Luego de haber recibido las inquietudes, recomendaciones y solicitudes de las partes interesadas en el Acuerdo 03, la CRES decidió derogarlo, expidiendo el Acuerdo 08 del 29 de diciembre de 2009.

Este último acuerdo aclaró y actualizó los contenidos de los planes obligatorios de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, e incorporó el concepto de integralidad como principio y enfoque de los Planes Obligatorios de Salud. En materia de cobertura de insumos, el acuerdo en mención indicaba que las EPS debían garantizarlos, así como los suministros y materiales, sin excepción, para todas y cada una de las actividades, procedimientos e intervenciones cubiertas en el acuerdo, salvo excepción expresa de la misma norma. Por consiguiente, al pasar del POS establecido en la Resolución 5261 de 1994 al Acuerdo 08 de la CRES, se consideraban incluidos más de 300 procedimientos, la mayoría por efecto de cambio de nomenclatura de Mapipos a CUPS (Manual de Actividades, Procedimientos e Intervenciones del POS a Código Único de Procedimientos en Salud), el cual presenta mayor detalle. Este cambio permitiría una mayor precisión en los contenidos, en concordancia con lo solicitado por la Defensoría del Pueblo en diversos estudios donde se pedía que en los contenidos del POS se estableciera taxativamente qué se incluía y qué no, tal y como aparecía en los tarifarios del extinto Seguro Social.

Posteriormente, en el año 2011 con el acuerdo 21 del 15 de febrero, se ampliaron unas concentraciones de algunos medicamentos incluidos en el acuerdo 08 de 2009 y con el Acuerdo 25 del 24 de mayo, fueron incluidos los medicamentos clopidogrel y alendronato, de tres presentados en consulta ciudadana, los cuales salieron de una lista de doce (12) propuestos por la CRES con base en un estudio realizado por la Universidad Nacional de Colombia.

En el mismo año, la CRES expidió el Acuerdo 28 del 30 de noviembre, donde define, aclara y actualiza el Plan Obligatorio de Salud, con vigencia a partir del 01 de enero de 2012. Sin embargo, debido a las múltiples solicitudes de modificaciones, aclaraciones y/o adiciones, la CRES decide derogarlo y para el efecto expide el Acuerdo 29 del 28 de diciembre de 2011, aplicable a partir del 01 de enero de 2012. Con dicho acuerdo, la CRES realizó los siguientes cambios: incluyó 44 procedimientos para ambos regímenes, 11 procedimientos en los cuales se aumentan la cobertura para ambos regímenes, 7 procedimientos incluidos para la población afiliada al Régimen Subsidiado sin unificación, 114 medicamentos incluidos



para ambos regímenes, 14 medicamentos en los cuales se incluyen otras concentraciones y formas farmacéuticas, 6 inclusiones para ambos regímenes respecto de complementos nutricionales y dispositivos, 2 correcciones por duplicidad, y suprimió 66 medicamentos.

Orden décimo novena.- “Ordenar al Ministerio de la Protección Social que adopte medidas para garantizar que todas las Entidades Promotoras de Salud habilitadas en el país envíen a la Comisión de Regulación en Salud, a la Superintendencia Nacional de Salud y a la Defensoría del Pueblo, un informe trimestral en el que se indique: (i) los servicios médicos ordenados por el médico tratante a sus usuarios que sean negados por la Entidad Promotora de Salud y que no sean tramitados por el Comité Técnico Científico, (ii) los servicios médicos ordenados por el médico tratante a sus usuarios que sean negados por el Comité Técnico Científico de cada entidad; (iii) indicando en cada caso las razones de la negativa, y, en el primero, indicando además las razones por las cuáles no fue objeto de decisión por el Comité Técnico Científico.(...)”.

Esta es una de las órdenes que, en concepto de la Defensoría del Pueblo, no ha tenido ningún avance, pese al esfuerzo adelantado por la honorable Corte Constitucional para que se cumpla.

En el año 2009 la Defensoría del Pueblo, previo requerimiento tanto telefónico como por email, logró que algunas entidades de aseguramiento enviaran la información respectiva (faltaron 20). Tras el análisis de la misma, la entidad encontró que durante el último trimestre del 2008, el total de negaciones ascendía a 129.124. También halló que de este total 10.339 correspondían al régimen contributivo, de las cuales el 69,5% eran negaciones realizadas por el CTC. Coomeva, Salud Total y Compensar encabezaban el listado, con 1.936, 1.774 y 1.273 , respectivamente. En cuanto a las negaciones en el régimen subsidiado, le correspondieron 118.785, y las EPS que más negaban eran Comfamiliar Huila (30.297), Comfamiliar Cartagena (19.684) y Comparta (13.382). Así mismo, la Defensoría encontró que muchas de las negaciones estaban fundamentadas en la Resolución 3099 de 2008, por la cual le sugirió al ministerio que la ajustara a lo ordenado por la honorable Corte Constitucional respecto de la garantía de acceso a los servicios en salud, ya que las dos modificaciones realizadas a dicha resolución sólo se referían al tema de recobros.

En el año 2009, debido a que las EPS no enviaban la información respectiva, la Corte Constitucional requirió al Ministerio de la Protección Social para que tomara las medidas necesarias con el fin de que la orden se cumpliera. Como resultado de dicho requerimiento, dicha entidad expidió la Resolución 3173 de 2009, la cual le ordenaba a las entidades de aseguramiento enviarles directamente la información sobre negaciones.

En el año 2010, la Defensoría del Pueblo, analizando la primera información enviada por el Ministerio de la Protección Social, la cual comprendía el informe de negaciones de enero a octubre de 2009, concluyó que los datos allegados no permitían determinar el



total de negaciones, ya que más de la tercera parte de las entidades de aseguramiento no reportaron información a dicho ministerio, de modo que no se mostraba la realidad de las negaciones. Así mismo, la Defensoría del Pueblo estableció que la Resolución 3173 de 2009 había generado diversas interpretaciones entre las aseguradoras en cuanto al envío de la información; por ejemplo, en algunos archivos, las variables estaban corridas, en otros, las EPS no informaban los motivos cuando debían hacerlo e informaban cuando no debían hacerlo, el nombre de los archivos no permitía diferenciar el régimen al que pertenecía la EPS (cuando esta prestaba sus servicios en ambos) y, para completar, otras EPS manifestaron su imposibilidad de subir la información al sistema que el ministerio determinó a través de su página web.

En definitiva, al comparar la información enviada por el Ministerio de la Protección Social (56.204 negaciones en el periodo de enero a octubre de 2009) y la suministrada a esta entidad por algunas EPS (98.297 negaciones sólo en el primer trimestre del 2009) no concordaba el número de negaciones y era mayor el de las segundas, por lo que se presumía que faltaban mecanismos de verificación de la información.

En el año 2011, debido a los problemas presentados con la Resolución 3173 de 2009, el Ministerio de la Protección Social decidió derogarla y expidió la Resolución N° 163, sin que se evidenciara ningún progreso, toda vez que la información continuaba llegando incompleta o simplemente no llegaba, lo cual impedía realizar los análisis respectivos. En el mismo año, previo requerimientos realizados por esta entidad, el Ministerio de la Protección Social envió un informe de cumplimiento de la orden. Del informe, la Defensoría del Pueblo nuevamente concluyó que dicha entidad no había tomado las medidas necesarias para adoptar un mecanismo que le permitiera cumplir lo ordenado por la Corte Constitucional en cuanto a medir la negación de los servicios en salud y tampoco tenía control de la poca información que le llegaba.

Por lo anterior, la Defensoría concluyó que la información enviada por las EPS primero al ministerio y luego a esta entidad, no era clara ni suficiente para cumplir con la finalidad de la orden 19, por lo que era imperioso que el Ministerio de Salud y Protección Social tomara las medidas necesarias para que la información que emitieran las entidades obligadas, cumpliera con los parámetros establecidos en la sentencia T- 760 de 2008, y fuese enviada a todas las entidades que la orden estableció, para que se garantizara un adecuado control a las negaciones.

En el año 2012 nuevamente se requirió al Ministerio de Salud y Protección Social, solicitando información sobre el cumplimiento de esta orden con corte a 31 de diciembre de 2011, e indicando la forma como estaban verificando la información sobre negaciones que les llegaba por parte de las entidades de aseguramiento, así como los archivos de negaciones de las EPS correspondientes al periodo de enero a diciembre de 2011, conforme a lo estipulado en la Resolución 163 de 2011 y que hubiese surtido el proceso de verificación.



Dado el incumplimiento de las EPS del envío de la información sobre negaciones, el Ministerio de Salud y de Protección Social, expidió la Resolución 744 del 9 de abril de 2012, que derogó las resoluciones anteriores.

Orden Vigésima.- “Ordenar al Ministerio de la Protección Social y a la Superintendencia Nacional de Salud que adopten las medidas para identificar las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios que con mayor frecuencia se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud incluidos en el POS o que se requieran con necesidad. Con este fin, el Ministerio y la Superintendencia deberán informar a la Defensoría del Pueblo, a la Procuraduría General de la Nación y a la Corte Constitucional (i) cuáles son las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios que con mayor frecuencia incurren en prácticas violatorias del derecho a la salud de las personas; (ii) cuáles son las medidas concretas y específicas con relación a estas entidades que se adoptaron en el pasado y las que se adelantan actualmente, en caso de haberlas adoptado; y (iii) cuáles son las medidas concretas y específicas que se han tomado para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud, de las personas que se encuentran afiliadas a las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios identificadas. (...)”.

Esta orden, en concepto de la Defensoría del Pueblo, no se ha cumplido pese a los esfuerzos realizados por la honorable Corte Constitucional para su ejecución. A continuación enunciamos los motivos que llevaron a esta entidad a dicha conclusión:

En el año 2009, previo requerimientos, de la Defensoría del Pueblo tanto el Ministerio de la Protección Social como la Superintendencia Nacional de Salud enviaron informes. En cuanto al primer punto de la orden, el ministerio informó que había utilizado como metodología para medir las negaciones POS la información de los recobros que las Empresas Promotoras de Salud (EPS) realizaban, basados en las sentencias de tutela y su posterior auditoría. Ello se traducía en que las prestaciones negadas hacían incurrir a los usuarios en la reclamación de los servicios POS por vía de la tutela. Al respecto, la Defensoría consideró que el mecanismo utilizado por el ministerio no era el adecuado, pues no todas las negaciones se reflejaban en tutela, por ello, no todas quedarían registradas y muchas se reducían a gastos de bolsillo por parte de los usuarios, lo que impedía realizar una debida cuantificación. Por tal motivo, esta entidad le recomendó al Ministerio diseñar mecanismos de medición más efectivos que respondieran al requerimiento de la sentencia.

Por su parte, la Superintendencia indicó que su respuesta se basaba en la información rendida por la oficina jurídica, concluyendo que se habían presentado 707 casos de negaciones, siendo el ISS (10,61%), Coomeva (8,63%), Saludcoop (7,50%), Famisanar (6,93%) y Solsalud (5,94%) las entidades de aseguramiento que más negaban servicios POS. En cuanto a las IPS, mencionó que había sancionado, por negaciones, a: ESE Hospital



San Diego de Cereté, ESE Alejandro Próspero Reverend, Fundación Cardiovascular de Colombia, Hospital Bosa II nivel y Hospital Universitario San Ignacio.

En cuanto al segundo punto de la orden, el ministerio informó que estaba realizando auditoría a los recobros, lo que le había permitido glosar esas cuentas, y que remitía a la Supersalud la información respectiva para que dicha entidad ejerciera sus funciones de inspección, vigilancia y control de las mismas. La Superintendencia, por su parte, informó que en el ejercicio de sus funciones de inspección, vigilancia y control del SGSSS, había impuesto sanciones y había denunciado ante las autoridades competentes las posibles irregularidades que se estaban cometiendo contra el sistema. Así mismo, informó que en el año 2007 había sancionado a 38 EAPB, 23 entes territoriales (ET) y cuatro IPS- ESE y en el año 2008 a 15 EAPB, 13 ET y cinco IPS- ESE, y que había ordenado 28 aperturas de investigación administrativa contra EPS e IPS que no cumplían las normas que regulaban la prestación de los servicios de salud. En concepto de la Defensoría del Pueblo, la Superintendencia se limitó a informar que sancionó algunas entidades sin hacer referencia a las acciones específicas que adoptó con el fin de evitar que reincidieran en dicha práctica.

En cuanto al último punto de la orden, el ministerio indicó que había expedido y promovido normas que permitían materializar el goce efectivo del derecho a la salud, tal como la Ley 1122 de 2007, los decretos 1018, 055 y 4747 de 2007 y 3556 de 2008, y las circulares 24 de 2005, 20 y 27 de 2007 y 053 de 2008, entre otras. La Superintendencia, por su parte, anexó la circular externa 051 de 2008, a través de la cual impartía instrucciones para el cumplimiento de la sentencia T -760/08 a las EPS, IPS, ET y FOSYGA.

En conclusión de este primer informe, la Defensoría determinó que aunque el ministerio participó en la expedición de la Ley 1122 de 2007 y había expedido algunas reglamentaciones para su aplicabilidad, estas no eran suficientes para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud en lo que se refería a la accesibilidad y oportunidad en la prestación de los servicios. Por otra parte, aunque la Defensoría reconocía las buenas intenciones de la circular expedida por la Supersalud, dicha entidad no informaba cómo garantizaba el goce real y efectivo del derecho a la salud, especialmente en aquellas entidades identificadas como las más violatorias del mismo.

En el año 2011, previo requerimiento de cumplimiento, el Ministerio de la Protección Social se limitó a enviar un informe originado en la Superintendencia Nacional de Salud. La Defensoría, con ocasión de esta respuesta, concluyó que no había cumplimiento de la orden. Debido a ello, recomendó que dicha entidad y la Supersalud diseñaran un instrumento que indicara de manera clara el periodo de referencia, las razones de la revocatoria o de la sanción, según correspondiera, y el tipo de sanción con la indicación de si había sido cumplida o no, de tal forma que sirviera como insumo para la elaboración de un listado de las EPS e IPS más vulneradoras del derecho a la salud. Dicha información debería contener



datos actualizados y el ministerio debería hacer seguimiento a la tarea que realizara la Supersalud en la recolección de dicha información.

En el mismo año, la Superintendencia, previo requerimiento de la Defensoría del Pueblo, rindió informe de cumplimiento. En dicha respuesta, la Supersalud no respondió los interrogantes planteados, ya que no identificó las EPS e IPS que incurrieran en prácticas violatorias del derecho a la salud y, por consiguiente, tampoco mencionó las medidas concretas y específicas que había adoptado o que adelantaba. Respecto de la pregunta de las medidas tomadas para proteger el derecho a la salud de las personas afiliadas a las EPS e IPS identificadas (las cuales no señalaron) la Supersalud se limitó a enumerar las funciones generales que la normatividad le había asignado, sin dar respuesta concreta. Por lo anterior la Defensoría del Pueblo consideró que no había cumplimiento de esta orden y le solicitó a la Supersalud tener en cuenta la recomendación hecha sobre el particular al Ministerio de la Protección Social.

Por último, en el año 2012 la Corte Constitucional expidió el Auto 044, donde le ordenó a la Superintendencia Nacional de Salud y al Ministerio de Salud y Protección Social que, de manera conjunta, presentaran un informe en el que identificaran las EPS e IPS que con mayor frecuencia incurrieran en las prácticas violatorias del derecho a la salud descritas en la sentencia T-760 de 2008. Dicho informe debería contener un listado ordenado (“ranking”) de las EPS e IPS que con mayor frecuencia incurrieran en estas prácticas, así como las medidas concretas y específicas que habían adoptado en relación con esas entidades y las medidas concretas y específicas que habían tomado para garantizar el goce a la salud de las personas afiliadas. Así mismo, dicho listado debería tener en cuenta el número de usuarios con los que cuenta cada EPS e IPS y ser comprensible para todas las personas, incluso para aquellas que no tuvieran conocimientos técnicos sobre el sistema de salud. Una vez recibido el informe de cumplimiento del auto por parte de dichas entidades, la Defensoría del Pueblo, después de analizarlo, le informó a la Corte Constitucional lo siguiente:

- Los indicadores reportados fueron calculados con información incompleta, pues cerca del 50% de las EPS obligadas a reportar no lo hicieron.
- La calidad de la información, reportada por las EPS que lo hicieron, es muy deficiente, tal como lo manifiesta el mismo informe, razón por la cual los indicadores para estas EPS no son ajustados a la realidad.
- No existe un listado ordenado como tal, ya que los indicadores se presentan de manera individual para cada uno de los servicios y no como un modelo que reúna todos los indicadores, por lo que no es posible realizar un ordenamiento de las EPS que sirva para que los usuarios puedan tomar decisiones en cuanto a la elección de su entidad aseguradora.

- Respecto de las causas por las cuales la Superintendencia sancionó a las EPS, no es posible identificar cuál es la práctica más recurrente en cada una de ellas, ya que la información es presentada a nivel global. Lo anterior hace que este indicador, tan importante para la elaboración de un listado, no se pueda tener en cuenta para cada una de las EPS.
- En relación con las medidas adoptadas para garantizar el derecho a la salud de los usuarios, no hay un informe concreto de actividades hasta el momento, sino que presentan opciones para garantizar este derecho a mediano plazo, como son las redes de controladores, el sistema de monitoreo y el registro de negaciones, los cuales, hasta la fecha, no han generado resultados, dada la reciente reglamentación de estos procesos.

Por lo anterior, la Defensoría se permitió hacer las siguientes recomendaciones:

- Para la elaboración del listado ordenado se deben establecer componentes que reúnan variables afines.
- Los indicadores se deben obtener mediante información validada, para lo cual es necesario que las EPS inicialmente hagan un filtro de validación de los datos, que puedan ser contrastados con información obtenida en trabajo de campo y con las quejas reportadas por los usuarios.
- La información reportada por las EPS no debería ser tomada en cuenta para la elaboración del “ranking”, pues está demostrado que la información que reportan no se ajusta a la realidad, tal como lo han evidenciado diferentes actores del sistema (congresistas, pacientes, entes territoriales, etc.) en distintos escenarios.
- El informe que presente la Supersalud respecto de sanciones debe incluir el nombre de la EPS, el número de sanciones, el motivo por el cual fueron sancionadas y el tipo de sanción, de tal forma que se pueda elaborar un componente que permita hacer un ordenamiento de las entidades.
- Es necesario que se tomen las medidas respectivas en relación con aquellas entidades que no reporten información oportunamente y con la calidad requerida.

Finalmente, la Defensoría del Pueblo le manifestó a la honorable Corte Constitucional que estará atenta al desarrollo y cumplimiento del cronograma presentado, con el objetivo de que la elaboración del listado de EPS sea una realidad que permita a los usuarios tomar decisiones acertadas sobre la escogencia de su entidad aseguradora.

Orden Vigésimo primera.- “Ordenar a la Comisión de Regulación en Salud unificar los planes de beneficios para los niños y las niñas del régimen contributivo y del subsidiado, medida que deberá adoptarse antes del 1 de octubre de 2009 y deberá tener en cuenta los ajustes necesarios a la UPC subsidiada de los niños y las niñas para garantizar la financiación de la ampliación en la cobertura. En caso de que para esa fecha no se hayan



adoptado las medidas necesarias para la unificación del plan de beneficios de los niños y las niñas, se entenderá que el plan obligatorio de salud del régimen contributivo cubre a los niños y las niñas del régimen contributivo y del régimen subsidiado (...).

El concepto de la Defensoría del Pueblo, esta orden se cumplió tal como lo ordenó la honorable Corte Constitucional. Para el efecto, la CRES expidió el Acuerdo 004 del 30 de septiembre de 2009, donde unificó el POS de los niños del régimen subsidiado al POS contributivo, pero sólo a menores de 12 años. Por este motivo, la Defensoría del Pueblo le solicitó a la Corte Constitucional, amparada en la normatividad nacional e internacional vigente, que dicha unificación se extendiera a los menores de 18 años, por lo que la CRES expidió el Acuerdo 11 de 2010 que unificó el POS a menores entre los 12 y 18 años. De este modo, quedó cubierta toda la población infantil.

Orden Vigésimo segunda.- “Ordenar a la Comisión de Regulación en Salud que adopte un programa y un cronograma para la unificación gradual y sostenible de los planes de beneficios del régimen contributivo y del régimen subsidiado teniendo en cuenta: (i) las prioridades de la población según estudios epidemiológicos, (ii) la sostenibilidad financiera de la ampliación de la cobertura y su financiación por la UPC y las demás fuentes de financiación previstas por el sistema vigente. (...).”

Al respecto, la Defensoría del Pueblo celebra que la unificación del POS se haya cumplido antes de lo previsto, iniciando con la unificación de los menores de 18 años, con las personas mayores de 60 y a partir del 1º de julio del año 2012 la unificación del rango faltante (19-59 años) quedando así cubierta toda la población.

Orden Vigésimo tercera.- “Ordenar a la Comisión de Regulación en Salud que adopte las medidas necesarias para regular el trámite interno que debe adelantar el médico tratante para que la respectiva EPS autorice directamente tanto los servicios de salud no incluidos en el plan obligatorio de salud (contributivo o subsidiado), diferente a un medicamento, como los medicamentos para la atención de las actividades, procedimientos e intervenciones explícitamente excluidas del Plan Obligatorio de Salud, cuando estas sean ordenados por el médico tratante (...).”

En concepto de la Defensoría del Pueblo, esta orden no se ha cumplido pese a los esfuerzos realizados por la honorable Corte Constitucional para su ejecución.

En el año 2009, el ministerio informó que expidió la Resolución 3099 de 2008, por la cual se reglamentaban los CTC y se establecía el procedimiento para el recobro ante el Fosyga por concepto de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el POS, autorizados por CTC y por fallos de tutelas. Manifestó que, aunque fue expedida antes de la notificación de la sentencia, cumplía con lo ordenado por ella, ya que el mismo

año había sido ajustada en los puntos a los que se refería la sentencia, para lo cual había expedido las Resoluciones 3754 y 5334 de 2008.

La Defensoría consideró que, como quiera que en la sentencia se establecía que el médico tratante podía o no estar adscrito a la red de prestadores, el alcance de la orden debería entenderse de manera integral, es decir, que en aquellos casos en que la prescripción la hiciera un médico no adscrito a la red pudiera ser considerada por el CTC, estableciendo unos requisitos y procedimientos distintos al del médico que sí pertenece. Esta situación no se consideró de manera especial en la respuesta dada. Igualmente, la Defensoría consideró necesario su aplicación, por cuanto la Resolución 3099 de 2008 excluía la posibilidad de que las prescripciones de un médico tratante no adscrito a la red fueran consideradas por el CTC (literal a) del artículo 6).

En el año 2011, previo requerimiento de esta entidad, en relación con el Auto 106 de 2010, la Defensoría le solicitó al Ministerio de la Protección Social que informara sobre las evaluaciones o estudios realizados para dar cumplimiento a esta orden y sobre las medidas adoptadas para garantizar que las entidades promotoras de salud (EPS) aplicaran las reglas vigentes para someter a consideración del Comité Técnico Científico de la entidad la aprobación de los medicamentos, actividades, procedimientos e intervenciones no incluidos en el POS, dicha entidad no dio respuesta al primer interrogante y respecto del segundo, su respuesta se basó en la Resolución 3099 de 2008.

Para la Defensoría del Pueblo, la Resolución 3099 de 2008 continúa sin cumplir lo ordenado en la sentencia T-760 de 2008, ya que, como se mencionó, fue expedida con anterioridad a la misma y sus modificaciones, incluida la resolución 1089 del 6 de abril de 2011, sólo fueron de tipo administrativo, por lo que no cumple algunos de los lineamientos definidos en la sentencia: No establece el trámite cuando la orden médica es expedida por el médico tratante fuera de la red de servicios y continúa mencionando como requisito para acceder a los servicios no POS que “debe existir riesgo inminente para la vida o salud del paciente”, omitiendo lo que la Corte ha reiterado en distintas sentencias respecto de la calidad de vida. En cuanto al trámite de las solicitudes no POS persiste el hecho de que los usuarios tengan que adelantar los trámites administrativos ante los CTC, obligación que le corresponde al médico tratante. Igualmente, continúa el incumplimiento de las órdenes médicas que, a pesar de ser autorizadas hasta por tres meses, en la práctica, cuando los usuarios van a reclamar los servicios, algunas EPS solicitan tramitar de nuevo la solicitud ante el CTC. Por lo anterior, la Defensoría considera que no existe reglamentación que cumpla taxativamente con lo establecido en la orden 23 de la sentencia y que no se han realizado estudios o evaluaciones que permitan su cumplimiento.

En cuanto al informe rendido por la CRES en el mismo año, dicha entidad manifestó que entre sus competencias no estaba la de regular el trámite que debían adelantar los



médicos tratantes para acceder a servicios y prestaciones excluidos del POS, ya que esta competencia le corresponde al Ministerio de la Protección Social.

El 30 de enero de 2012, la entidad requirió nuevamente al Ministerio de Salud y Protección Social, solicitándole informar la reglamentación expedida por dicha entidad con el fin de determinar el trámite que deben dar los CTC a las órdenes expedidas por médicos tratantes no pertenecientes a la red de servicios. Igualmente, se le solicitó indicar las medidas adoptadas para evitar la delegación del trámite administrativo al usuario, el cual, según quejas presentadas ante esta entidad, se seguía presentando sobre todo en las solicitudes No POS y las medidas adoptadas para que las EPS cumplan con el principio de integralidad de que trata la sentencia, cuando aún persiste la fragmentación de los servicios en salud, a pesar de ser autorizados.

Es de resaltar que pese a los requerimientos de esta entidad, hasta la fecha, el ministerio no ha dado respuesta a los mismos.

Orden Vigésimo octava.- “Ordenar al Ministerio de la Protección Social que, si aún no lo han hecho, adopte las medidas necesarias para asegurar que al momento de afiliarse a una EPS, contributiva o subsidiada, le entreguen a toda persona, en términos sencillos y accesibles, la siguiente información.

(i) Una carta con los derechos del paciente. Esta deberá contener, por lo menos, los derechos contemplados en la Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial (adoptada por la 34^a Asamblea en 1981) y los contemplados en la parte motiva de esta providencia, en especial, en los capítulos 4 y 8. Esta Carta deberá estar acompañada de las indicaciones acerca de cuáles son las instituciones que prestan ayuda para exigir el cumplimiento de los derechos y cuáles los recursos mediante los cuales se puede solicitar y acceder a dicha ayuda.

(ii) Una carta de desempeño. Este documento deberá contener información básica acerca del desempeño y calidad de las diferentes EPS a las que se puede afiliar en el respectivo régimen, así como también acerca de las IPS que pertenecen a la red de cada EPS. El documento deberá contemplar la información necesaria para poder ejercer adecuadamente la libertad de escogencia. (...).”

Esta orden, en concepto de la Defensoría del Pueblo, tampoco se ha cumplido.

En observancia del Auto 096 de 2010, la Defensoría le solicitó al Ministerio de la Protección Social un informe de cumplimiento de esta orden. En su respuesta, dicha entidad manifestó que había emitido las resoluciones 1817, 2818 y 4392 de 2009.

Al analizar la información dada, la Defensoría del Pueblo concluyó que no había progreso en el cumplimiento de la orden por cuanto no había evaluación de los resultados de la implementación de dichas resoluciones y no existía seguimiento de la entrega efectiva de la carta de derechos a los usuarios. Sobre la carta de desempeño, la Defensoría del Pueblo no tenía conocimiento de que alguna de las EPS la hubiese entregado a los usuarios; de igual manera, desconocía el cumplimiento del ministerio en cuanto a su obligación de entregar a las EPS la información (indicadores de calidad de la EPS y de las IPS, “ranking”, acreditación, comportamiento como pagador y sanciones) para que estas publicaran la carta de desempeño tal como lo establecía la Resolución 1817 de 2009. Es decir, para la Defensoría no había seguimiento ni control por parte del Ministerio de la Protección Social ni de la Superintendencia Nacional de Salud al cumplimiento de las resoluciones emitidas, ni tampoco existía pedagogía de divulgación de la carta de derechos y de la carta de desempeño por parte de las EPS.

El 30 de enero de 2012, la Defensoría requirió nuevamente al Ministerio de Salud y Protección Social para que informara sobre el cumplimiento de esta orden. Al respecto, le solicitó informar sobre el proceso de verificación realizado por el ministerio para que garantizara que en el momento de la afiliación de un usuario se le hubiese entregado la carta de derechos y la carta de desempeño y sobre la información suministrada por ellos a las EPS, con el fin de que estas entregaran a los usuarios la carta de desempeño.

Es de resaltar que, pese a los requerimientos de esta entidad, hasta la fecha, el ministerio no ha dado respuesta a los mismos.

Orden Vigésimo novena.- “Ordenar al Ministerio de Protección Social que adopte las medidas necesarias para asegurar la cobertura universal sostenible del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en la fecha fijada por la Ley –antes de enero de 2010–. En caso de que alcanzar esta meta sea imposible, deberán ser explicadas las razones del incumplimiento y fijarse una nueva meta, debidamente justificada”.

Esta orden tampoco ha sido cumplida por la entidad obligada. En el año 2011, la Defensoría le solicitó al Ministerio de la Protección Social enviar un informe sobre su cumplimiento. Según la respuesta del ministerio, se ha emitido la normatividad para la focalización del subsidio a la salud en el logro de la cobertura universal. Conforme a lo informado, existen los recursos, pero las dificultades para el logro de la cobertura han tenido que ver con la falta de armonía con los mandatarios locales, quienes deben proporcionar la información para formar el listado nacional de la población elegible mediante búsqueda activa por parte del ente territorial.

Para la Defensoría del Pueblo, después de analizar la respuesta, el Ministerio de la Protección Social no ha logrado la cobertura universal y no ha determinado una nueva fecha para su cumplimiento. Sin embargo, reconoce que lo establecido en el artículo 32 de la Ley 1438 de



2011 garantiza la atención en salud de las personas, aun no estando aseguradas. Además, establece la obligación de direccionarla para que proceda a la afiliación en uno de los dos regímenes del sistema, previa valoración de su capacidad de pago.

A la Defensoría del Pueblo le preocupa que el Gobierno nacional contemple la cobertura universal como un beneficio solo para la población identificada en los niveles 1 y 2 del Sisbén, sin generar políticas o incentivos para cubrir el aseguramiento de la franja poblacional de los niveles 3 y 4 que, por las características socioeconómicas del país, presentan una pobreza coyuntural afectada por el desplazamiento, el desempleo y otros factores.

En el año 2012, la Defensoría requirió nuevamente al ministerio para que informara sobre el cumplimiento de esta orden. Al respecto, le solicitó informar sobre los procesos que ha realizado para que las autoridades locales cumplan con la implementación de los listados de población elegible, las políticas para incentivar a quienes tienen capacidad de pago sin vinculación laboral, para que coticen al régimen contributivo, las medidas para garantizar que a las personas que no se encuentran aseguradas conocidas como “vinculados” no se les cobre la cuota de recuperación y las medidas para lograr la cobertura universal de los niveles 3 y 4 del Sisbén que por las características socioeconómicas del país presentan una pobreza coyuntural afectada por el desplazamiento, el desempleo y otros factores.

Es de resaltar que, pese a los requerimientos de esta entidad, hasta la fecha, el ministerio no ha dado respuesta a los mismos.

Orden Trigésima.- “Ordenar al Ministerio de Protección Social que presente anualmente un informe a la Sala Segunda de Revisión de la Corte Constitucional, a la Procuraduría General de la Nación y a la Defensoría del Pueblo, en el que mida el número de acciones de tutela que resuelven los problemas jurídicos mencionados en esta sentencia y, de no haber disminuido, explique las razones de ello. El primer informe deberá ser presentado antes del 1° de febrero de 2009”.

Para la Defensoría del Pueblo, esta orden no se ha sido cumplido. En el año 2009, el Ministerio de la Protección Social presentó informe de cumplimiento, utilizando datos sobre las solicitudes de recobro presentados por las EPS, manifestando que debido a la flexibilidad de los requisitos para los recobros, tanto de los ordenados por los CTC como por las tutelas, estos últimos aumentaron como también las aprobaciones de los mismos debido, en parte, a que fueron aprobados algunos que se encontraban suspendidos por requisitos que antes eran exigibles. La Defensoría estuvo de acuerdo en que las tutelas por recobro habían aumentado, pero también estas se incrementaron por servicios POS, tal como lo demuestran los estudios adelantados por la Defensoría.

En el año 2010, con ocasión del Auto del 13 de julio de 2009, se le solicitó al Ministerio de la Protección Social un informe de cumplimiento de esta orden. Al respecto, dicha entidad

manifestó que la información más completa y confiable para calcular el número de acciones de tutela era la base de datos de recobros, ya que, para ellos, toda EPS a la que le hayan obligado a prestar un servicio por tutela recobra. Igualmente, manifestó que contaba con otra fuente de información, como eran los procesos judiciales en los cuales hacía parte el ministerio. Así mismo, manifestó no poder determinar el eventual incremento de las acciones de tutela porque estas no habían aumentado; al contrario, habían decrecido en forma significativa con ocasión de la Sentencia T-760 de 2008.

Para la Defensoría, seguía sin existir progreso, ya que el Ministerio de la Protección Social debía realizar un proceso de recolección de información que fuera completo, preciso y confiable, tal como lo ordenaba la Corte Constitucional, y dicha entidad persistía en tener como mecanismo de medición las bases de datos de recobros, este mecanismo seguía sin ser el adecuado, por cuanto las solicitudes de recobro, como factor de medición para el número de tutelas, no eran suficiente para su cuantificación, considerando que el mecanismo efectivo para medir el número de las acciones era la base de datos que reposa en la Corte Constitucional, ya que en ella están registradas todas las tutelas interpuestas a nivel nacional, tengan o no recobro ante el Fosyga.

En el año 2012, la Defensoría requirió nuevamente al ministerio para que informara sobre el cumplimiento de esta orden. Al respecto, le solicitó enviar los informes de cumplimiento correspondientes a los periodos comprendidos entre el 1º de febrero de 2010 y el 31 de enero de 2011 y del 1º de febrero de 2011 al 31 de enero de 2012. Igualmente, se le solicitó informar, en cumplimiento del Auto 145 de 2010, sobre las medidas, los recursos y el personal necesario que dispuso para que estos informes anuales se soportaran en criterios o indicadores que permitieran una medición completa, confiable y precisa del número de acciones de tutela que resuelven los problemas jurídicos relacionados en la Sentencia T-760 de 2008.

Es de resaltar que, pese a los requerimientos de esta entidad, hasta la fecha, el ministerio no ha dado respuesta a los mismos.

Orden Trigésimo segunda.- “Ordenar a la Secretaría General de esta Corporación remitir copia de la presente sentencia al Consejo Superior de la Judicatura para que la divulgue entre los jueces de la república”.

Para la Defensoría del Pueblo, esta orden no se ha cumplido, ya que en observancia de lo establecido en el Auto 110 de 2010, le solicitó al Consejo Superior de la Judicatura (CSJ) informar sobre las acciones realizadas para divulgar esta sentencia entre los jueces de la república. Al respecto, dicha entidad informó que desde el 5 de septiembre de 2008 tenía un vínculo disponible en la web de la rama judicial con la información de la misma. Igualmente, manifestó que había divulgado su contenido por correo electrónico de la rama a todos los



jueces de la república y que en el portal de la página web de la misma continuaba publicada, así como los autos de seguimiento.

Aunque el CSJ publicó la sentencia y la divulgó por medio de correos electrónicos entre los jueces de la república, la Defensoría del Pueblo considera que la divulgación debió realizarse a través de un proceso pedagógico regionalizado que permitiera una mayor apropiación de la defensa del derecho a la salud, toda vez que algunos jueces han solicitado a la entidad capacitación respecto de la misma, labor que debería ser liderada por el CSJ. Además, esta entidad consideró que el simple envío de la información no es garantía de que hubiese sido leída y estudiada por los destinatarios. Así mismo, la entidad considera que falta un programa de capacitación para los jueces que incluya la Sentencia T-760 de 2008 y el conocimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En enero del año 2012, la Defensoría requirió nuevamente al CSJ, solicitándole información sobre el número de funcionarios de la rama judicial, la forma y el tiempo en que habían sido capacitados respecto de la Sentencia T-760 de 2008, la ejecución, análisis y medición de cada una de las actividades adelantadas por el CSJ en su difusión. Igualmente indicaron las directrices tomadas por el CSJ para que el proceso de capacitación fuera periódico y obligatorio, tal como lo estableció el Auto 144 de 2011, y que enviaran copia del programa y cronograma para el cumplimiento de esta orden, el cual debió ser presentado ante la Corte Constitucional en cumplimiento del auto mencionado.

El CSJ no dio respuesta a ninguno de los interrogantes planteados y se limitó a informar lo mismo de la primera solicitud.

3.2. OTROS CRITERIOS DECISORIOS

Con posterioridad a la Sentencia T-760/08, la Corte Constitucional continuó con la implementación de criterios de interpretación; en algunos casos, ampliando los ya establecidos y, en otros, incorporando nuevos temas, todos con el fin de lograr la protección del derecho a la salud.

3.2.1. Protección al recién nacido hijo de un menor de edad

En el caso de las madres menores de edad afiliadas al régimen contributivo como beneficiarias, la jurisprudencia ha interpretado que las EPS tienen un deber de acompañamiento con el fin de adelantar, en la etapa de gestación, las diligencias pertinentes destinadas a obtener la asignación de la entidad prestadora de salud o administradora que asumirá la atención del hijo que está por nacer. Si por cualquier motivo dicho deber no pudiera concretarse con la asignación de una entidad que asuma la prestación del servicio de salud, dada la vulnerabilidad e indefensión del neonato, se ha establecido que el mismo quedará a cargo de la EPS del afiliado cotizante.

Es por ello que las Entidades Prestadoras de Salud, del régimen contributivo y subsidiado, están en la obligación de adelantar estrategias con miras a inducir la inscripción del pequeño por nacer con el fin de garantizarle una atención oportuna, en especial cuando las condiciones de sus padres permiten suponer que al nacer no contará con la asistencia adecuada.

Del mismo modo, resulta necesario indicar que, tratándose de recién nacidos y de las patologías a las que están propensos dada la fragilidad de su salud, las EPS que tienen a cargo la atención de las madres beneficiarias están en la obligación de garantizar también la salud del menor con posterioridad al alumbramiento, cuando se verifique que, a falta de la misma, se genera un riesgo o amenaza inminente de los derechos fundamentales del neonato. Esta consideración se funda en la necesidad de salvaguardar el derecho a la continuidad en la prestación del servicio y de hacer efectiva la protección constitucional prevalente de los niños.

No obstante, cabe precisar que la asignación de esta obligación en cabeza de las EPS no releva a la familia del menor de continuar con las gestiones tendientes a definir la entidad que habrá de asumir en forma definitiva la prestación del servicio pues el deber de solidaridad vincula a todos los integrantes de la sociedad, como tampoco representa menoscabo alguno a la posibilidad de que la entidad persiga ante el Fondo de Solidaridad y Garantías el cobro de los servicios prestados que no estuvieran a su cargo.

Sin embargo, en atención a las especiales circunstancias en las que se encuentran los niños recién nacidos que son fruto de la relación entre menores de edad, la Corte Constitucional les ha reconocido el derecho que tienen a ser integrados al sistema de salud como dependientes de sus abuelos, sin que se les exija el pago de una cuota adicional, siempre que estos no cuenten con los recursos para cubrirla, y las alternativas de buscar la afiliación del bebé en el régimen subsidiado o proveerle la atención médica como participante vinculado resulte inconveniente³.

La anterior disposición también fue ampliada por la Corte Constitucional para el régimen de las fuerzas militares, manifestando que la “Dirección General de Sanidad Militar viola el derecho fundamental a la salud de un niño o una niña al negarse a afiliarla como beneficiaria de sus abuelos cuando quede dependiendo de estos; o cuando el menor y su madre, también menor de edad, dependen económicamente de ellos”⁴.

Igualmente, la Corte ya había establecido que la atención integral en salud del recién nacido por cuenta de las instituciones que hacen parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud (EPS e IPS) no puede condicionarse al cumplimiento de los requisitos relacionados con la vinculación directa o indirecta del menor a determinado grupo familiar⁵.

3 T- 763 de 2011.

4 T-907 de 2004 y T-625 de 2009.

5 T 1199 de 2005.



3.2.2. El derecho al diagnóstico

La Corte Constitucional determinó que, para que este derecho se haga efectivo, la entidad de aseguramiento debe garantizar, por lo menos, tres aspectos importantes al usuario⁶:

- La práctica de las pruebas, exámenes y estudios médicos ordenados a raíz de los síntomas presentados por el paciente.
- La calificación, igualmente oportuna y completa, de ellos por parte de la autoridad médica correspondiente a la especialidad que requiera el caso, y
- La prescripción, por el personal médico tratante, del procedimiento, medicamento o implemento que se considere pertinente y adecuado a la luz de las condiciones biológicas o médicas del paciente, del desarrollo de la ciencia médica y de los recursos disponibles.

3.2.3. El principio de continuidad

Implica que la prestación de un servicio de salud se haga de forma ininterrumpida, constante y permanente, sin que sea admisible su interrupción sin la debida justificación constitucional. Su prestación garantiza el derecho de los usuarios a recibirlo de manera diligente y prohíbe a las entidades responsables realizar actos u omitir obligaciones que afecten sus garantías fundamentales.

Obliga a la EPS a prestar el tratamiento que haya prescrito el médico tratante que ya se haya iniciado y, en consecuencia, deberá suministrar todos los medicamentos y realizar todos los exámenes y procedimientos que se requieran, según lo prescriban los médicos, hasta tanto la amenaza cese u otra entidad encargada de prestar el servicio en cuestión asuma sus obligaciones legales y continúe efectivamente prestando el servicio.

Las entidades promotoras de salud, argumentando razones como la pérdida de la calidad de beneficiario, la falta de pago de los aportes correspondientes del empleador, la pérdida del vínculo laboral y la ausencia de suministro de un servicio que no se había prestado, entre otros, suspenden la atención a los usuarios, la Corte ha reconocido la importancia que tiene el principio de continuidad, reiterando que, cuando se arguyen ese tipo de razones frente a un paciente al que se venía prestando un tratamiento médico poniendo en peligro su vida o su integridad física, en virtud de la aplicación de dicho principio la entidad debe mantener la asistencia médica y, en caso de no hacerlo, la tutela es el medio idóneo para preservar los derechos fundamentales involucrados ya que, como se ha mencionado, el servicio público de la salud envuelve los fines del interés general y esta satisfacción no puede ser discontinua⁷.

6 T-047 de 2010

7 T 650 de 2010.

3.2.4. El principio de integralidad

De conformidad con este principio, las entidades que participan en el Sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) deben prestar un tratamiento integral a sus pacientes, con independencia de que existan prescripciones médicas que ordenen de manera concreta la prestación de un servicio específico. Por eso, los jueces de tutela deben ordenar que se garanticen todos los servicios médicos que sean necesarios para concluir un tratamiento⁸.

La Corte Constitucional ha desarrollado el principio de integralidad como garantía del derecho a la salud, bajo las siguientes perspectivas:

- Integralidad del concepto mismo de salud, que llama la atención sobre las distintas dimensiones que proyectan las necesidades de las personas, valga decir requerimientos de orden preventivo, educativo, informativo, fisiológico, psicológico, emocional y social, para nombrar solo algunos aspectos.
- Destacar la necesidad de proteger el derecho constitucional a la salud, de manera tal que todas las prestaciones requeridas por una persona, en determinada condición de salud, sean garantizadas de modo efectivo.

3.2.5. Desafiliación de un beneficiario

Cuando constitucional y legalmente no corresponda a una EPS continuar un tratamiento médico, lo que se decida al respecto ha de ser producto de un debido proceso básico, precepto desarrollado por el legislador al impedir categóricamente a las EPS desafiliar de forma unilateral y caprichosamente a una persona. No puede adoptarse en forma unilateral o arbitraria ya que debe garantizarse el debido proceso⁹. Antes de desafiliar a un usuario, las EPS deben tener en cuenta:

- Haber agotado el debido proceso.
- Si un usuario se encuentra en tratamiento médico y por alguna circunstancia no puede seguir aportando las cuotas correspondientes, ya sea en calidad de cotizante o beneficiario, deberá seguirse brindando la atención en salud para garantizar los principios de continuidad e integralidad hasta que la persona pase a otro régimen. La EPS deberá orientar al usuario sobre los trámites pertinentes.
- En el caso de los cónyuges o compañeros permanentes, se debe verificar, además del debido proceso y la continuidad, si subsiste el deber de alimentos¹⁰, fundado en el principio de reciprocidad.

8 T-574 de 2010.

9 T-035 de 2010.

10 Comprende la prestación del servicio de salud, para lo cual será necesario exigir al cónyuge o compañero permanente cotizante la presentación de una prueba idónea que brinde a la EPS la certeza suficiente para proceder a la desvinculación del cónyuge o compañero permanente beneficiario.



3.2.6. La multifiliación

Cuando una persona se encuentre simultáneamente inscrita en el régimen contributivo y en el régimen subsidiado, por regla general, se cancelará la inscripción en el régimen subsidiado. Esta solución responde al principio de solidaridad, pues debe presumirse que cuando alguien pertenece al régimen contributivo es porque tiene capacidad de pago, lo que lo excluye como posible beneficiario del régimen subsidiado.

El Ministerio de la Protección Social, por orden de la Corte, debe establecer la posibilidad de que los afiliados, según su condición económica, tengan la posibilidad de moverse de un régimen a otro durante los ciclos laborales, permitiendo que las personas que estén en el régimen contributivo puedan pasar al subsidiado en los casos en que económicamente lo requieran¹¹, sin que los conflictos administrativos constituyan una barrera del goce efectivo del derecho a acceder a los servicios de salud con calidad, eficiencia, oportunidad y continuidad¹².

3.2.7. Licencias de maternidad

Debido a la constante interposición de acciones de tutela en las que se solicita el pago de esta prestación, la Corte Constitucional estableció los siguientes criterios para otorgar dicho pago, según corresponda, de manera proporcional o total¹³:

- Se debe realizar pago completo de la licencia de maternidad cuando las mujeres pagaron tarde. En este caso se trata de eventos en los que la trabajadora o su empleador han efectuado algún pago de la cotización de forma extemporánea y la EPS lo ha recibido. Igualmente, procede si ha dejado de cotizar hasta diez semanas.
- Se debe realizar pago proporcional cuando las mujeres pagaron de forma incompleta. Este caso se presenta cuando las trabajadoras han cotizado al sistema durante un periodo inferior a la duración de su gestación. Procede si la empleada ha dejado de cotizar once o más semanas¹⁴, y el pago de la licencia se hará conforme al número de semanas cotizadas en relación con la duración del periodo de gestación.

Regla general: si la trabajadora cotiza sobre la base de un salario mínimo o menos de este¹⁵ y el salario es su única fuente de ingreso, se presume la amenaza al mínimo vital de la madre y del recién nacido con el no pago de la licencia de maternidad, por lo que es procedente el amparo constitucional a favor de la madre.

Por tanto, en principio, se hace necesario resaltar la obligación de socorro y ayuda que la ley predica de los cónyuges –artículo 176 C. C.–.

11 T-760 de 2008.

12 T-272 de 2010.

13 T-1223 de 2008.

14 T-115 de 2010.

15 También procede con salarios mayores, siempre que se demuestre la afectación del mínimo vital.

3.2.8. Estabilidad laboral reforzada por estado de gravidez o lactancia en la mujer trabajadora

En el desarrollo de un contrato laboral, tanto la normatividad como la jurisprudencia constitucional vienen aplicando las siguientes reglas¹⁶:

- Toda trabajadora en estado de embarazo tiene derecho al pago de una licencia por maternidad de 12 semanas¹⁷, equivalentes a 84 días, remuneradas con el salario que devengue al entrar a disfrutar del descanso durante la época del parto.
- Sin importar el tipo de vinculación laboral, y siempre que no haya otra circunstancia que justificadamente autorice el despido, se proporcionará la protección a las mujeres trabajadoras durante el embarazo y el periodo de lactancia (es decir, los tres meses siguientes al parto).
- Para efectos de la licencia por maternidad de la trabajadora que sea madre biológica, esta se hará extensiva, en los mismos términos y en cuanto fuere procedente, a la madre adoptante, asimilando la fecha del parto con la fecha de entrega oficial del menor que se adopta. En igual sentido, la licencia se extenderá al padre adoptante sin cónyuge o compañera permanente.
- En caso de aborto o parto prematuro no viable, la trabajadora tendrá derecho al pago de descanso remunerado¹⁸ siempre y cuando allegue al empleador los soportes pertinentes.
- Durante los seis meses posteriores al parto, el empleador estará en la obligación de conceder dos descansos de 30 minutos cada uno dentro de la jornada laboral, para amamantar a su hijo, sin que por ello se efectúe descuento alguno.

3.2.9. Derecho a permanecer vinculado al sistema de salud de las fuerzas militares y de policía a mayores de 18 años

La Corte Constitucional ha tutelado el derecho de jóvenes adultos a permanecer en el sistema de las fuerzas militares cuando:

- Padecen una discapacidad mental, incluso si su condición no implica necesariamente una invalidez *'absoluta'*, o
- Cuando la incapacidad ha sido establecida después de que la persona cumplió 18 años¹⁹.

16 T-707 de 2011.

17 Modificado por la Ley 1468 de 30 de junio de 2011, la cual aumentó dos semanas la licencia de maternidad, quedando en catorce (14) semanas.

18 Código Sustantivo del Trabajo, artículo 237. Descanso remunerado en caso de aborto. “(...) La trabajadora que en el curso del embarazo sufra un aborto o parto prematuro no viable, tiene derecho a una licencia de dos o cuatro semanas, remunerada con el salario que devengaba en el momento de iniciarse el descanso (...)”.

19 T-1077 de 2007.



3.2.10. Problemas alimentarios y de drogadicción

La bulimia y otros trastornos alimenticios terminan siendo afecciones que impactan gravemente la salud y ponen en peligro la vida, por lo que requieren de atención y tratamiento no solo inmediato, sino además cualificado, específico e idóneo, con el fin de evitar consecuencias o daños irreparables. *“Quien sufre de farmacodependencia padece de una enfermedad que afecta su autonomía y autodeterminación, pone en riesgo su integridad personal y perturba su convivencia familiar, laboral y social, por lo que requiere protección especial constitucional”²⁰.*

3.2.11. Uso de medicina alternativa

El Estado ha aceptado y regulado los tratamientos de medicina alternativa, dejando su prestación como potestad de las entidades promotoras de salud. Igualmente, la jurisprudencia constitucional la ha reconocido como tal; sin embargo, no ha protegido la prestación de estos servicios en el contexto del derecho a la salud, debido a la carencia de elementos que comprueben su eficacia científica.

4. ESTUDIOS RELACIONADOS

Son pocos los estudios que se han realizado sobre el análisis de los motivos que llevan a los ciudadanos a interponer acciones de tutela para proteger su derecho a la salud. La Defensoría del Pueblo, a raíz de la magnitud de quejas allegadas a la entidad buscando la protección del derecho a la salud, inició en el año 2004 el análisis exhaustivo del contenido de las tutelas para determinar las causas por las cuales los usuarios del sistema de salud acudían a dicha acción para acceder a estos servicios.

Con base en la información que reposa en la Corte Constitucional, la Defensoría del Pueblo, realizó un estudio descriptivo correspondiente a los años 1999 hasta el primer semestre de 2003²¹, mediante una muestra representativa de 2.710 tutelas clasificando las pretensiones, los hechos narrados por el accionante para identificar las solicitudes más frecuentes.

Hasta ese momento, la tutela era estigmatizada en el sentido de que las acciones eran incoadas para acceder a servicios suntuarios, hecho que se desvirtuó con el análisis realizado, el cual llegó a las siguientes conclusiones: El 25,7% de las tutelas invocaba el derecho a la salud y de estas, el 70% lo hacía por contenidos POS y en muy raras ocasiones para reclamación de cosas suntuarias; el crecimiento anual de la tutela fue del 14,8%, mientras que el de salud fue del 20,8%; las solicitudes más frecuentes fueron los exámenes, cirugías, tratamientos y medicamentos, respectivamente; el 79,6% de los

20 T-094 de 2011.

21 Defensoría del Pueblo. La tutela y el derecho a la salud 1999-2003. Bogotá, 2004.

exámenes eran POS; el 82% de las cirugías se encontraba en el Plan Obligatorio de Salud; el 90,8% de los tratamientos estaba contemplado en el POS; el 53% de medicamentos estaba en el POS; el 59,6% de las prótesis, órtesis e insumos eran POS; y el 95,4% eran procedimientos POS. Las citas especializadas más solicitadas eran las de oftalmología, neurología y cardiología; el “stent” coronario se constituyó en la prótesis más solicitada; otras solicitudes frecuentes incluidas en las tutelas eran los traslados de ciudades y cambios de aseguradora; el 78,5% de las tutelas fueron concedidas en primera instancia, y fue el derecho a la vida el más asociado a la salud; el 73,1% de tutelas que invocaron el derecho a la salud se dirigieron contra las EPS del régimen contributivo, y fueron el Seguro Social, Cajanal y Saludcoop las entidades con el mayor número recibido.

En dicho estudio se recomendó fortalecer el mecanismo de tutela del derecho a la salud, reglamentar y hacer efectivo un mecanismo de cobertura real de los eventos más costosos, para que los siniestros fueran asumidos automáticamente, de modo que la carga financiera “súbita” que estos pudieran significar para la empresa de salud no se convirtiera en un acicate para la elusión de sus compromisos, lo cual podría sustituirse, o complementarse, con la creación de un fondo común de reserva para el pago de eventos de alto costo; hacer del Fosyga un instrumento sencillo y ágil que no demorara indefinidamente los reembolsos que se le ordenaran; e igualmente se sugirió la creación de la figura del Defensor del Paciente en cada una de las entidades aseguradoras, elegido por los usuarios de las EPS, ARS o entidades que hicieran sus veces, cuyo costo fuera asumido por la respectiva entidad de aseguramiento, cuyas decisiones y recomendaciones deberían tener algún valor vinculante. Por último, se pidió que se procediera a la revisión, reajuste y adecuación del contenido del Plan Obligatorio de Salud, de tal forma que las actividades, procedimientos y patologías en él incluidos estuvieran tan clara y precisamente delimitados que no dieran mayor campo a la interpretación por parte de quienes debían proceder a su autorización, así como utilizar instancias de asesoría médica que se pronunciaran y asesoraran al juez sobre ciertos tratamientos y su verdadera relación con la preservación de la vida y la integridad de los demandantes.

La Defensoría del Pueblo continuó en el año 2007 el análisis de las tutelas y para ello tomó la información del periodo 2003 a 2005²², de lo cual concluyó lo siguiente:

- La tutela sigue siendo el mecanismo más utilizado por los ciudadanos para reclamar sus derechos: desde el año 1999 hasta el 2005 su crecimiento general fue del 160%, mientras que el crecimiento de las tutelas específicas de salud, en el mismo periodo, fue del 280%.
- Los derechos más invocados por acción de tutela son el derecho a la vida, el de petición y a la salud, este último invocado en más de la tercera parte de las tutelas.

22 Defensoría del Pueblo. La tutela y el derecho a la salud 2003-2005, Bogotá, 2007.



- Antioquia genera más de la tercera parte de las tutelas en salud; le siguen Bogotá, Valle y Santander. En el caso de Antioquia, se invocan en promedio 47 tutelas por cada 10.000 habitantes, cada año.
- Más del 87% de las tutelas en salud favorecen a los accionantes y una gran parte de las denegadas obedece a factores distintos del reconocimiento del derecho, como carencia de objeto (muerte del accionante) o hecho superado (cuando la entidad aseguradora resuelve la petición antes del fallo).
- El 77% de las tutelas se instauran contra las entidades de aseguramiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) que administran el régimen contributivo y subsidiado.
- En los últimos tres años, el Instituto de Seguros Sociales, con 72 tutelas anuales por cada 10.000 afiliados compensados, es la EPS que mayor número de acciones recibe; le siguen Salud Colombia, con 41, y Sánitas, con 34. No obstante, en el año 2005 todas las entidades tienen el indicador más alto del periodo.
- El indicador de número de tutelas por cada 10.000 afiliados es más bajo en las EPS que prestan servicios en el régimen subsidiado que en aquellas que lo prestan en el contributivo.
- La falta de cobertura en el aseguramiento y lo limitado del POS subsidiado –entre los aspectos más destacados– hacen que el 14,6% de las tutelas en salud se instaure contra los entes territoriales.
- Alrededor de 1.000 tutelas anuales son interpuestas por la población carcelaria para acceder a los servicios de salud, especialmente para solicitar cirugías.
- El 20,1% de las tutelas solicita exámenes paraclínicos, seguido de medicamentos (18,4%) y cirugías (17,6%). La solicitud de medicamentos pasó a ser la más reiterada en el año 2005.
- El 56,4% de las solicitudes de tutelas en salud contra las entidades de aseguramiento corresponden a contenidos del POS, debido en gran parte al permisivo margen de interpretación que, de mediar voluntad, habría podido desaparecer con una juiciosa reglamentación del Mapipos.
- Las semanas mínimas de cotización no son factor preponderante para la negación de los servicios de salud incluidos en el POS.
- La inclusión de la carga viral y los antirretrovirales Abacavir, Efavirenz y Lopinavir+Ritonavir, incluidos en el Acuerdo 282 de 2004, redujeron el número de tutelas interpuestas por los pacientes con VIH/sida.
- Las solicitudes en las tutelas de exámenes contenidos en el POS (73,7%) van desde aquellos básicos, como cuadros hemáticos y glicemias, hasta los más complejos, como tomografías axiales computarizadas (TAC) y resonancias magnéticas.

- A pesar del alto porcentaje de exámenes contenidos en el POS, algunos de ellos son negados porque el medio de contraste requerido no se considera incluido en el mismo.
- Las EPS no les están dando la importancia necesaria a los programas de promoción y prevención, pues siguen apareciendo en las tutelas exámenes para la detección temprana de enfermedades (como citologías, mamografías y antígenos prostáticos).
- Más del 80% de los medicamentos tutelados corresponden a medicamentos no POS, y los más reiterados son los de marca, a pesar de que, en algunos casos, el principio activo se encuentra dentro del POS.
- El 89% de las cirugías solicitadas por tutelas están contempladas en el POS y su negación se debe principalmente a la no autorización de dispositivos (prótesis, válvulas, lente intraocular, grapas etc.) considerados, en algunos casos, por fuera del POS. En otros casos su negación se debe a la solicitud de nuevas tecnologías (laparoscopias).
- El 92,7% de los tratamientos tutelados se encuentran en el POS y corresponden a tratamientos integrales de patologías de alto costo (cáncer, angioplastias, reemplazos de cadera y diálisis).
- La negación de prótesis y órtesis se centra en aquellas que requieren mayores especificaciones que las contempladas en el POS (stent medicalizado, marcapasos, prótesis articuladas y de material determinado).
- La negación de citas médicas especializadas está asociada a patologías que en el futuro pueden ocasionar gastos no solo en el tratamiento, sino en otros insumos relacionados.
- El 84,1% de los procedimientos se encuentran dentro del POS y corresponde a cateterismos, mapeos, litotripcias y terapias neurales, entre los más frecuentes.
- Los ciudadanos continúan haciendo uso de la tutela para reclamar de su empleador los aportes a la seguridad social y el reconocimiento de las prestaciones sociales.

Como producto de los resultados de este segundo estudio, la Defensoría del Pueblo hizo las siguientes recomendaciones:

- Conminar a la Superintendencia Nacional de Salud a que, en desarrollo de sus facultades, en especial las conferidas por la Ley 1122 de 2007, ejerza el poder sancionatorio de manera ejemplarizante contra las entidades que, de manera reiterada, nieguen contenidos del plan de beneficios que administran.
- Sugerir a las entidades que coadyuvan el acceso efectivo a los servicios de salud y la exigencia del derecho a la salud de los ciudadanos que adopten mecanismos o procedimientos de gestión directa ante las entidades vulneradoras del derecho, antes de utilizar la tutela como medio de protección, con el fin de que este instrumento constitucional no se vicie.



- Conminar al Gobierno nacional y al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, mientras se conforma y operativiza la Comisión de Regulación en Salud (CRES), a que se revise y ajuste el Plan Obligatorio de Salud de ambos regímenes, teniendo en cuenta criterios de equidad, costo-efectividad y avances tecnológicos.
- Recomendar al Gobierno nacional y al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, mientras se conforma y operativiza la Comisión de Regulación en Salud (CRES), que se tome en cuenta el presente estudio para la inclusión de procedimientos, actividades, intervenciones y medicamentos no POS hallados con mayor frecuencia.
- Modificar la Resolución 5261 de 1994 (Mapipos), con el fin de lograr un instrumento que describa cabalmente los procedimientos y actividades que se encuentran en el POS y POS-S, de tal forma que no quede en manos de los funcionarios de las entidades aseguradoras la interpretación de su contenido para negar solicitudes que “en su concepto” no hacen parte del Plan Obligatorio de Salud.
- Instar al Gobierno nacional a establecer la obligatoriedad de las entidades de aseguramiento para que las actividades consideradas como de promoción y prevención estén bien determinadas, de forma tal que casos como el examen de antígeno prostático sean considerados una de ellas.
- Conminar al Gobierno nacional a que modifique el Decreto 1485 de 1994, incluyendo dentro de las causales previstas en el artículo 14 sobre prácticas no autorizadas la negación de procedimientos, actividades e intervenciones que se encuentren en el Plan Obligatorio de Salud y respecto de las cuales el afiliado no se encuentre en periodos mínimos de cotización.
- Conminar al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud a que, de conformidad con el fallo SU-819 de 1999, reglamente los procedimientos, actividades e intervenciones que no se encuentren contenidos en el POS, para evitar con ello las negaciones a los afiliados. Para tal efecto, deberá conformar comités técnicos científicos similares al de medicamentos, que permitan efectuar el recobro correspondiente.
- Recomendar al Gobierno nacional que establezca, dentro del Sistema General de Seguridad en Salud, la obligatoriedad de un programa de farmacovigilancia de los medicamentos, con el fin de establecer la calidad de los que hacen parte del POS, como responsabilidad de los profesionales médicos y el deber de los pacientes de informar a su médico los efectos adversos de los medicamentos que consumen.
- Conminar al Gobierno nacional a que expida la reglamentación de la Ley 972 de 2005, con el fin de garantizar su aplicación obligatoria por parte de las entidades de aseguramiento, estableciendo el mecanismo para los recobros de aquellos procedimientos que no sean POS, sin que el paciente deba acudir a la tutela.



- Conminar a la Superintendencia de Salud a vigilar exhaustivamente el cumplimiento – por parte de las entidades de aseguramiento– del artículo 3º de la Ley 972 de 2005 y a ejercer lo dispuesto en materia de sanciones en la citada ley.
- Recomendar al Gobierno nacional la realización de programas de difusión de derechos y deberes de los asegurados y demás ciudadanos, para su protección.
- Instar a las entidades administradoras de planes de beneficio (EAPB) a que cumplan a cabalidad con el compromiso social delegado por el Estado de prestar los servicios de salud a los ciudadanos, dentro del marco normativo.
- Conminar a las entidades de aseguramiento a que diseñen incentivos y campañas para garantizar que los afiliados accedan a las actividades de promoción y prevención.
- Recomendar al Gobierno nacional la expedición de una reglamentación para la atención de pacientes que padezcan de las enfermedades clasificadas como huérfanas.
- Exhortar al Estado a crear una justicia especializada en materia de seguridad social, para así mitigar la congestión del sistema judicial por el incremento de la acción de tutela como instrumento de protección de los derechos fundamentales; entre estos, la salud por conexidad con la vida y los prestacionales cuando afectan el mínimo vital.

En el año 2007, los investigadores Alba L. Vélez, Cecilia Realpe Delgado, Javier Gonzaga Valencia y Ana P. Castro Castro hicieron una caracterización de las tutelas²³ motivadas por acceso a los servicios de salud durante el periodo 2003-2004 en la ciudad de Manizales, mediante el análisis de 375 expedientes, y encontraron entre los principales resultados que la tutela se había convertido en el medio más efectivo para acceder a los servicios de salud; que el 74,7% de los accionantes pertenecían al régimen contributivo y el 14,4% al subsidiado. Las motivaciones se sustentaron sobre todo en tratamiento integral, que comprende medicamentos, exámenes, cirugías, citas con especialista y realización de procedimientos, entre otros aspectos; el 41% de las tutelas instauradas lo fueron por productos incluidos en el POS y ocuparon el primer lugar las cirugías, otros tratamientos, la consulta con médico especialista y los exámenes paraclínicos. Las tutelas fueron falladas en un alto porcentaje en favor de los demandantes; en un 74%, el tiempo transcurrido entre la instauración de la tutela y el fallo no superó los 10 días. Las instituciones con más fallos en contra fueron ISS EPS-IPS, con el 53%; Salud Total con el 11%; Dirección Territorial de Salud con el 10,4%, como entidad única demandada en asocio con una ESE, una ARS o una secretaría de salud municipal; y Cafesalud con el 6%.

Las EPS y ARS dicen que las causas por tutelas de beneficios incluidos en el POS se deben a los periodos de carencia, a la falta de infraestructura en diferentes regiones, a problemas presupuestales, a los contenidos del POS desactualizados, incompletos, no integrales y no

23 Revista de salud pública. Volumen 9 Número 2B junio 2007.



ajustados a los requerimientos reales de la población, y a las fallas de los prestadores de servicios de salud. Los prestadores de servicios dicen que se debe, entre otras razones, a “el desconocimiento de los funcionarios que autorizan los procedimientos, falta de recursos, la demora en el servicio por tanta tramitología y la capacidad de pago por parte de algunos usuarios”. Los usuarios opinan que esta situación tiene relación con “el desconocimiento de sus usuarios de los derechos y deberes, de lo cual se aprovechan las aseguradoras, la negligencia de muchos funcionarios y la negligencia en la atención de las IPS, la falta de autonomía administrativa y financiera para tomar decisiones y los presupuestos insuficientes”.

El estudio demostró tendencias de incremento de la acción de tutela como mecanismo para acceder a los servicios de salud. Adicionalmente, menciona que corresponde a los diferentes actores velar porque se garantice el derecho a la salud: al gobierno, haciendo lo que le corresponde –el seguimiento y control sobre EPS y ARS que con mayor reiteración están siendo tuteladas–; a la autoridad sanitaria territorial, como ente rector, ejerciendo un liderazgo en términos de conciliar interpretaciones restrictivas y vulneradoras de derechos que se presentan en la región y que desembocan irremediabilmente en una acción de tutela; a los aseguradores, garantizando la prestación de salud; y a los usuarios, exigiendo sus derechos con base en mayor información.

En el año 2008 los investigadores Claudia Milena Rodríguez Tejada, Gloria Molina Marín y Santiago Alejandro Jiménez, de la Universidad de Antioquia, realizaron un estudio descriptivo²⁴, retrospectivo de 384 expedientes, que denominaron “Características de las tutelas en salud tramitadas en Medellín, Colombia”, en el que analizaron acciones de tutela entre los años 2001 y 2007 a través de un muestreo aleatorio estratificado del cual obtuvieron los siguientes resultados: el 79% de las personas que interpusieron acciones de tutela están en el régimen contributivo; de ellas, el 88% exigía atenciones en salud, medicamentos o insumos y contenidos en el POS. De los afiliados al régimen subsidiado, el 57% solicitó atenciones y servicios incluidos en el POS. El 62% de las personas solicitaron atención integral. Las enfermedades del sistema muscular y osteomuscular llevaron a un mayor número de personas a interponer la tutela (19% y 15%, respectivamente). El estudio concluye que la mayoría de las personas, sin importar la afiliación al SGSSS, solicitan por medio de la acción de tutela atenciones y servicios de salud incluidos en el POS.

La Defensoría del Pueblo continuó en el año 2009 el análisis de las tutelas y elaboró un tercer documento²⁵ con la información correspondiente al periodo 2006-2008, en el cual concluye lo siguiente:

- La acción de tutela continúa siendo el mecanismo más efectivo utilizado por los colombianos para hacer valer sus derechos.

²⁴ Características de la tutela en salud. www.scielo.org.co.

²⁵ Defensoría del Pueblo. La Tutela y el Derecho a la Salud 2006-2008, Bogotá, 2009.

- El 55,1% de las tutelas en general se concentra en Bogotá, Antioquia y Valle del Cauca.
- El derecho a la salud se constituyó como el más invocado en las tutelas, pues más de la tercera parte de estas lo contienen.
- En dieciséis (16) departamentos el derecho a la salud es el más invocado en las tutelas.
- Caldas y Antioquia registran más de 60 tutelas en salud por cada 10.000 habitantes.
- El 86% de las tutelas en salud favorecen a los accionantes. Las denegadas, en su mayoría, obedecen a factores distintos del reconocimiento del derecho, como la carencia de objeto o hecho superado.
- El 78,1% de las tutelas en salud se interponen contra las EPS que administran los regímenes contributivo y subsidiado, seguido en menor proporción por los entes territoriales, los cuales en conjunto alcanzan el 14,3%.
- En el régimen contributivo, el Seguro Social fue la entidad más tutelada, con una participación del 31,5% en el año 2008, seguida de Coomeva, con el 20,3%, y Saludcoop, con el 15,1%.
- Según el número de tutelas por cada 10.000 afiliados, el Seguro Social es la entidad más tutelada, al presentar hasta la fecha de funcionamiento 97,6 tutelas, seguida de Coomeva y Salud Colpatria, con 55 y 51,4 tutelas, respectivamente.
- Respecto de las EPS que prestan servicios solamente en el régimen subsidiado, al aplicar el indicador de número de tutelas por cada 10.000 afiliados, Comfenalco Quindío fue la entidad más tutelada, con 32,6 tutelas, seguida de Comfenalco Santander y Córdor.
- En el año 2008, cerca de la mitad de las tutelas interpuestas en contra de las entidades del Estado estuvieron dirigidas contra Acción Social.
- Un promedio de 1.000 tutelas anuales se interponen en contra del Inpec o directamente a las penitenciarías para reclamar servicios de salud. Los departamentos de Caldas, Santander y Boyacá fueron las regiones donde se instauraron más tutelas por este concepto.
- El 53,4% de las solicitudes incluidas en las tutelas se refieren a servicios que se encuentran en el POS, de las cuales el 85,5% corresponde al régimen contributivo.
- Las cirugías, los medicamentos y los exámenes paraclínicos, en su orden, fueron los servicios más solicitados en las tutelas.
- El 74,8% de las solicitudes por cirugías están en el POS; de estas, el 88,5% corresponde al régimen contributivo. Las principales negaciones surgen en las cirugías que requieren insumos o aditamentos adicionales para su realización, tales como la corrección de cataratas, los implantes de stent y, en cuanto a ortopedia, las que implican reemplazos articulares y material de osteosíntesis.



- En medicamentos, el 23,5% de las solicitudes están en el POS; de estas, el 51,6% pertenece al régimen contributivo y los más solicitados son el ácido valproico, Losartan, Metoprolol y Omeprazol, entre otros. En cuanto a los no POS resaltan medicamentos como Clopidogrel, Glucosamina, drogas psiquiátricas y antihipertensivos de nueva generación, biológicos y, en general, todos los medicamentos de marca.
- En exámenes paraclínicos, el 62,6% de las solicitudes están relacionadas con exámenes incluidos en el POS; de estas, el 87% corresponde al régimen contributivo. Las más reiteradas son la resonancia nuclear magnética de cráneo y de columna y los TAC abdominales de columna y cerebro. En lo no POS se solicitan las pruebas alérgicas, pruebas electrofisiológicas (mapeo y ablación), test de mesa basculante y los cariotipos.
- El 48,2% de las prótesis y órtesis solicitadas en las tutelas están incluidas en el POS; de estas, el 93,7% corresponde al régimen contributivo. Las solicitudes más reiteradas son lentes intraoculares, stent básico y reemplazos articulares. En cuanto a lo no POS, las negaciones aparecen en aquellas que requieren tecnologías específicas, como el implante coclear, prótesis con especificaciones especiales y stent medicalizados, entre otros.
- El 66,9% de las solicitudes por tratamientos están incluidas en el POS; de estas, el 86% corresponde al régimen contributivo. Las más solicitadas son las quimioterapias y radioterapias, seguidas de las terapias de rehabilitación (fisioterapia, de lenguaje y ocupacional). En los no POS se destacan los tratamientos odontológicos.
- La adopción de las guías de manejo y modelos de atención redujo de manera significativa las tutelas sobre VIH/sida y pacientes renales.
- Para garantizar el tratamiento completo de su enfermedad, los pacientes solicitan en las tutelas que se les conceda el tratamiento de manera integral.
- El 77,7% de las solicitudes por procedimientos están en el POS; de estas, el 91% corresponde al régimen contributivo. Las más solicitadas son las biopsias, litotripcias extracorpóreas, diálisis peritoneal y hemodiálisis.
- La falta de recurso humano, la concentración de profesionales en las grandes urbes, la falta de oportunidad y el aplazamiento en citas de espera son los principales motivos de interposición de tutelas para solicitar citas médicas especializadas.

Como producto de los resultados de este estudio, la Defensoría del Pueblo hizo las siguientes recomendaciones:

- Urgir al Gobierno nacional para que reasigne los recursos existentes en el sistema y, si es necesario, establezca mecanismos para la consecución de nuevos recursos con el fin de unificar el POS de tal forma que garantice el cubrimiento de las necesidades de los ciudadanos sin menoscabar el contenido actual del plan de beneficios del régimen contributivo.

- Instar al Ministerio de la Protección Social a que adopte guías de manejo y modelos de atención para las diferentes patologías, tal como se hizo con VIH/sida y pacientes renales.
- Conminar al Ministerio de la Protección Social en el sentido de que modifique la Resolución 3099 de 2008, por cuanto no se ajusta a lo ordenado por la honorable Corte Constitucional en la Sentencia T-760 de 2008 respecto de la garantía de acceso a los servicios en salud, lo cual genera negaciones que, en la mayoría de los casos, se convierten en tutelas.
- Instar al Ministerio de la Protección Social a que, en conjunto con el Ministerio de Educación, adopte una política nacional que regule y garantice el recurso humano en salud en todo el territorio nacional.
- Conminar a la Superintendencia Nacional de Salud a que, en virtud de sus funciones de inspección, vigilancia y control, ejerza sus facultades jurisdiccionales y sancione de manera ejemplar a aquellas entidades que de manera reiterada vulneren el derecho a la salud, especialmente las que nieguen contenidos del POS.
- Instar a la Comisión de Regulación en Salud (CRES) a que el plan de beneficios unificado no sea inferior a los contenidos del actual plan de beneficios del régimen contributivo, en cumplimiento del principio de progresividad de la seguridad social.
- Solicitar a la CRES que precise el contenido del nuevo plan de beneficios, aplicando el principio de integralidad ordenado por la Corte Constitucional.
- Sugerir a la CRES que tenga en cuenta este informe como herramienta complementaria para el ajuste del plan de beneficios.
- Instar a la CRES a que regule los procedimientos que deben adelantar los médicos tratantes, adscritos o no a la red de las EPS, de tal forma que los CTC autoricen los servicios de salud requeridos por los pacientes en cumplimiento de la Sentencia T-760 de 2008.
- Exhortar a las veedurías ciudadanas a que, en cumplimiento de su función legal, ejerzan vigilancia en la utilización de los recursos asignados al régimen subsidiado.
- Solicitar al Congreso de la República que considere en una nueva ley la figura del Defensor del Usuario en Salud en cabeza de la Defensoría del Pueblo, de tal forma que su mediación entre aseguradoras y usuarios disminuya la interposición de acciones de tutela.
- Recomendar al Consejo Superior de la Judicatura el diseño de programas de capacitación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud dirigido a jueces de la república, con el fin de darles mayores elementos para emitir sus fallos.
- Conminar al Instituto Nacional de Salud a que adopte estrategias adecuadas para crear en los ciudadanos la cultura de donación de órganos.



- Solicitar a la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (Acemi) y a Gestarsalud que convoquen a sus afiliados con el fin de comprometerlos en un acuerdo de no negación de servicios de salud que se encuentren incluidos en el Plan Obligatorio de Salud tanto del régimen contributivo como del subsidiado y los autoricen de manera oportuna y sin dilaciones.

La Defensoría del Pueblo continuó en el año 2010 con el cuarto análisis de las tutelas. A partir de esta fecha, dada la necesidad de presentar informes oportunos y de verificar el efecto de la Sentencia T-760 de 2008, decidió realizar informes anuales. Este cuarto informe²⁶ incluye datos del año 2009, con las siguientes conclusiones:

- En el año 2009, los ciudadanos presentaron un total de 370.640 tutelas, un 7,6% más que las del año anterior. La tutela sigue siendo el mecanismo más efectivo utilizado por los colombianos para hacer valer sus derechos.
- Por cada 10.000 habitantes del territorio nacional se interponen 82,41 tutelas por vulneración de algún derecho fundamental, un 6,3% más que en el año anterior.
- Bogotá, Antioquia y Valle del Cauca interpusieron más de la mitad de las tutelas del país. Magdalena, Antioquia y Caldas presentan los índices más altos de tutelas por cada 10.000 habitantes.
- En el año 2009, el derecho de petición fue el más invocado en las tutelas, seguido del derecho a la salud y de otros derechos económicos sociales y culturales.
- El Seguro Social y el Programa Presidencial Acción Social son las entidades del Estado que más vulneran el derecho de petición, lo que conlleva interponer acciones de tutela que congestionan los despachos judiciales.
- Las órdenes impartidas por la honorable Corte Constitucional en la Sentencia T-760 de 2008 trajeron como consecuencia la disminución de las tutelas en salud durante el último año.
- En el año 2009, la participación de las tutelas en salud dentro de las tutelas en general fue del 27%, la cifra más baja observada desde el año 2001.
- Más del 50% de las tutelas en salud se instauraron en Antioquia, Valle del Cauca y Bogotá.
- Caldas, Antioquia y Risaralda presentan los índices más altos de número de tutelas en salud por cada 10.000 habitantes.
- El 65,9% de las tutelas en salud se interpusieron contra las EPS que administran los regímenes contributivo y subsidiado.

26 Defensoría del Pueblo. La tutela y el derecho a la salud, 2009, Bogotá, 2010.

- Las tutelas en salud contra las EPS que administran solamente el régimen contributivo disminuyeron en un 52,2% debido a la ampliación de competencias dadas a los comités técnicos científicos.
- Respecto de las EPS que prestan servicios solamente en el régimen contributivo, la Nueva EPS, Coomeva y Saludcoop fueron las más tuteladas. La Nueva EPS, Comfenalco Valle y Coomeva presentaron los índices más altos de tutelas por cada 10.000 afiliados.
- Las tutelas en salud contra las EPS que administran solamente el régimen subsidiado se incrementaron en un 7% con respecto al año anterior. Caprecom, Asmet Salud y Emdisalud, en su orden, son las entidades más tuteladas.
- Respecto de este mismo grupo, Comfenalco Quindío, Comfenalco Santander y Comfenalco Tolima presentaron los índices más altos de tutelas por cada 10.000 afiliados.
- La solicitud de tratamientos fue la más frecuente en las tutelas, seguida por las de medicamentos y cirugías.
- El 68,2% de las solicitudes en las tutelas se encuentran incluidas dentro del POS. Esta cifra es mayor a la observada en el año 2008 (50,7%).
- Las solicitudes POS en las tutelas fueron mayores en el régimen subsidiado que en el contributivo y su participación creció del 16,6% al 56,4%.
- La falta de oportunidad incrementó las tutelas por solicitudes POS en el régimen subsidiado.
- Las solicitudes más frecuentes de los contenidos POS en las tutelas son: tratamientos (28,2%), cirugías (17,5%) y citas con especialista (16,5%).
- Las solicitudes más frecuentes en los contenidos no POS son medicamentos (54,4%) y prótesis (20,8%).
- El 86,5% de las solicitudes por tratamientos están incluidas dentro del POS y distribuidas, de manera equitativa, entre ambos regímenes. El régimen subsidiado presentó la mayor variación en estas negaciones, pasó del 14,5% al 50,2%.
- En las tutelas lo más solicitado es el tratamiento integral, especialmente en las especialidades de neurología, oncología y oftalmología.
- El 28,2% de medicamentos tutelados hacen parte del POS. Los más solicitados son la vacuna del neumococo, el oxígeno, la Carbamazepina y el Metrotexate.
- Los medicamentos más requeridos, que no se encuentran dentro del POS, son el Clopidogrel, las insulinas de nueva generación y el Rituximab.
- El 87,7% de las cirugías solicitadas por tutela hacen parte del POS, con un incremento respecto del año pasado, cuando el régimen subsidiado tuvo mayor incidencia.



- Las cirugías POS más solicitadas en ambos regímenes son: cataratas, reemplazos articulares y el baipás gástrico. Este último está excluido del POS subsidiado.
- Las cirugías no POS más solicitadas son las mamoplastias de reducción y los implantes cocleares.
- El 94,6% de las solicitudes de citas médicas están incluidas dentro del POS. Las citas por neurología, ginecología, urología y oftalmología son las más requeridas.
- Las citas médicas más solicitadas que no están incluidas en el POS son las juntas laborales, medicina laboral, odontología especializada y neurosicología.
- El 87,1% de las solicitudes de imágenes diagnósticas están incluidas en el POS. Las resonancias, las TAC cerebrales y los estudios electrofisiológicos son los más tutelados.
- Las imágenes diagnósticas no POS más solicitadas son el test de mesa vasculante y los ecocardiogramas de reciente tecnología.
- El 25,9% de las solicitudes de prótesis y órtesis están incluidas en el plan de beneficios. Los lentes intraoculares, los audífonos, los cardiodesfibriladores y las mallas quirúrgicas son los más tutelados.
- En prótesis y órtesis en lo no POS, aparecen los pañales, las bolsas de colostomía y las gafas y mallas quirúrgicas con especificaciones especiales.
- El 89,9% de los exámenes paraclínicos solicitados en las tutelas se encuentran en el POS.
- Los hemogramas, los perfiles lipídicos, las glicemias y la prueba tiroidea son los más requeridos.
- Los exámenes paraclínicos no POS más requeridos fueron las pruebas alérgicas y aquellos con características muy especializadas.
- El 74,5% de los procedimientos solicitados están incluidos en el POS, y son las biopsias y las litotripcias extracorpóreas los más pedidos.
- Los procedimientos no POS más requeridos son las inyecciones intravítreas.
- Los usuarios continúan reclamando, a través de la acción de tutela, que se garantice el pago del transporte y el alojamiento del paciente y su acompañante para acceder a los servicios de salud.
- Las EPS siguen negando el pago de la licencia de maternidad cuando se afecta el mínimo vital de las madres trabajadoras. De esta manera, se hace caso omiso a las reglas establecidas en sus sentencias por la Corte Constitucional.

Teniendo en cuenta los resultados, se hicieron las siguientes recomendaciones:

- Instar al Gobierno nacional y al Congreso de la República a que protejan la acción de tutela como el único mecanismo efectivo que tienen las personas para hacer valer sus derechos fundamentales.



- Apremiar al Ministerio de la Protección Social a que modifique la Resolución 3099 de 2008, por cuanto no se ajusta a lo ordenado por la honorable Corte Constitucional en la Sentencia T-760 de 2008 respecto de la garantía de acceso a los servicios en salud, lo cual genera negaciones que, en la mayoría de los casos, se convierten en tutelas.
- Insistírle al Ministerio de la Protección Social para que, en conjunto con el Ministerio de Educación, adopte una política nacional que regule y garantice el recurso humano en salud en todo el territorio nacional.
- Reiterar a la Superintendencia Nacional de Salud que, en virtud de sus funciones de inspección, vigilancia y control, ejerza sus facultades jurisdiccionales y sancione de manera ejemplar a aquellas entidades que de manera reiterada vulneren el derecho a la salud, especialmente a las que nieguen contenidos del POS.
- Solicitar a la CRES que, en cumplimiento de la Sentencia T-760 de 2008, aclare y precise los contenidos del plan de beneficios, con el fin de evitar interpretaciones que lleven a negarlos.
- Exhortar a la CRES a tener en cuenta este informe como herramienta prioritaria para actualizar las negaciones no POS más reiteradas, con el fin de que sean incorporadas en el Plan de Beneficios.
- Urgir a la CRES a regular de manera clara el pago de las licencias de maternidad, tal como lo ha establecido de manera reiterada la honorable Corte Constitucional en sus sentencias.
- Instar a las EPS a que adopten estrategias que garanticen la debida oportunidad en la prestación de los servicios en salud, en cumplimiento de la Circular 056 de 2009 emitida por la Superintendencia Nacional de Salud.
- Apremiar a Acemi, Asocajas y Gestarsalud para que convoquen a sus afiliados, con el fin de comprometerlos en un acuerdo de no negación de servicios de salud que se encuentren incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, tanto del régimen contributivo como del subsidiado, y para que los autoricen de manera oportuna y sin dilaciones.
- Exhortar al Congreso de la República a que modifique la figura del Defensor del Usuario en Salud establecida en la Ley 1122 de 2007, para que quede en cabeza de la Defensoría del Pueblo, de tal manera que se aprovechen su infraestructura y experticia en la mediación entre aseguradoras y usuarios, de modo que así disminuya la interposición de acciones de tutela.

En el año 2011, los investigadores Emanuel Nieto L. y Alejandro Arango, investigadores de la Facultad de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, realizaron el estudio denominado “Costos de los servicios de salud tutelados y del proceso legal de las tutelas en Medellín, 2009”, cuyo objetivo fue reconstruir la ruta crítica de la tutela en salud y determinar los costos de este proceso y de los servicios de salud, basados en una muestra



de 384 tutelas del periodo comprendido entre el 2002 y el 2007, y en el cual llegaron a los siguientes resultados: por cada 100 pesos correspondientes a los servicios negados en las EPS, el sistema judicial de Medellín gastó 48 pesos en cada tutela. En más del 50%, la acción jurídica resultó ser superior al costo de los servicios. El costo medio de una tutela en salud, en pesos constantes de 2009, asciende a cerca de \$441.512,1 representados especialmente en costos de asesoría y fallo.

La investigación identificó una serie de temas que se enmarcan dentro de la denominada “crisis de la salud” y requiere de una reforma profunda del sistema, lo que implica un cambio del paradigma, que variará de un modelo de rentabilidad económica a uno de función social, conforme se ha introducido en otros países del mundo.

El quinto informe²⁷ realizado por la Defensoría del Pueblo en el año 2011 comprende el análisis de las tutelas instauradas en el año 2010, con las siguientes conclusiones:

- En el año 2010, los ciudadanos presentaron un total de 403.380 tutelas, un 8,83% más que en el año anterior. La tutela sigue siendo el mecanismo más efectivo utilizado por los colombianos para hacer valer sus derechos.
- Por cada 10.000 habitantes del territorio nacional se interponen 88,64 tutelas por vulneración de algún derecho fundamental, un 7,56% más que en el año anterior.
- El derecho de petición, con el 40,4%, sigue siendo el derecho más invocado en las tutelas, seguido del derecho a la salud y de otros derechos económicos, sociales y culturales.
- Antioquia, Bogotá, Valle del Cauca y Atlántico interpusieron más de la mitad de las tutelas del país. Sucre, Antioquia y Magdalena presentan los índices más altos de tutelas por cada 10.000 habitantes, aunque este último departamento tuvo una disminución del 14% respecto del año 2009.
- La participación de las tutelas en salud, dentro de las tutelas en general, fue del 23,4%, un 6% menos que en el año anterior.
- Antioquia, Valle del Cauca, Bogotá y Caldas concentran más del 50% de las tutelas en salud. Caldas, Antioquia y Risaralda continúan presentando los índices más altos de número de tutelas en salud por cada 10.000 habitantes.
- Los colombianos reconocen cada vez más el derecho a la salud como fundamental, por lo que la interposición de la acción de tutela en conexidad con otro derecho fundamental disminuyó de manera considerable.
- El 67,8% de las tutelas en salud se interpuso contra las EPS que administran los regímenes contributivo y subsidiado.

²⁷ Defensoría del Pueblo. La tutela y el derecho a la salud 2010, Bogotá, 2011.

- Las EPS que administran solo el régimen contributivo tuvieron una participación del 35% en las tutelas interpuestas por salud. Con respecto al año anterior, hubo una disminución del 6,3%.
- En el año 2010, las EPS Coomeva, Nueva EPS y Saludcoop, que prestan servicios solo en el régimen contributivo, fueron las más tuteladas; Coomeva pasó al primer lugar, con un incremento del 16,8%. La Nueva EPS, a pesar de presentar reducción en el número de tutelas, continúa con el indicador más alto por cada 10.000 afiliados, seguida de Coomeva y Comfenalco Valle.
- Cafesalud, Salud Total y Solsalud fueron las EPS con más número de tutelas entre las entidades que prestan servicios conjuntamente en el régimen contributivo y subsidiado. Al aplicar el indicador de tutela por cada 10.000 afiliados, Comfenalco Antioquia, Saludvida y Humana Vivir presentaron los índices más altos.
- Respecto de las EPS que administran el régimen subsidiado, las tutelas en salud se incrementaron en un 12,9% con respecto al año anterior. Caprecom, Asmet Salud y Emdisalud siguen siendo las entidades más tuteladas.
- En este mismo grupo, Comfenalco Quindío, Comfenalco Tolima y Cóndor presentaron los índices más altos de tutelas por cada 10.000 afiliados.
- Las tutelas contra el Inpec mostraron un incremento del 24,3% en relación con el año anterior. A pesar de que la mayoría de la población carcelaria fue asignada a la EPS Caprecom, los servicios en salud no mejoraron, y esto se refleja en el incremento del grado de insatisfacción.
- Al igual que en el año 2009, la solicitud de tratamientos fue la más frecuente en las tutelas, seguida por las de medicamentos y cirugías.
- El acceso directo a pediatría para los menores de 18 años está siendo condicionado por algunas EPS sin reconocer la definición establecida en la Ley de Infancia y Adolescencia y en reiteradas jurisprudencias de la Corte Constitucional.
- El 65,4% de las solicitudes en las tutelas se encuentran incluidas dentro del POS.
- Esta cifra, aunque es menor a la observada en el año 2009 (68,2%), sigue siendo alta.
- Las solicitudes POS en las tutelas fueron mayores en el régimen subsidiado (64,8%) que en el contributivo (35,2%).
- En medicamentos, el 34,9% de las solicitudes se encuentran incluidas en el POS, y los más reiterados son el oxígeno, el ácido acetilsalicílico (aspirina), el Omeprazol y la Ciclosporina.
- En cuanto a medicamentos no POS, las solicitudes más frecuentes fueron el Adalimumab, el Micofenolato de Mofetilo, la Risperidona, la Pregabalina, la Memantina y la insulina glargina.



- El 85,4% de las solicitudes por cirugías están dentro del POS. Las cirugías POS más solicitada fueron las de cataratas, histerectomías y, solo en el régimen contributivo, el baipás gástrico.
- Las cirugías no POS más solicitadas fueron las abdominoplastias, las lipectomías, las mamoplastias de reducción –posteriores al del baipás gástrico– y los implantes de todo tipo de prótesis. Solo en el régimen subsidiado, el baipás gástrico.
- El 97,1% de las citas médicas están incluidas dentro del POS. En el régimen contributivo, las citas por oftalmología, neurología y ortopedia son las más solicitadas. En el régimen subsidiado, las más requeridas son las relacionadas con ortopedia, medicina interna y ginecoobstetricia.
- En cuanto a citas médicas no POS contributivo, se destacan la cita con neurosicología. En el caso del régimen subsidiado, las más solicitadas son oftalmología y neurosicología.
- El 85,6% de las solicitudes por imágenes diagnósticas están en el POS, y las más solicitadas en el régimen contributivo fueron las diferentes TAC, la resonancia nuclear magnética y las electromiografías. En cuanto a lo no POS, el angiograma cerebral y los estudios electrofisiológicos.
- En el régimen subsidiado, las imágenes diagnósticas POS-S más solicitados fueron las TAC, las radiografías de tórax y los electrocardiogramas; las dos últimas, para definir riesgos quirúrgicos. En lo no POS-S, los más solicitados son los ecocardiogramas con estrés, la resonancia magnética de columna lumbosacra y la RNM cerebral contrastada.
- En cuanto a solicitudes por tratamientos, el 60,6% está dentro del POS y son las terapias de neurodesarrollo y las oncológicas las más tuteladas. En lo no POS aparecen como más requeridas las equinoterapias, acuaterapias, hidroterapias, musicoterapias, rehabilitación neurosicológica y rehabilitación de adicciones.
- El 19,2% de las solicitudes por prótesis, órtesis e insumos médicos están incluidas dentro del POS. Las más tuteladas son los lentes intraoculares, los reemplazos protéticos articulares, los audífonos, las mallas quirúrgicas y el material de osteosíntesis.
- En cuanto a lo no POS, los pañales, los kits de colostomía (bolsas y galletas), las sillas de ruedas, kits de glucometría (lancetas, insulina, glucómetro y tirillas), las jeringas, las prótesis, órtesis e insumos médicos son los más solicitados.
- El 96,8% de las solicitudes por exámenes paraclínicos están incluidas en el POS. Las más frecuentes fueron los hemogramas, la creatinina, los tiempos de coagulación, el nitrógeno ureico y las glicemias pre- y posprandial.
- Los exámenes paraclínicos no POS más requeridos fueron el careotipo, el test de clonidina y de insulina para estudio de la hormona de crecimiento, los hemogramas y la escala de Weschler.



- El 73,6% de las solicitudes por procedimientos están incluidas en el POS; las más solicitadas son las biopsias, resección de lesiones cutáneas, sustituciones de sondas nasogástricas o esofagostomía y el examen de colon por enema.
- Los procedimientos no POS más requeridos fueron las fertilizaciones, la inyección intravítrea y la manometría esofágica.

Como resultado de este análisis, se hicieron las siguientes recomendaciones:

- Exhortar al Gobierno nacional a que haga exigible la directiva presidencial N° 04 del 22 de mayo de 2009, que establece la forma y los tiempos de respuesta de los derechos de petición, ya que su incumplimiento y la omisión de los servidores públicos ha ocasionado aumento en las tutelas.
- Alertar al Ministerio de la Protección Social para que establezca si las EPS le están recobrando al Fosyga las solicitudes POS, si se tiene en cuenta el gran número de ellas que se encuentran en las tutelas.
- Apremiar al Ministerio de la Protección Social y a la Superintendencia Nacional de Salud para que en la reglamentación de la Junta Técnica Científica de Pares se contemple el principio de oportunidad, con el fin de evitar la vulneración de los derechos a la salud y la vida de los pacientes.
- Exhortar a la Superintendencia Nacional de Salud a que, en desarrollo de sus facultades de inspección, vigilancia y control, adopte medidas ejemplarizantes sobre aquellas entidades que, de manera reiterada, vulneren el derecho a la salud, especialmente a las que nieguen contenidos del POS.
- Instar a la Superintendencia Nacional de Salud a que haga exigibles los tiempos de oportunidad en la prestación de los servicios en salud establecidos en su Circular 056 de 2009.
- Solicitar a la CRES a que, en cumplimiento de la Sentencia T-760 de 2008, aclare y precise el Acuerdo 08 de 2009, con el fin de evitar interpretaciones equivocadas que lleven a negar servicios incluidos en el Plan de Beneficios.
- Exhortar a la CRES a que incorpore dentro del Plan de Beneficios las negaciones no POS más reiteradas en los resultados de este informe, con base en los criterios técnicos que tal entidad tiene establecidos.
- Instar a la CRES a que incorpore dentro del Plan de Beneficios, tal como lo ha señalado la honorable Corte Constitucional en reiteradas sentencias, el servicio del acompañante del paciente, previo certificado del médico tratante, cuando sea totalmente dependiente de un tercero para su desplazamiento, requiera atención permanente para garantizar su



integridad física y el ejercicio adecuado de sus labores cotidianas, y ni él ni su núcleo familiar cuenten con los recursos suficientes para financiar dicho traslado.

- Solicitar a la Contraloría General de la República que establezca si las EPS están recobrando del Fosyga las solicitudes POS, si se tiene en cuenta el gran número de ellas que se encuentran en las tutelas y, de ser así, adelantar las investigaciones correspondientes.
- Exhortar a las EPS a que cumplan con su obligación legal de garantizar de manera oportuna la prestación de los servicios contemplados en el Plan de Beneficio.

En reciente informe, elaborado por la Personería de Bogotá²⁸, se encontró que el 37% de las tutelas realizadas por esa entidad correspondían a salud y que la primera causa de interposición era la solicitud de medicamentos, procedimientos y tratamientos. Otro motivo era la mora en la prestación del servicio por parte de las EPS.

El informe señala que las EPS del régimen contributivo contra las cuales la Personería realizó el mayor número de tutelas fueron: Nueva EPS, Salud Total, Famisanar, Compensar, Cruz Blanca y Humana Vivir, y en el régimen subsidiado Humana Vivir, Salud Total, Colsubsidio, Solsalud y Caprecom.

Adicionalmente, la Personería de Bogotá encontró que mientras en el año 2008 los desacatos elaborados eran del 2% del total de tutelas, en 2009 la cifra ascendió a 2,5%, y en 2010 y 2011 al 12,5% y 11,7%, respectivamente. Según la misma entidad, las empresas prestadoras de salud más reuentes a cumplir los fallos de tutela fueron, en el 2011, ISS-Nueva EPS (71), Humana Vivir (41), Salud Total (23), Solsalud (22), Caprecom (15), Famisanar (11) y Compensar (11). En el año 2012, ISS-Nueva EPS (14), Humana Vivir (13), Solsalud (7), Famisanar (6), Salud Total (6), Saludcoop (84) y Cafesalud (4).

28 www.personeriabogota.gov.co.

CAPÍTULO II

LA TUTELA Y EL DERECHO A LA SALUD - 2011

1. OBJETIVOS

1.1. OBJETIVO GENERAL

Verificar el uso de la tutela en los últimos 20 años como el medio más eficaz utilizado por los ciudadanos para hacer valer sus derechos y cuantificar su número. Asimismo, determinar las negaciones más frecuentes en las acciones invocadas para reclamar servicios de salud durante el año 2011.

1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Cuantificar el número de tutelas interpuestas en los últimos 20 años.
- Identificar la tendencia numérica en la interposición de tutelas desde sus inicios.
- Determinar los derechos más invocados en las tutelas.
- Identificar las regiones del país donde más se interponen tutelas.
- Establecer la participación de las tutelas que invocan el derecho a la salud en el contexto de las tutelas en general.
- Identificar las entidades contra las cuales se interpone el mayor número de tutelas.
- Señalar la orientación judicial, en primera instancia, de las tutelas en salud.
- Identificar las entidades prestadoras de servicios de salud que mayor número de tutelas concentran.
- Identificar el contenido más frecuente de las tutelas que invocan el derecho a la salud.
- Establecer los contenidos del POS y no Pos incluidos en las tutelas.

2. ASPECTOS METODOLÓGICOS

El análisis de la información comprende datos recopilados por la honorable Corte Constitucional desde el año 1992, fecha en la cual los colombianos empezaron a hacer



uso, por primera vez, de este mecanismo de protección establecido en el artículo 86 de la recién creada Constitución de 1991. La base de datos contiene información de las tutelas interpuestas en todos los juzgados del país y que son enviadas a la Corte en cumplimiento del artículo 33 del Decreto 2591 de 1991²⁹.

El estudio se divide en tres fases: la primera comprende el análisis descriptivo de todas las tutelas interpuestas en el país desde el año 1992, para determinar la magnitud del uso de la tutela en los 20 años de existencia, con énfasis en el periodo 2010-2011, en el que se determinan tendencias en el tiempo, derechos invocados, entidades accionadas y los lugares donde se interpusieron las mismas.

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

La última etapa comprende un análisis pormenorizado de los hechos narrados por los accionantes en las tutelas que invocaron el derecho a la salud, verificando si cada una de las solicitudes de las tutelas estaba o no incluida en el Plan Obligatorio de Salud (POS) en el periodo analizado, tanto del régimen contributivo como del subsidiado. Para dicha clasificación se tuvo en cuenta la normatividad vigente al 31 de diciembre de 2011, así como las pruebas piloto de las ciudades de Cartagena y Barranquilla. El análisis fue realizado con base en una muestra representativa de 3.024 tutelas, seleccionadas a través del método de muestreo aleatorio estratificado.

La recolección de la información se hizo directamente sobre los expedientes físicos que reposaban en la Corte Constitucional, para lo cual se elaboró una ficha de recolección denominada “Reseña esquemática de tutelas”, en la cual se consignó: régimen, edad, diagnóstico, exámenes, medicamentos, cirugías, tratamientos, prótesis, órtesis, insumos médicos y citas médicas, entre otros datos (*Anexo N°1*). Las solicitudes fueron registradas tal como aparecían en los hechos, incluyendo marca, gramaje, en caso de medicamentos, y especificaciones especiales en las otras solicitudes.

2.1. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

Marco muestral: tutelas registradas en la base de datos de la Corte Constitucional durante el año 2011.

²⁹ Artículo 33. *Revisión por la Corte Constitucional.* La Corte Constitucional designará dos de sus Magistrados para que seleccionen, sin motivación expresa y según su criterio, las sentencias de tutela que habrán de ser revisadas. Cualquier Magistrado de la Corte, o el Defensor del Pueblo, podrá solicitar que se revise algún fallo de tutela excluido por éstos cuando considere que la revisión puede aclarar el alcance de un derecho o evitar un perjuicio grave. Los casos de tutela que no sean excluidos de revisión dentro de los 30 días siguientes a su recepción, deberán ser decididos en el término de tres meses.

Población objetivo: tutelas que durante el año 2011 invocaron vulneraciones al derecho a la salud.

Modelo de muestreo: tipo aleatorio estratificado por departamento con asignación proporcional, un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 2.5%.

Tamaño de la muestra: El número de tutelas seleccionadas para el análisis fue de 3.024, lo que incluye un estimado del 1% de “no respuesta”. La distribución selectiva tuvo en cuenta el número de tutelas que invocaron el derecho a la salud, por departamento, el cual sirvió como ponderador. El análisis crítico de la información condujo a que no se eliminaran unidades muestrales.

Unidad de análisis: tutela en la cual el ciudadano invocó el derecho a la salud.

3. RESULTADOS

3.1. EVOLUCIÓN DE LA TUTELA EN COLOMBIA DURANTE LOS 20 AÑOS DE EXISTENCIA

A partir de la Constitución de 1991, los colombianos encontraron en la acción de tutela el medio más efectivo y expedito para defender sus derechos fundamentales, tal como lo demuestran las cifras encontradas en los distintos estudios elaborados por la Defensoría del Pueblo a lo largo de este periodo. Sin embargo, solo desde 1992 se interpusieron las primeras tutelas y comenzó así una serie de logros de los ciudadanos a lo largo de 20 años.

Son muchos los colombianos beneficiados durante la existencia de la tutela en el país, pero sin duda los más agradecidos son aquellos que, gracias a ella, lograron salvar su vida u obtener una mejor calidad de vida.

Las estadísticas muestran que durante 20 años de uso efectivo de la tutela (1992-2011), los colombianos han interpuesto 3.321.457 acciones para reclamar algún derecho fundamental y, aunque las mismas no fueron favorables a los ciudadanos en un 100%, más del 80% logró que los jueces de la república accedieran a sus peticiones.

El crecimiento de las tutelas durante este periodo (1992-2011) es del 3677% y aunque el ritmo de crecimiento anual ha disminuido, el número de tutelas sigue en aumento, pues mientras en el año 1992 tres de cada 10.000 habitantes interponían una tutela, hoy este indicador se sitúa en 88. De acuerdo con las cifras, cada año el número de tutelas aumenta con respecto al año anterior. Por ello, en el 2011 se registra el mayor número desde la existencia de esta acción de amparo en el ordenamiento jurídico colombiano (*Tabla N° 1*).



TABLA N° 1

REGISTRO DE TUTELAS EN COLOMBIA Periodo 1992- 2011				
AÑO	Nº Tutelas	Crecimiento anual %	Nº de tutelas por cada 10.000 habitantes	Crecimiento anual %
1992	10.732		3,02	
1993	20.181	88,05	5,57	84,48
1994	26.715	32,38	7,25	30,03
1995	29.950	12,11	7,99	10,28
1996	31.248	4,33	8,21	2,70
1997	33.663	7,73	8,71	6,15
1998	38.248	13,62	9,76	12,03
1999	86.313	125,67	21,72	122,56
2000	131.764	52,66	32,70	50,52
2001	133.272	1,14	32,65	-0,14
2002	143.887	7,96	34,82	6,62
2003	149.439	3,86	35,71	2,57
2004	198.125	32,58	46,76	30,95
2005	224.270	13,20	52,29	11,82
2006	256.166	14,22	59,02	12,86
2007	283.637	10,72	64,57	9,41
2008	344.468	21,45	77,50	20,01
2009	370.640	7,60	82,41	6,34
2010	403.380	8,83	88,64	7,56
2011	405.359	0,49	88,04	-0,68
Total	3.321.457			

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

Con la expedición de la Sentencia T-760 de 2008, emitida por la honorable Corte Constitucional como resultado de la alta participación que tenían las tutelas en salud, se esperaba que las tutelas, a nivel global, empezaran a disminuir. Sin embargo, aunque en los dos años siguientes se presentó una leve disminución, estas no fueron suficientes para que se observara en las cifras globales, ya que otros grupos poblacionales, como los desplazados y los ciudadanos próximos a pensionarse, empezaron a interponer acciones de tutela con el fin de reclamar sus derechos. Así, en las cifras del 2011 nuevamente se observa una reactivación de las tutelas en salud, a pesar de las medidas tomadas por la Comisión de Regulación en Salud (CRES) y por el Ministerio de Salud y Protección Social, en cumplimiento de las órdenes impartidas por la Corte Constitucional. Las causas de este comportamiento serán analizadas en el capítulo de las tutelas que invocan el derecho a la salud.

3.1.1. Revisión de tutelas

Desde que se instituyó la tutela como el principal mecanismo de protección de los derechos fundamentales, la Corte Constitucional ha revisado un total de 14.276 tutelas

de las 3.321.457 instauradas en los 20 años, es decir, cerca del 0,5%, con un promedio aproximado anual de 713 y uno mensual de 60; sin embargo, los mejores indicadores de tutelas revisadas por cada 10.000 tutelas interpuestas se obtuvieron en los primeros años (*Tabla N° 2*).

Como resultado de las acciones revisadas a lo largo de estos 20 años, la Corte Constitucional ha fijado reglas jurisprudenciales, destacándose sentencias como la T-025 de 2004, para la protección de los derechos de los desplazados, y la T-760 de 2008, para la protección de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud. No obstante, las órdenes impartidas por la honorable Corte Constitucional para favorecer a estos grupos poblacionales no son cumplidas en su totalidad, por lo cual los usuarios se ven en la necesidad de seguir interponiendo tutelas por los mismos motivos, sin que los organismos competentes tomen las medidas necesarias para evitarlo.

TABLA N° 2

TUTELAS REVISADAS POR LA CORTE CONSTITUCIONAL				
Periodo 1992- 2011				
AÑO	Nº Tutelas	Tutelas revisadas	Nº de tutelas revisadas por cada 10.000 tutelas interpuestas	Crecimiento anual %
1992	10.732	182	169,59	
1993	20.181	394	195,23	15,12
1994	26.715	360	134,76	-30,98
1995	29.950	403	134,56	-0,15
1996	31.248	370	118,41	-12,00
1997	33.663	376	111,70	-5,67
1998	38.248	565	147,72	32,25
1999	86.313	705	81,68	-44,71
2000	131.764	1.340	101,70	24,51
2001	133.272	976	73,23	-27,99
2002	143.887	784	54,49	-25,60
2003	149.439	868	58,08	6,60
2004	198.125	898	45,32	-21,97
2005	224.270	1.061	47,31	4,38
2006	256.166	845	32,99	-30,27
2007	283.637	903	31,84	-3,49
2008	344.468	997	28,94	-9,09
2009	370.640	760	20,51	-29,15
2010	403.380	860	21,32	3,97
2011	405.359	629	15,52	-27,22
Total	3.321.457	14.276	42,98	

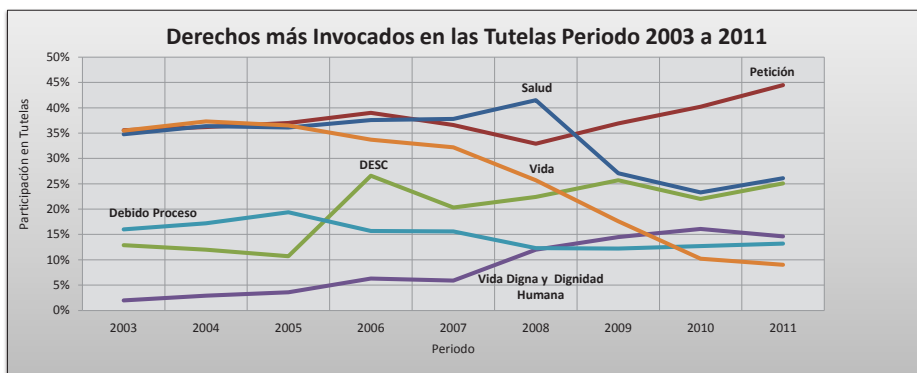
Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo



3.1.2. Los derechos tutelados

Durante el periodo de existencia de la acción de tutela, los derechos de petición, salud, otros derechos económicos, sociales y culturales, vida digna y dignidad humana, debido proceso y defensa, y el derecho a la vida son los más invocados y desde luego los más protegidos en estas sentencias (*Gráfica N° 1*).

GRÁFICA N° 1. DERECHOS MÁS INVOCADOS



En un comienzo, la tendencia fue la interposición de tutelas para proteger derechos fundamentales establecidos como tales en la Constitución Política. Posteriormente, las acciones se concentraron en la protección del derecho a la educación y a la seguridad social (tutelas interpuestas por aquellos ciudadanos que estaban próximos a pensionarse por la Caja Nacional de Previsión Social o por el Seguro Social). Más adelante, con la entrada en vigencia de la Ley 100 de 1993, el número de tutelas para reclamar los servicios de salud empezó a destacarse, y en 1999 cerca del 30% de las tutelas interpuestas incorporaban la protección de este derecho, el cual se pedía en conexidad con el derecho a la vida, para constituirse como el más invocado hasta el año 2004. Durante esta época, tres derechos sobresalieron (vida, petición y salud) y más de la tercera parte de las tutelas contenían el derecho a la salud.

A partir de 2006, el derecho a la salud empieza a ser el más tutelado y en el 2008 logra su máxima participación, con el 41,5%. Ha sido esta, entre otros motivos, la razón por la cual la Corte Constitucional expidió la Sentencia T-760 de 2008, en la que, como ya se dijo, estableció órdenes dirigidas a las entidades competentes, destinadas a lograr la efectiva protección del derecho a la salud y a frenar la avalancha de tutelas. Se cumplió tal objetivo en los años 2009 y 2010, ya que en el año 2011 la interposición de tutelas para reclamar servicios de salud nuevamente se reactivó, incrementándose en un 12,11% (*Tabla N° 3*).

TABLA N° 3

DERECHOS INVOCADOS EN LAS TUTELAS					
Periodo 2010 - 2011					
	2010		2011		Variación %
	Nº Tutelas	Part. en Tutelas %	Nº Tutelas	Part. en Tutelas	
Petición	162.983	40,21	180.265	44,47	10,60
Salud	94.502	23,31	105.947	26,14	12,11
Otros derechos económicos, sociales y culturales	89.227	22,01	101.578	25,06	13,84
Vida digna y dignidad humana	65.184	16,08	59.021	14,56	-9,45
Debido proceso y defensa	51.480	12,70	53.429	13,18	3,79
Vida	41.421	10,22	36.519	9,01	-11,83
Igualdad	20.261	5,00	22.923	5,65	13,14
Trabajo	10.843	2,67	10.219	2,52	-5,75
Libertad de enseñanza, educación, investigación	5.022	1,24	5.933	1,46	18,14
Integridad física	3.316	0,82	5.128	1,27	54,64
Intimidad, buen nombre y honra	4.053	1,00	4.212	1,04	3,92
Protección al menor y mujer embarazada	2.361	0,58	3.531	0,87	49,56
Personalidad jurídica	2.809	0,69	2.004	0,49	-28,66
Libertad individual	885	0,22	1.038	0,26	17,29
Libre desarrollo de la personalidad	574	0,14	716	0,18	24,74
Derechos colectivos y del medio ambiente	289	0,07	622	0,15	115,22
Libertad de expresión e información	245	0,06	413	0,10	68,57
Libertad de asociación	347	0,09	338	0,08	-2,59
Derechos políticos	306	0,08	338	0,08	10,46
Libertad de locomoción	130	0,03	201	0,05	54,62
Reparación e Indemnización	1.471	0,36	151	0,04	-89,73
Libertad de culto	27	0,01	38	0,01	40,74
Libertad de escoger profesión u oficio	38	0,01	33	0,01	-13,16
Libertad de conciencia	28	0,01	21	0,01	-25,00
Otros	65	0,02	1.015	0,25	1.461,54
TOTAL TUTELAS INTERPUESTAS	403.380		405.359		0,5

A continuación se hace un resumen de los principales derechos invocados (diferentes a salud) en las tutelas de 2011.



3.1.2.1. Derecho de petición

En los últimos tres años es el derecho más invocado en las tutelas, está consagrado en el artículo 23 de la Constitución Nacional y es tutelable cuando se hace una petición respetuosa a una autoridad y esta no responde dentro de los términos previstos para ello. En el año 2009 se expidió la Directiva Presidencial N° 04 del 22 de mayo, la cual les ordenó a los servidores públicos cumplir estrictamente con la forma, contenido y oportunidad en las respuestas que se dan a las peticiones presentadas por los ciudadanos, en los términos establecidos por la ley, sin que ello se dé en la práctica, tal como demuestran las cifras.

En el año 2011, el 44,5% de las tutelas lo contienen y su aumento se debe, como ya se dijo, a la poca importancia que dan algunas entidades del Estado a responder oportunamente las solicitudes de los ciudadanos. En primera instancia, estas acciones fueron concedidas en el 74,3% y solamente el 2,8% fueron revocadas en segunda instancia. Las entidades más tuteladas siguen siendo el Seguro Social Pensiones (34,9%), Acción Social (26,1%) y Cajanal-Buen Futuro (3,4%).

Los departamentos con el mayor número de tutelas que invocan el derecho de petición son Antioquia (30%), Bogotá (19,3%) y Valle del Cauca (10%). En 849 municipios se interpuso al menos una tutela por este motivo.

3.1.1.2. Otros derechos económicos sociales y culturales

Dentro de los derechos contemplados en este aparte se encuentran el derecho a la seguridad social (pensiones), el derecho al mínimo vital, el derecho a una vivienda digna, el derecho a la recreación, el derecho a la propiedad privada, el derecho a la unidad familiar y el derecho a la ayuda humanitaria. Estos se encuentran invocados en el 25,1% de las tutelas.

En relación con la decisión, el 65,7% de los casos son concedidos en primera instancia y, de estos, solamente el 2,9% son revocados en segunda instancia. Las entidades más tuteladas fueron Acción Social (31,1%), Seguro Social Pensiones (9,9%) y Coomeva (8%).

En los departamentos de Antioquia (26,8%), Bogotá (12%) y Valle del Cauca (9%) se concentra el mayor número de tutelas que invocan estos derechos. En 754 municipios se interpuso al menos una por este motivo.

3.1.2.3. Vida digna y dignidad humana

En el 2011 se constituyó como el cuarto derecho más invocado en las tutelas, con una participación del 14,6%. En decisión de primera instancia fueron concedidos a los ciudadanos el 73,3% de los casos y su revocación en segunda instancia llegó al 3,5%. Las entidades con mayor número de tutelas fueron, en su orden: Acción Social (23,6%), Coomeva (8,5%) y las secretarías de Salud (7,8%), aunque las entidades que administran el sistema de salud agruparon más del 55%.

La mayor concentración de tutelas se presentó en Antioquia (26,9%), Valle del Cauca (10,2%) y Bogotá (8,8%). En 673 municipios al menos una tutela invocó este derecho.

3.1.2.4. Debido proceso y defensa

Los derechos al debido proceso y a la defensa son invocados en la tutela cuando se considera que se violaron garantías procesales básicas dentro de cualquier proceso judicial. En el 2011, en el 14,3% de las tutelas se encontraron estos derechos. De estas, solamente el 29% fueron concedidos en primera instancia, de las cuales fue revocado el 9% en segunda instancia, lo que disminuye aún más el porcentaje de tutelas concedidas.

Las entidades con mayor número de tutelas fueron los juzgados (34,7%), seguidos del Seguro Social Pensiones (7%), alcaldías municipales (6,8%) y empresas de servicios públicos (6,3%). La ciudad y los departamentos en los que más se concentraron las tutelas por este motivo fueron Bogotá (30,9%), Antioquia (10,3%) y Valle del Cauca (7%). En 691 municipios se interpuso al menos una tutela invocando este derecho.

3.1.3. Departamento de origen de las tutelas

Durante los últimos años, los departamentos de Antioquia, Valle del Cauca, Santander y Atlántico y la ciudad de Bogotá concentraron más de la mitad de las tutelas. En el año 2011 el porcentaje acumulado de estos departamentos y ciudad ascendió al 60,75%; los departamentos de Guaviare, Sucre y Magdalena redujeron las tutelas a la mitad, mientras que Caquetá y Amazonas las aumentaron en más del 50% (*Tabla N° 4*).

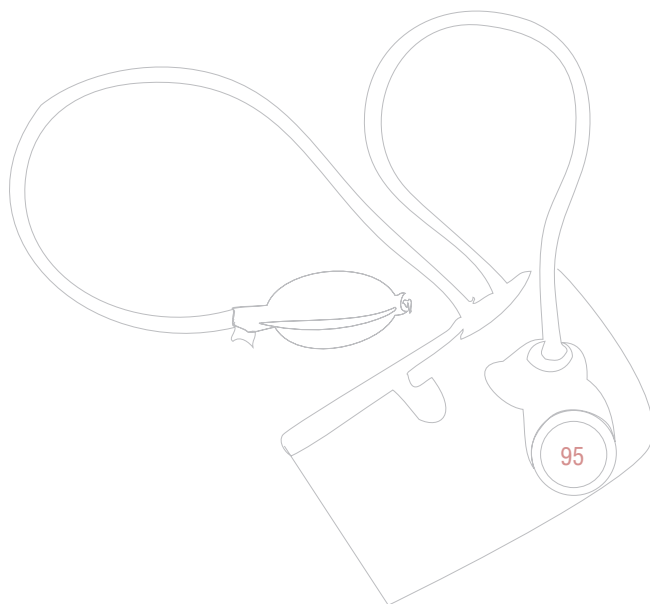




TABLA N° 4

N° DE TUTELAS EN COLOMBIA, SEGÚN DEPARTAMENTO					
Periodo 2010 - 2011					
	2010		2011		Variación %
	N° Tutelas	Part. %	N° Tutelas	Part. %	
Antioquia	89.129	22,10	98.646	24,34	10,68
Bogotá, D.C	68.469	16,97	69.793	17,22	1,93
Valle del Cauca	36.834	9,13	41.343	10,20	12,24
Santander	16.791	4,16	19.658	4,85	17,07
Atlántico	20.744	5,14	16.796	4,14	-19,03
Caldas	11.945	2,96	14.037	3,46	17,51
Tolima	13.522	3,35	13.695	3,38	1,28
Norte de Santander	10.225	2,53	11.505	2,84	12,52
Bolívar	14.607	3,62	10.974	2,71	-24,87
Risaralda	9.284	2,30	10.415	2,57	12,18
Sucre	20.006	4,96	9.823	2,42	-50,90
Cesar	10.685	2,65	9.702	2,39	-9,20
Huila	8.618	2,14	9.100	2,24	5,59
Cauca	9.417	2,33	7.901	1,95	-16,10
Meta	7.517	1,86	7.880	1,94	4,83
Magdalena	15.446	3,83	7.616	1,88	-50,69
Caquetá	3.787	0,94	6.641	1,64	75,36
Córdoba	5.118	1,27	6.367	1,57	24,40
Boyacá	6.131	1,52	6.360	1,57	3,74
Nariño	7.193	1,78	6.199	1,53	-13,82
Cundinamarca	5.089	1,26	6.128	1,51	20,42
Quindío	4.333	1,07	5.802	1,43	33,90
La Guajira	1.877	0,47	2.340	0,58	24,67
Chocó	2.021	0,50	2.046	0,50	1,24
Casanare	1.225	0,30	1.126	0,28	-8,08
Putumayo	882	0,22	1.100	0,27	24,72
Arauca	932	0,23	972	0,24	4,29
San Andrés	327	0,08	466	0,11	42,51
Guaviare	641	0,16	311	0,08	-51,48
Amazonas	199	0,05	299	0,07	50,25
Vichada	159	0,04	162	0,04	1,89
Guainía	193	0,05	124	0,03	-35,75
Vaupés	34	0,01	32	0,01	-5,88
Total	403.380	100,00	405.359	100,00	0,49

En Antioquia, Medellín concentra el 79,6% de las tutelas, seguida de Itagüí (2,9%), Apartadó (2%), Bello (1,8%) y Rionegro (1,4%). El derecho de petición es el más invocado, pues aparece en el 54,8% de las tutelas interpuestas, seguido de otros derechos económicos, sociales y culturales (27,3%) y salud (25,1%). Acción Social es la entidad con más acciones de tutela (38,3%), seguida de Seguro Social Pensiones (19,4%) y las secretarías de Salud (7,8%). Las decisiones en primera instancia favorecen a los ciudadanos en el 78,3% de los casos.

En Bogotá, el derecho de petición es el más invocado (49,7%), le siguen el derecho al debido proceso y defensa (23,7%) y otros derechos económicos sociales y culturales (17,4%). El derecho a la salud fue invocado en el 13,7% de los casos. Entre las entidades con más tutelas se encuentran el Seguro Social Pensiones (25,4%), juzgados (15,2%) y Acción Social (7,7%). En primera instancia, los jueces favorecieron a los tutelantes en el 56,5% de los casos.

En Valle del Cauca, Cali (con el 64,8%) registró el mayor número de acciones, le siguen Palmira (10%), Buga (6,2%), Tuluá (5,7%) y Cartago (3%). Los derechos más invocados fueron: petición (43,2%), salud (31,3%) y otros derechos económicos sociales y culturales (22,2%). El Seguro Social Pensiones fue la entidad con mayor número de acciones (24,8%) seguida de Coomeva (8,1%) y Nueva Eps (5,1%). En el 70,5%, las tutelas favorecieron a los ciudadanos en decisión de primera instancia.

Al establecer el índice de número de tutelas en relación con el número de habitantes en Colombia, se encontró que en el año 2011 se interpusieron 88,04 tutelas por cada 10.000 habitantes, cifra similar al indicador encontrado el año anterior.

Los departamentos de Antioquia, Caquetá, Caldas, Sucre, Risaralda, Quindío, Cesar, Tolima, Santander, Valle del Cauca y Meta y la ciudad de Bogotá presentaron indicadores superiores al general, mientras que en Vichada, Cundinamarca y Vaupés, se observaron los índices más bajos (*Tabla N° 5*).

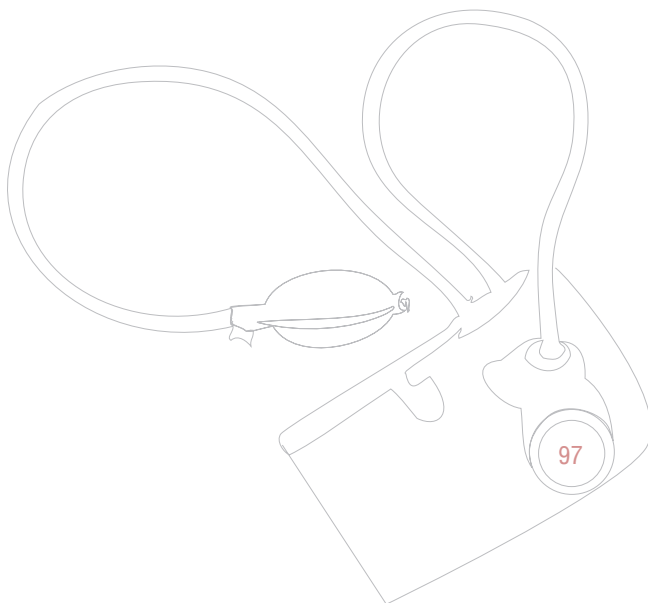




TABLA N° 5.

N° DE TUTELAS EN COLOMBIA POR CADA 10.000 HABITANTES, SEGÚN DEPARTAMENTO			
Periodo 2010 - 2011			
	2010	2011	Aumento / Disminución %
	N° Tutelas	N° Tutelas	
Antioquia	146,94	160,56	9,28
Caquetá	84,58	146,42	73,11
Caldas	122,09	143,19	17,28
Sucre	246,79	119,99	-51,38
Risaralda	100,36	111,93	11,53
Quindío	78,84	105,57	33,91
Cesar	110,56	99,10	-10,37
Tolima	97,45	98,39	0,97
Santander	83,52	97,28	16,48
Bogotá, D.C	92,98	93,46	0,51
Valle del Cauca	84,04	93,36	11,09
Meta	86,32	88,66	2,72
Norte de Santander	78,78	87,88	11,54
Huila	79,56	82,91	4,21
Atlántico	89,63	71,65	-20,06
San Andrés	44,60	63,04	41,34
Magdalena	128,57	62,82	-51,14
Cauca	71,40	59,38	-16,84
Bolívar	73,78	54,80	-25,72
Boyacá	48,37	50,10	3,59
Chocó	42,44	42,55	0,26
Amazonas	27,63	41,04	48,52
Córdoba	32,34	39,61	22,49
Arauca	37,65	38,79	3,03
Nariño	43,87	37,34	-14,88
Casanare	37,62	33,94	-9,78
Putumayo	27,05	33,37	23,39
Guainía	50,35	31,84	-36,78
Guaviare	62,05	29,76	-52,04
La Guajira	22,93	27,64	20,56
Vichada	24,97	24,82	-0,63
Cundinamarca	20,54	24,34	18,49
Vaupés	8,19	7,63	-6,85
Índice General	88,64	88,04	-0,01

Fuente para cálculo: Proyecciones DANE
Cálculos: Defensoría del Pueblo

3.1.4. Entidades más demandadas

A pesar de disminuir siete puntos, Acción Social, al igual que en años anteriores, sigue siendo la entidad del Estado con más número de acciones en el país, al presentar el 18,6% de las tutelas interpuestas. En Antioquia se interpone el 50% de estas tutelas y, en una menor proporción, le siguen Sucre (8,7%) y Bogotá (7,1%).

En segundo lugar se ubicó el Seguro Social Pensiones, con el 17,1%, y fueron Antioquia, Bogotá y Valle del Cauca donde se acumuló el mayor número de acciones, que en conjunto acumulan el 67,8% de ellas. Es de anotar que en un alto porcentaje (89,1%) la decisión en primera instancia favoreció a los accionantes.

La tercera entidad más tutelada fueron los juzgados y tribunales (5,41%) y resultó Bogotá la ciudad con el mayor número de tutelas (48,7%), seguida de Valle del Cauca y Antioquia con 7,5% y 7,2%, respectivamente. La decisión en primera instancia solamente favoreció al 16,2% de los ciudadanos.

Entre las entidades que prestan servicios de salud, Coomeva (4,2%), Nueva EPS (2,5%) y Saludcoop (2,1%), se constituyeron como las EPS más tuteladas de este sector. No obstante, las secretarías de salud fueron tuteladas en el 3,3% de los casos. Adicionalmente, las empresas que prestan servicios públicos tuvieron el 2% de participación.

3.1.5. Decisión de las tutelas en los juzgados

Durante el año 2011, en el 66,2% de los casos los fallos de primera instancia favorecieron a los accionantes (*Tabla N° 6*). El mayor porcentaje se dio en los juzgados laborales del circuito (79,4%) y en los juzgados de familia (78,8%). La Corte Suprema de Justicia (6,6%), el Consejo de Estado (10,6%) y el Consejo Seccional de la Judicatura (27,2%) fueron las corporaciones que menos beneficiaron a los tutelantes.

Los juzgados ubicados en los departamentos de Antioquia (78,3%), Quindío (74,4%) y Caldas (71,8%) emitieron los fallos más favorables, contrario a lo sucedido en los juzgados de Vaupés, Casanare y San Andrés, que fallaron en menos del 50% en favor de los accionantes.



TABLA N° 6

DECISIÓN DE LAS TUTELAS EN PRIMERA INSTANCIA SEGÚN JUZGADOS						
Periodo 2010-2011						
	2010			2011		
	N° de Tutelas	Part. %	Decisión favorable en Primera Instancia %	N° de Tutelas	Part. %	Decisión favorable en Primera Instancia %
Juzgado Penal del Circuito	76.207	18,89	76,90	58.683	14,48	75,30
Juzgado Civil del Circuito	68.713	17,03	71,70	56.407	13,92	71,40
Juzgado Civil Municipal	44.877	11,13	56,00	54.430	13,43	59,20
Juzgado Penal Municipal	38.993	9,67	58,30	45.468	11,22	62,00
Juzgados Administrativos	40.670	10,08	66,80	38.889	9,59	75,30
Juzgado Laboral del Circuito	30.751	7,62	79,10	35.707	8,81	79,40
Juzgado Promiscuo Municipal	20.466	5,07	60,50	26.157	6,45	62,30
Tribunal Superior	22.989	5,70	38,10	25.167	6,21	36,30
Juzgado de Familia	13.034	3,23	77,40	15.277	3,77	78,80
Juzgado Penal para adolescentes	6.624	1,64	66,10	11.777	2,91	70,60
Juzgado de Ejecución de penas	7.865	1,95	64,30	9.043	2,23	70,60
Juzgado Promiscuo de familia	9.426	2,34	71,30	8.518	2,10	68,00
Tribunal Administrativo	7.432	1,84	37,60	5.832	1,44	44,10
Corte Suprema de Justicia	4.144	1,03	7,80	4.614	1,14	6,60
Juzgado Promiscuo del Circuito	3.860	0,96	70,20	3.498	0,86	69,30
Consejo Seccional de la Judicatura	2.004	0,50	31,40	1.970	0,49	27,20
Juzgado de Menores	2.999	0,74	75,80	1.930	0,48	71,10
Consejo de Estado	1.049	0,26	9,10	1.255	0,31	10,60
Unidad Judicial Municipal	880	0,22	66,80	466	0,11	53,60
Juzgado familia del circuito	397	0,10	67,00	271	0,07	78,60
Total	403.380	100,00	65,50	405.359	100,00	66,20

3.2. LA TUTELA Y EL DERECHO A LA SALUD

Durante los 20 años del uso efectivo de la tutela, el derecho a la salud es uno de los derechos más invocados. Su punto máximo fue el año 2008, cuando se constituyó como el derecho más solicitado en estas acciones (41,5%).

Como ya se mencionó, a lo largo de estos 20 años la acción de tutela es la alternativa más efectiva que tienen los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) para acceder a los servicios de salud, en un comienzo en conexidad con algún derecho fundamental (especialmente el de la vida) y últimamente de manera autónoma, después de haber sido así considerado por la jurisprudencia constitucional.

Con el aumento de las obligaciones otorgadas a los Comités Técnicos Científicos de las aseguradoras, establecidas en la sentencia T-760 de 2008, se pensaba que en los años siguientes a su expedición el número de tutelas disminuyera, lo cual efectivamente

se evidenció en los dos años posteriores; sin embargo, en el año 2011 se observó su reactivación, causada en gran parte por la negación de los servicios de salud que ya están incluidos en el Plan de Beneficios.

Es de resaltar, como se ha hecho en los últimos estudios, el impacto que ha tenido la sentencia T-760 de 2008 no solo entre los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, sino también, en algunos casos, en los actores de los denominados regímenes de excepción.

3.2.1. La tutela en salud dentro del marco de la tutela en general

Los servicios y atenciones en salud a que tienen derecho los habitantes del territorio nacional están regidos por la Ley 100 de 1993, la Ley 1122 de 2007, la Ley 1438 de 2011 y las respectivas normas reglamentarias; entre estas, las resoluciones que desarrollan las actividades de promoción y prevención, los acuerdos emanados del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) y los acuerdos expedidos por la Comisión de Regulación en Salud (CRES).

Los afiliados al régimen contributivo, en el periodo que corresponde a esta investigación, tienen pleno derecho al Plan Obligatorio de Salud (POS) contemplado en los Acuerdos 08 de 2009 y 014 de 2010, normas sobre las cuales se basará el análisis de la tercera parte de este estudio para establecer los contenidos del POS.

Los afiliados al régimen subsidiado gozan de un menor plan de beneficios (POS-S) estipulado en el Acuerdo 306 de 2005 del CNSSS y el Acuerdo 08 de 2009 emitido por la CRES, el cual precisa los servicios a que tiene derecho cada tipo de afiliado, según la clase de subsidio, sea pleno o parcial. Los menores de 18 años afiliados a este régimen se rigen por los acuerdos 11 y 15 de 2010, los cuales unificaron los planes de beneficios entre los regímenes contributivo y subsidiado. Además, se tuvieron en cuenta los Acuerdos 12 y 13 de unificación de planes pilotos en las ciudades de Barranquilla y Cartagena, y el Acuerdo 27 de 2011, respecto de la unificación de los mayores de 60 años, el cual rigió a partir de octubre de ese año.

Los servicios de salud que requieren los afiliados al sistema, no contemplados en el POS-S, y los que necesiten el resto de la población pobre sin aseguramiento, normativamente se dispone que deben ser cubiertos por el ente territorial donde resida el usuario (Ley 715 de 2001, Decreto 806 de 1998, Resolución 5334 de 2008). Los afiliados a los regímenes de excepción de que trata el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 (Fuerzas militares, Policía, magisterio y trabajadores de Ecopetrol) están cubiertos por los planes de beneficios propios de cada entidad.

Como se dijo anteriormente, como consecuencia de la sentencia T-760 de 2008, las tutelas que invocaron el derecho a la salud en menos de tres años disminuyeron el 33,9%, pasando de 142.957 acciones en el 2008 a 94.502 en el 2010, con una participación del 23,43%. No obstante, esta tendencia no se mantuvo y en el 2011 nuevamente las acciones



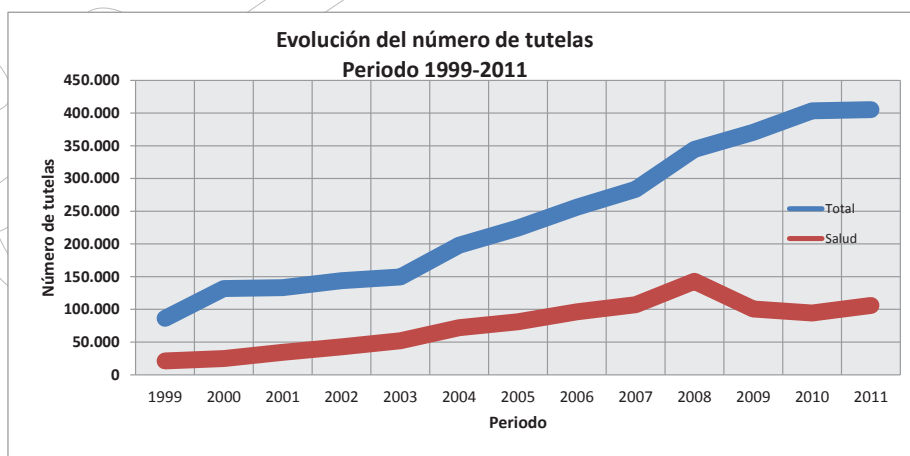
de tutela para reclamar servicios de salud se incrementaron a 105.945 (*Tabla N° 7*), con una participación del 26,14% dentro del total de tutelas interpuestas en Colombia durante ese año. (*Gráfica N° 2*).

TABLA N° 7.

PARTICIPACIÓN DE LAS TUTELAS DE SALUD					
Periodo 1999- 2011					
AÑO	TUTELAS		PARTICIPACIÓN SALUD %	TASA DE CRECIMIENTO ANUAL %	
	TOTAL	SALUD		TOTAL	SALUD
1999	86.313	21.301	24,68	-	-
2000	131.764	24.843	18,85	52,66	16,63
2001	133.272	34.319	25,75	1,14	38,14
2002	143.887	42.734	29,70	7,96	24,52
2003	149.439	51.944	34,76	3,86	21,55
2004	198.125	72.033	36,36	32,58	38,67
2005	224.270	81.017	36,12	13,20	12,47
2006	256.166	96.226	37,56	14,22	18,77
2007	283.637	107.238	37,81	10,72	11,44
2008	344.468	142.957	41,50	21,45	33,31
2009	370.640	100.490	27,11	7,60	-29,71
2010	403.380	94.502	23,43	8,83	-5,96
2011	405.359	105.947	26,14	0,49	12,11
TOTAL	3.130.720	975.551	31,16		

Fuente: Corte Constitucional

GRÁFICA N° 2. EVOLUCIÓN DE LAS TUTELAS.



3.2.1.1. Número de tutelas en salud por departamento

Al igual que en el 2010, Antioquia, Valle del Cauca, Caldas y Santander y la ciudad de Bogotá siguen siendo los lugares que concentran el mayor número de tutelas en salud; agrupando en conjunto, el 57,24% de las acciones que invocan este derecho. En la gran mayoría de departamentos hubo incrementos y fueron Amazonas, San Andrés, Putumayo, Guainía y Vaupés los más significativos. Pero cabe mencionar las disminuciones presentadas en los departamentos de Sucre, Nariño, Caquetá, Chocó y Cauca (*Tabla N° 8*).

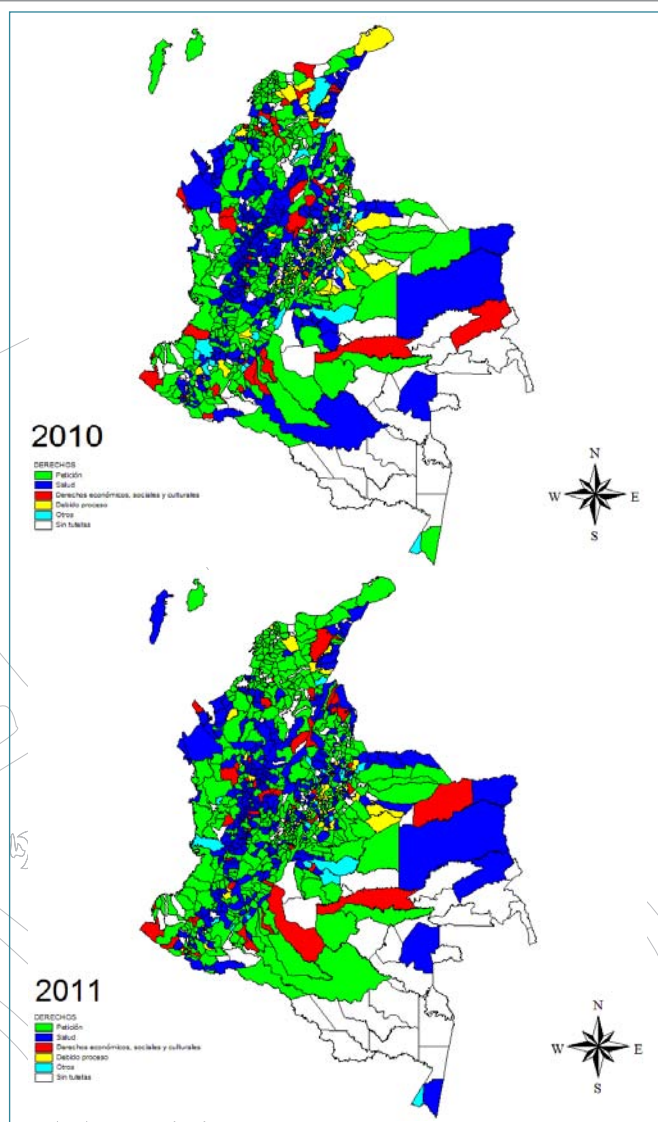
TABLA N° 8.

TUTELAS EN SALUD, SEGÚN DEPARTAMENTO					
Periodo 2010 - 2011					
	2010		2011		Variación %
	N° Tutelas	Part. %	N° Tutelas	Part. %	
Antioquia	24.758	26.20	24.806	23.41	0.19
Valle del Cauca	10.116	10.70	12.934	12.21	27.86
Bogotá, D.C	9.390	9.94	9.550	9.01	1.70
Caldas	6.449	6.82	7.137	6.74	10.67
Santander	5.351	5.66	6.220	5.87	16.24
Norte de Santander	3.313	3.51	4.674	4.41	41.08
Tolima	3.843	4.07	4.325	4.08	12.54
Risaralda	3.636	3.85	4.090	3.86	12.49
Cauca	3.276	3.47	3.160	2.98	-3.54
Atlántico	2.956	3.13	2.976	2.81	0.68
Bolívar	2.863	3.03	2.892	2.73	1.01
Cesar	2.105	2.23	2.847	2.69	35.25
Quindío	1.591	1.68	2.398	2.26	50.72
Meta	1.511	1.60	2.156	2.03	42.69
Nariño	2.215	2.34	2.090	1.97	-5.64
Córdoba	1.466	1.55	2.041	1.93	39.22
Huila	1.598	1.69	1.937	1.83	21.21
Cundinamarca	1.361	1.44	1.858	1.75	36.52
Magdalena	1.547	1.64	1.801	1.70	16.42
Boyacá	1.387	1.47	1.772	1.67	27.76
Sucre	1.022	1.08	906	0.86	-11.35
La Guajira	478	0.51	661	0.62	38.28
Caquetá	619	0.66	585	0.55	-5.49
Chocó	505	0.53	485	0.46	-3.96
Arauca	353	0.37	413	0.39	17.00
Casanare	252	0.27	336	0.32	33.33
Putumayo	177	0.19	326	0.31	84.18
San Andrés	93	0.10	178	0.17	91.40
Amazonas	62	0.07	143	0.13	130.65
Guaviare	86	0.09	86	0.08	0.00
Guainía	47	0.05	76	0.07	61.70
Vichada	63	0.07	68	0.06	7.94
Vaupés	13	0.01	20	0.02	53.85
Total	94.502	100,00	105.947	100,00	12,11



El derecho a la salud es el más invocado en los departamentos de Arauca, Amazonas, Caldas, Cauca, Guainía, Norte de Santander, Quindío, Risaralda, San Andrés, Vaupés y Vichada. En 400 municipios, este derecho fue el más invocado, cifra superior a la observada en el 2010, en el cual 200 municipios lo tuvieron como el de mayor frecuencia en sus solicitudes (*Mapa N° 1*).

MAPA N° 1. DERECHO MÁS INVOCADO EN CADA MUNICIPIO



En Antioquia, el derecho a la salud fue el tercero más invocado, solo superado por el derecho de petición y otros derechos económicos sociales y culturales. En 112 municipios, al menos una tutela lo contenía y en 79 de ellos fue el más invocado. Medellín concentró el 59,4% de las tutelas en salud, seguida de Itagüí (6,1%), Apartadó (3,5%), Bello (3%) y Rionegro (3%).

Las secretarías de salud, con el 29,3%, fueron las entidades más tuteladas, seguida de Coomeva (13,3%), Comfenalco Antioquia (6,8%), Nueva EPS (5,8%) y Susalud (5,5%). Las decisiones en primera instancia favorecieron a los antioqueños en el 86,4% de los casos.

En Valle del Cauca, la salud fue el segundo derecho más pedido en las tutelas; invocado en 42 de sus municipios y, de ellos, el más frecuente en 27. Cali, con el 58%, registró el mayor número de acciones, le siguen Palmira (12,1%), Tuluá (7,7%), Buga (4,7%) y Cartago (3,6%). En cuanto a entidades de aseguramiento, Coomeva fue la entidad más tutelada (17,7%), seguida de la Nueva EPS (14,6%), Emssanar (13,2%), Servicio Occidental de Salud (9,9%) y Caprecom (5,8%). En el 79,7%, las tutelas favorecieron a los vallecaucanos en decisión de primera instancia.

En Bogotá, el derecho a la salud se ubicó en el cuarto lugar de los más invocados en las tutelas. Fue la Nueva EPS la entidad con el mayor número de acciones (9,5%), seguida de la Secretaría de Salud (9,4%), Salud Total (7,7%), Famisanar (7,2%) y Humana Vivir (5,6%). En primera instancia, los jueces favorecieron a los bogotanos en el 69,5% de los casos.

En Caldas, salud fue el derecho más invocado en las tutelas durante el 2011. En 26 municipios al menos una tutela lo contenía y en 21 de ellos fue el más solicitado. Manizales concentró el mayor número de tutelas (74,7%) y en una menor proporción estuvieron La Dorada (6,8%), Chinchiná (6%), Anserma (2,8%) y Riosucio (2,1%). Las entidades de aseguramiento más tuteladas fueron Caprecom (21,3%), secretarías de salud (11,4%), Cafesalud (10,8%), Cóndor (8,6%) y Nueva EPS (8%). En primera instancia, el 84,9% de las tutelas favorecieron a los caldenses.

Santander fue el quinto departamento con más tutelas en salud, Bucaramanga y su área metropolitana aportaron el 76% de las mismas, seguida de Barrancabermeja (11%), San Gil (2,8%), Socorro (1,5%) y Málaga (1,4%). En 61 municipios al menos una tutela lo contenía y en 28 de ellos fue el más solicitado.

Las entidades con más acciones fueron, en su orden, Solsalud (13,3%), Coomeva (11,7%), Nueva EPS (9,2%), secretarías de salud (8,5%) y Saludcoop (8,4%). En el 82,2%, las tutelas favorecieron a los santandereanos en decisión de primera instancia.

De acuerdo con el indicador “número de tutelas en salud por cada 10.000 habitantes”, se encontró que en el año 2011 se interpusieron en Colombia 23,01 tutelas por cada 10.000 habitantes, cifra mayor a la del año anterior. En trece departamentos dicho indicador fue superior al nacional. Los departamentos de Caldas, Quindío, Risaralda, Antioquia y Norte de Santander presentaron los índices más altos. Por otro lado, los departamentos de Vaupés, Cundinamarca, La Guajira, Guaviare y Putumayo registraron las cifras más bajas (*Tabla N° 9*).



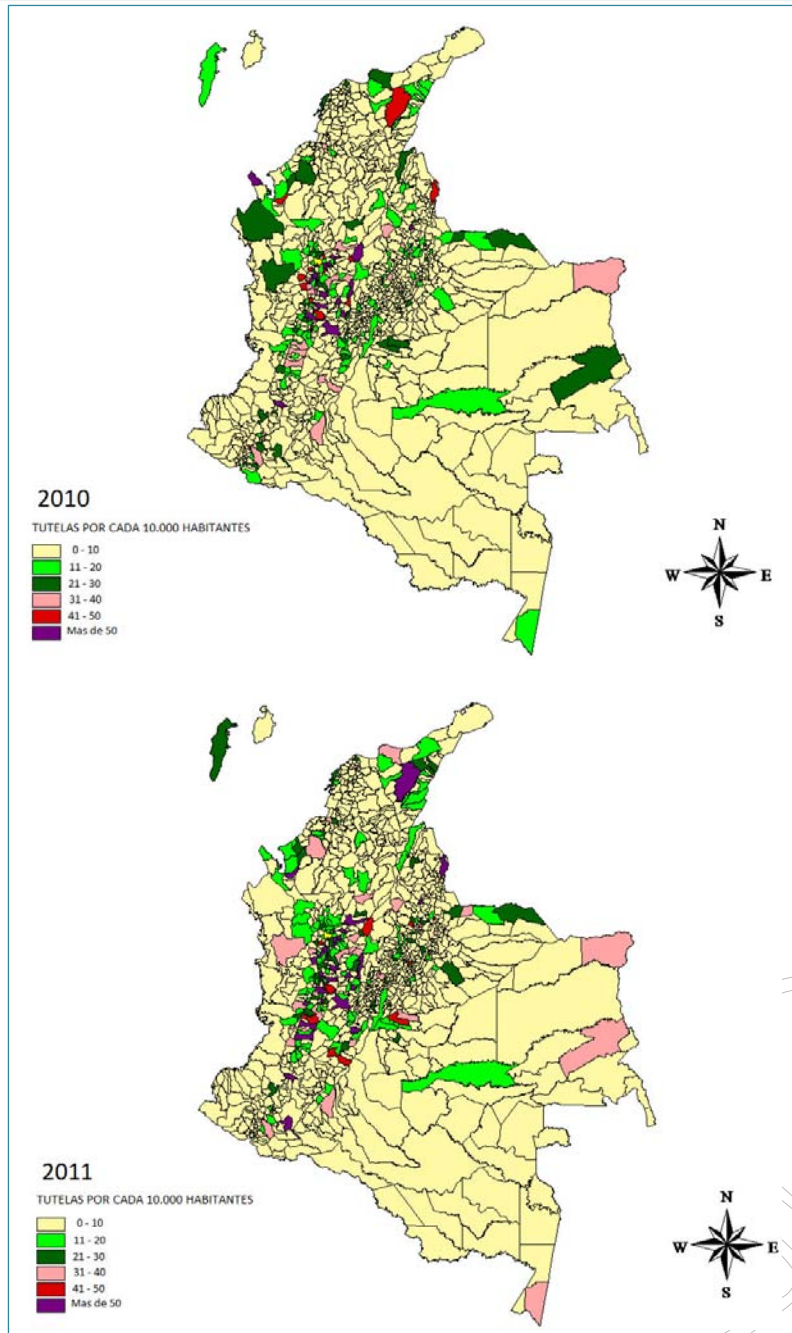
Al analizar el indicador a escala municipal, 875 municipios tuvieron menos de 10 tutelas, 115 municipios entre 11 y 20, 52 municipios entre 21 y 30, 34 municipios entre 31 y 40, nueve municipios entre 41 y 50 tutelas y 37 municipios más de 50 tutelas en salud por cada 10.000 habitantes (*Mapa N° 2*).

TABLA N° 9.

N° DE TUTELAS EN SALUD POR CADA 10.000 HABITANTES SEGÚN DEPARTAMENTO			
Periodo 2010- 2011			
	2010	2011	Aumento / Disminución %
	N° Tutelas	N° Tutelas	
Caldas	65,92	72,81	10,5
Risaralda	39,30	43,95	11,8
Quindío	28,95	43,39	49,9
Antioquia	40,82	40,38	-1,1
Norte de Santander	25,53	35,70	39,9
Tolima	27,69	31,07	12,2
Santander	26,62	30,78	15,6
Valle del Cauca	23,08	29,21	26,5
Cesar	21,78	29,08	33,5
Meta	17,35	24,26	39,8
San Andrés	12,68	24,08	89,8
Cauca	24,84	23,75	-4,4
Amazonas	8,61	19,63	128,0
Guainía	12,26	19,51	59,1
Huila	14,75	17,65	19,6
Arauca	14,26	16,48	15,6
Magdalena	12,88	14,85	15,4
Bolívar	14,46	14,44	-0,1
Boyacá	10,94	13,96	27,6
Caquetá	13,83	12,90	-6,7
Bogotá, D.C	12,75	12,79	0,3
Córdoba	9,26	12,70	37,1
Atlántico	12,77	12,70	-0,6
Nariño	13,51	12,59	-6,8
Sucre	12,61	11,07	-12,2
Vichada	9,89	10,42	5,3
Casanare	7,74	10,13	30,9
Chocó	10,61	10,09	-4,9
Putumayo	5,43	9,89	82,2
Guaviare	8,32	8,20	-1,5
La Guajira	5,84	7,81	33,7
Cundinamarca	5,49	7,38	34,3
Vaupés	3,13	4,77	52,3
GENERAL PAÍS	20,77	23,01	10,8

Fuente para cálculo: Proyecciones DANE

MAPA N° 2. TUTELAS EN SALUD POR CADA 10.000 HABITANTES.





3.2.1.2. Decisiones en primera instancia

En las tutelas que invocan el derecho a la salud, el 84,4% de las decisiones judiciales fue fallado en primera instancia a favor de los tutelantes. Tal como se ha observado en años anteriores, el porcentaje de tutelas denegadas se debe en su gran mayoría a hecho superado (cuando la entidad accionada otorga lo requerido antes del fallo), caso en el cual el juez niega la tutela, sin que ello indique que el ciudadano no tenía la razón al interponerla.

Los jueces de familia, administrativos y laborales del circuito fueron los que más favorecieron a los accionantes (*Tabla N° 10*). No obstante el alto grado de favorecimiento en las tutelas de salud, las entidades demandadas están optando por no cumplirlas obligan al ciudadano a interponer incidentes de desacato.

De acuerdo con las cifras de la Personería de Bogotá³⁰, mientras en el año 2008 los desacatos elaborados fueron del 2% del total de tutelas, en 2009 la cifra ascendió al 2,5%, y en 2010 y 2011 al 12,5% y 11,7% respectivamente. De acuerdo con el Personero Distrital, *“en muchos casos por un sólo hecho se elaboran tres, cuatro y hasta seis desacatos sin que la EPS cumpliera con el fallo, lo que constituye una burla a la orden judicial, un mensaje de impunidad a los afiliados y un desprecio por la salud y vida de los pacientes”*. Según la misma entidad, las empresas prestadoras de salud más renuentes a cumplir los fallos de tutela fueron en el 2011: ISS-Nueva EPS (71), Humana Vivir (41), Salud Total (23); Solsalud (22), Caprecom (15), Famisanar (11) y Compensar (11). En el año 2012: ISS-Nueva EPS (14), Humana Vivir (13), Solsalud (7), Famisanar (6), Salud Total (6), Saludcoop (4) y Cafesalud (4).

3.2.1.3. Tutelas en salud tramitadas por juzgados

A diferencia del año anterior, en el 2011 los jueces civiles municipales, con el 22%, fueron los que tramitaron el mayor número de tutelas en salud, con 23.358 acciones, seguidos por los jueces penales municipales y los penales del circuito, con 22.882 y 12.071 tutelas, respectivamente (*Tabla N° 10*).

30 www.personeriabogota.gov.co

TABLA N° 10

TUTELAS EN SALUD, SEGÚN JUZGADO						
Periodo 2010-2011						
	2010			2011		
	N° de Tutelas	Part. %	Concedidas en Primera Instancia %	N° de Tutelas	Part. %	Concedidas en Primera Instancia %
Juzgado Civil Municipal	19.551	20,69	75,9	23.358	22,05	77,80
Juzgado Penal Municipal	19.740	20,89	75,9	22.882	21,60	78,50
Juzgado Penal del Circuito	13.091	13,85	83,1	12.071	11,39	82,60
Juzgado Civil del Circuito	10.980	11,62	86,0	10.661	10,06	84,50
Juzgado Promiscuo Municipal	7.794	8,25	76,9	10.569	9,98	79,80
Juzgados Administrativos	5.337	5,65	84,9	5.461	5,15	84,90
Juzgado Laboral del Circuito	4.385	4,64	83,4	4.414	4,17	84,60
Juzgado Penal para adolescentes	2.205	2,33	79,0	4.233	4,00	81,10
Juzgado de Familia	3.850	4,07	87,7	3.946	3,72	86,90
Juzgado Promiscuo de familia	2.403	2,54	83,3	2.416	2,28	83,60
Juzgado de Ejecución de penas	1.648	1,74	73,8	1.982	1,87	76,50
Tribunal Superior	988	1,05	61,1	1.596	1,51	64,90
Juzgado Promiscuo del Circuito	980	1,04	81,5	1.037	0,98	83,40
Juzgado de Menores	750	0,79	85,8	486	0,46	84,60
Tribunal Administrativo	397	0,42	69,9	479	0,45	68,10
Consejo Seccional de la Judicatura	151	0,16	57,3	147	0,14	57,10
Juzgado familia del circuito	100	0,11	75,5	98	0,09	83,70
Unidad Judicial Municipal	116	0,12	77,7	76	0,07	76,30
Corte Suprema de Justicia	28	0,03	10,7	21	0,02	0,00
Consejo de Estado	8	0,01	12,5	14	0,01	35,70
Total	94.502	100,0	79,70	105.947	100,0	80,40

3.2.1.4. El derecho a la salud como derecho fundamental y su relación con otros derechos del mismo orden

Con la sentencia T-858 de 2003, la Corte concluyó que el derecho a la salud es fundamental de manera autónoma cuando se puede concretar en una garantía subjetiva derivada de las normas que rigen el derecho a la salud. En tal medida, consideró que siempre que se requiera el acceso a un servicio de salud, contemplado en los planes obligatorios, procede concederlo por tutela. Sin embargo, también ha dicho que ser un derecho fundamental no implica que todos los aspectos cobijados por este sean tutelables, pues dado que los derechos no son absolutos, pueden estar restringidos por los criterios de razonabilidad y proporcionalidad fijados por la jurisprudencia.



Es por ello, que al Estado le corresponde dotarse de los instrumentos necesarios para garantizar a los ciudadanos la prestación de la salud en condiciones que lleven consigo la dignidad humana. Ante el abandono del Estado y de sus instituciones y siendo latente la amenaza a este derecho, el juez debe hacer efectiva su protección mediante la acción de tutela.

Según la jurisprudencia emitida por la honorable Corte Constitucional a lo largo de estos 20 años, en especial después de la sentencia T-760 de 2008, los ciudadanos, hoy en día, invocan el derecho a la salud de manera autónoma, pues conocen su carácter fundamental. Sin embargo, algunos usuarios refuerzan la tutela, asociándola en un alto porcentaje (33,5%) al derecho a la vida digna y la dignidad humana y al derecho a la seguridad social (29,8%), incluido dentro de los derechos económicos, sociales y culturales (*Tabla N° 11*).

En reiterada jurisprudencia, la Corte constitucional ha protegido el derecho a la vida digna. La sentencia T- 744 de 2009 estableció: *“(...)esta Corporación ha sostenido que el derecho constitucional fundamental a la vida no significa la simple posibilidad de existir sin tener en cuenta las condiciones en que ello se haga, sino que, por el contrario, supone la garantía de una existencia digna, que implica para el individuo la mayor posibilidad de despliegue de sus facultades corporales y espirituales, de manera que cualquier circunstancia que impida el desarrollo normal de la persona, siendo evitable de alguna manera, compromete el derecho consagrado en el artículo 11 de la Constitución. Así, no solamente aquellas actuaciones u omisiones que conducen a la extinción de la persona como tal, o que la ponen en peligro de desaparecer son contrarias a la referida disposición superior, sino también todas las circunstancias que incomodan su existencia hasta el punto de hacerla insoportable. Una de ellas, ha dicho la Corte, es el dolor cuando puede evitarse o suprimirse, cuya extensión injustificada no amenaza, sino que vulnera efectivamente la vida de la persona, entendida como el derecho a una existencia digna. También quebranta esta garantía constitucional el someter a un individuo a un estado fuera de lo normal con respecto a los demás, cuando puede ser como ellos y la consecución de ese estado se encuentra en manos de otros; con más veras cuando ello puede alcanzarlo el Estado, principal obligado a establecer condiciones de bienestar para sus asociados (...)*”.

Respeto del concepto de dignidad humana, la Corte Constitucional, en la sentencia T-521 de 1998 determinó: *“(...) El reconocimiento superior de la dignidad como principio fundante de nuestro ordenamiento constitucional, exige un trato especial para el individuo, de tal forma que la persona se constituye en un fin para el Estado que vincula y legitima a todos los poderes públicos, en especial al juez, que en su función hermenéutica debe convertir este principio en un parámetro interpretativo de todas las normas del ordenamiento jurídico. De lo expuesto fluye que cuando el Estado, independientemente de cualquier consideración histórica, cultural, política o social, establece normas sustanciales o procedimentales dirigidas a regular las libertades, derechos o deberes del individuo, sin tener presente el valor superior de la dignidad humana, serán regulaciones lógicas y sociológicamente inadecuadas a la índole de la condición personal del ser humano y, por*

contera, contrarias a la Constitución, en la medida en que se afectarían igualmente los derechos fundamentales, dado que éstos constituyen condiciones mínimas para la “vida digna” del ser humano; en efecto, cuando se alude a los derechos fundamentales se hace referencia a aquéllos valores que son anejos a la dignidad humana(...)”. Igualmente, la sentencia T-227 de 2003, reiterada en la sentencia T-760 de 2008, concluyó que: “(...) el concepto de dignidad humana únicamente se explica dentro del sistema axiológico de la Constitución y en función del mismo sistema. Así las cosas, la elevación a rango constitucional de la “libertad de elección de un plan de vida concreto en el marco de las condiciones sociales en las que el individuo se desarrolle” y de “la posibilidad real y efectiva de gozar de ciertos bienes y de ciertos servicios que le permiten a todo ser humano funcionar en la sociedad según sus especiales condiciones y calidades, bajo la lógica de la inclusión y de la posibilidad de desarrollar un papel activo en la sociedad”, definen los contornos de lo que se considera esencial, inherente y, por lo mismo inalienable para la persona, razón por la cual se traduce en derechos subjetivos (entendidos como expectativas positivas (prestaciones) o negativas) cuyos contenidos esenciales están sustraídos de las mayorías transitorias... En este orden de ideas, será fundamental todo derecho constitucional que funcionalmente esté dirigido a lograr la dignidad humana y sea traducible en un derecho subjetivo. (...)”.

En relación con la seguridad social, la Corte Constitucional, en la sentencia T-362 de 2011, reiteró así la importancia de este derecho: “(...) Es así como la jurisprudencia de la Corte ha reconocido que si bien el derecho a la seguridad social no fue consagrado expresamente como una garantía fundamental en la Constitución, puede adquirir ese rango cuando según las circunstancias concretas de cada caso, su no reconocimiento puede poner en peligro otros derechos, que sí tienen la característica de fundamentales como la vida, la dignidad humana, el mínimo vital, o cuando están de por medio los derechos de personas de la tercera edad, entre otros (...)”.

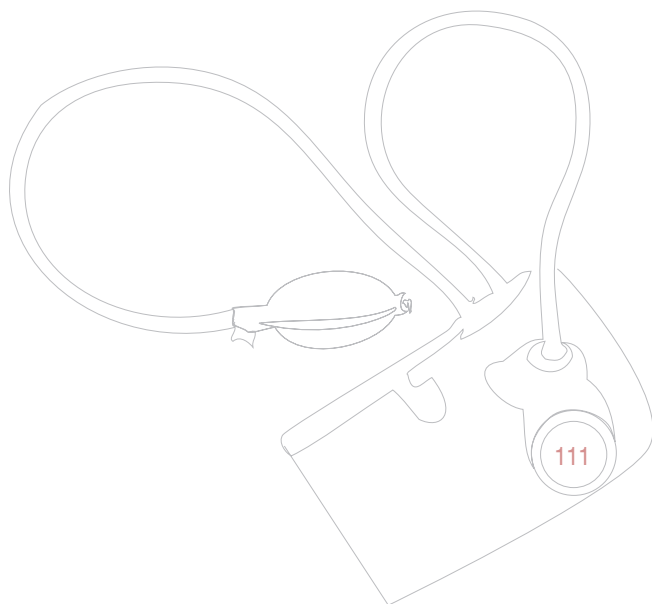




TABLA N° 11

EL DERECHO A LA SALUD Y SU RELACIÓN CON OTROS DERECHOS				
Periodo 2010- 2011				
	Periodo			
	2010		2011	
	N° Tutelas	% en Tutelas	N° Tutelas	% en Tutelas
Salud	94.502	100,00	105.947	100,00
Vida digna y dignidad humana	27.500	29,10	35.502	33,50
Otros derechos económicos, sociales y culturales	6.803	7,20	31.549	29,80
Vida	33.209	35,10	31.153	29,40
Integridad física	2.499	2,60	3.741	3,50
Igualdad	2.269	2,40	3.150	3,00
Petición	1.324	1,40	1.868	1,80
Protección al menor y mujer embarazada	895	0,87	1.508	1,40
Trabajo	666	0,67	877	0,80
Debido proceso y defensa	620	0,70	751	0,70
Libertad de enseñanza, educación, investigación	267	0,29	307	0,30
Derechos colectivos y del medio ambiente	127	0,14	224	0,20
Intimidad, buen nombre y honra	80	0,08	137	0,10
Libre desarrollo de la personalidad	81	0,09	116	0,10
Libertad individual	17	0,02	35	0,00
Libertad de expresión e información	8	0,01	9	0,00
Personalidad jurídica	11	0,01	8	0,00
Libertad de locomoción	7	0,01	7	0,00
Otros	12	0,01	7	0,00
TOTAL TUTELAS INTERPUESTAS	94.502		105.947	

3.2.1.5. Tipo de entidad demandada

El Sistema General de Seguridad Social en Salud, en términos generales, es un servicio público esencial de carácter obligatorio, dirigido por el Estado. Al estar dirigido por él, este tiene la obligación de crear, coordinar y controlar que las entidades pertenecientes al sector salud encargadas de prestar los servicios, lo hagan efectivamente para satisfacción de todos los usuarios del sistema.

La Ley 100 de 1993, con sus respectivas modificaciones, regula el Sistema General de Seguridad Social en Salud; para su financiamiento y administración señala que

coexisten articuladamente dos regímenes: uno contributivo y otro subsidiado. Además, la participación en el servicio esencial de salud se hace: i) en la condición de afiliados al régimen contributivo o subsidiado, y otros ii) en forma temporal como participantes vinculados (personas sin capacidad de pago que mientras logran ser beneficiarios del régimen subsidiado tienen derecho a los servicios de atención en salud).

Las entidades demandadas en las tutelas fueron clasificadas según su condición dentro del Sistema de Salud Colombiano. En el aseguramiento se establecieron tres categorías: las EPS que solamente administran el régimen contributivo, las que administran solamente el régimen subsidiado y las que administran los dos regímenes. Es de aclarar que esta última clasificación surgió ante la imposibilidad de determinar, en la base de datos suministrada por la honorable Corte Constitucional, el régimen al que pertenecía la entidad demandada.

Las instituciones prestadoras de salud (IPS) fueron clasificadas de manera independiente cuando las acciones de tutela estaban dirigidas a ellas, sin establecer la condición del usuario respecto del sistema de aseguramiento en salud, ni identificar la entidad aseguradora (EPS).

Por último, para completar la información se hicieron otras clasificaciones, dependiendo de los datos en la tutela. Es de anotar que en el caso de que en una misma tutela aparezca más de un demandado plenamente identificado, esta se contó de nuevo, razón por la cual el número de tutelas del 2011 no coincide con los totales mostrados en los cuadros subsiguientes.

Así las cosas, en el 72,5% de los casos, las tutelas se dirigen contra las EPS que administran los regímenes contributivo y subsidiado, ya sea de manera conjunta o separada. En segundo lugar aparecen los entes territoriales, que comprenden secretarías de salud municipales o departamentales, gobernaciones y alcaldías municipales (con el 13,59%) que, en relación con el año anterior, presentaron una disminución del 17,72%, único grupo que lo hizo en el número de tutelas (*Tabla N° 12*).

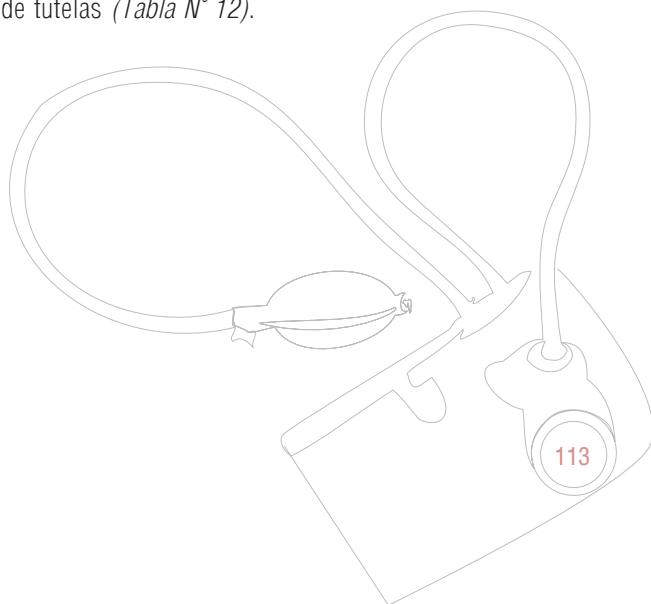




TABLA N° 12

TUTELAS EN SALUD, SEGÚN TIPO DE ENTIDAD DEMANDADA					
Periodo 2010 - 2011					
	Periodo				Variación Porcentual
	2010		2011		
	Nº de Tutelas	Part. %	Nº de Tutelas	Part. %	
EPS solamente en Régimen Contributivo	33.124	35,05	38.268	35,86	15,53
EPS Solamente en Régimen subsidiado	19.003	20,11	23.158	21,70	21,86
EPS en Régimen contributivo y subsidiado	11.863	12,55	15.907	14,91	34,09
Entes Territoriales	17.626	18,65	14.502	13,59	-17,72
Instituciones Prestadoras de Salud - IPS	3.256	3,45	3.450	3,23	5,96
Otras entidades del Estado	3.131	3,31	3.176	2,98	1,44
Regímenes de excepción	1.337	1,41	1.790	1,68	33,88
Inpec/Penitenciarias	1.225	1,30	1.684	1,58	37,47
Entidades particulares	1.159	1,23	1.505	1,41	29,85
Administradoras de Fondos de Pensiones -AFP	1.289	1,36	1.318	1,23	2,25
Administradoras de Riesgos Profesionales -ARP y Aseguradoras	805	0,85	1.141	1,07	41,74
Empresas de Servicios Públicos	491	0,52	602	0,56	22,61
Empresas de Medicina Prepagada	125	0,13	138	0,13	10,40
Empresas adaptadas al Sistema	68	0,07	83	0,08	22,06
Total	94.502	100,00	106.722	100,00	12,93

A continuación se procede a analizar cada uno de los grupos conformados.

3.2.5.1. Entidades que prestan servicios solamente en el régimen contributivo

El régimen contributivo se define como “un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización, individual y familiar, o un aporte económico previo, financiado directamente por el afiliado o en concurrencia con su empleador”³¹.

Son afiliados obligatorios a este régimen las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores

³¹ Ley 100 de 1993, Art. 202.

independientes con capacidad de pago. El aporte a salud debe ser el 12,5% del salario base de cotización, porcentaje que asumen en su totalidad los trabajadores independientes y, en el caso de los empleados, estos asumen el 4% y el empleador el 8,5%. El empleado escoge la EPS que prefiere y se lo comunica al empleador junto con los datos de su familia. En el caso de los pensionados, son los fondos de pensiones quienes están obligados a afiliarlos junto con sus familias y son responsables de pagar el valor de la cotización mensual a las EPS que los pensionados escojan.

La prestación del servicio está a cargo de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), por delegación del Estado, quienes a su vez están autorizadas para contratar la atención de los usuarios con las diferentes Instituciones Prestadoras de Salud (IPS). Las EPS están encargadas igualmente de recaudar las cotizaciones obligatorias de los afiliados a este régimen por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía, de cuyo monto debe descontar el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) por cada usuario, la cual es fijada por la CRES y trasladar la diferencia al Fosiga.

Al afiliarse al régimen contributivo, el cotizante y sus beneficiarios tienen derecho a recibir los beneficios del POS. Adicionalmente, el cotizante, tiene derecho a recibir subsidios en dinero en caso de incapacidad por enfermedad y licencia de maternidad.

A lo largo de estos 20 años son muchas las entidades que han prestado servicio en el régimen contributivo, varias de ellas han cambiado de razón social o han sido liquidadas por la Superintendencia Nacional de Salud o simplemente se han retirado del sistema. Actualmente, existen 20 EPS³² que prestan servicios en este régimen; sin embargo, muchos opinan que son demasiadas y que deberían permanecer solamente aquellas que tengan un número mínimo de afiliados, cuenten con una buena solvencia económica que garantice su sostenibilidad y tengan buenos indicadores de calidad de servicios, gestión de riesgo y programas de promoción y prevención.

De las entidades de aseguramiento que hacen parte de este grupo, Coomeva, Nueva EPS y Saludcoop, al igual que el año anterior, continúan siendo las tres EPS con mayor número de tutelas: suman el 76,21% de las mismas. Contrario al año 2010, la mayoría de EPS aumentaron el número de tutelas en salud, con excepción de la Nueva EPS, Comfenalco Valle y Compensar, que tuvieron disminuciones significativas. (Tabla N° 13).

32 Las EPS Red Salud y Salud Colombia, en la actualidad no prestan servicios.



TABLA N° 13

TUTELAS EN ENTIDADES QUE PRESTAN EXCLUSIVAMENTE SERVICIO EN RÉGIMEN CONTRIBUTIVO					
	Periodo				Variación Porcentual
	2010		2011		
	Nº Tutelas	Part. %	Nº Tutelas	Part. %	
Cooemeva	10.853	32,76	13.120	34,28	20,89
Nueva EPS	9.621	29,05	8.952	23,39	-6,95
Saludcoop	4.644	14,02	7.091	18,53	52,69
Servicio Occidental de Salud S.O.S	1.577	4,76	2.362	6,17	49,78
Susalud	1.598	4,82	1.781	4,65	11,45
Sánitas	1.124	3,39	1.127	2,95	0,27
Famisanar	921	2,78	1.047	2,74	13,68
Comfenalco Valle	878	2,65	672	1,76	-23,46
Colmédica	520	1,57	631	1,65	21,35
Cruz Blanca	417	1,26	529	1,38	26,86
Compensar	571	1,72	426	1,11	-25,39
Red Salud	245	0,74	256	0,67	4,49
Golden Group EPS	8	0,02	76	0,20	850,00
Salud Colpatria	68	0,21	71	0,19	4,41
Salud Colombia EPS	57	0,17	69	0,18	21,05
Multimédica EPS	22	0,07	58	0,15	163,64
Total	33.124	100,00	38.268	100,00	15,53

Las cifras anteriores muestran el número de tutelas interpuestas contra cada una de las entidades, pero están asociadas igualmente al número de afiliados, por lo que es necesario establecer un índice que permita hacer comparaciones verdaderas. Debido a lo anterior, con base en la información suministrada por el Ministerio de Salud y Protección Social sobre el número de afiliados por EPS con corte a diciembre de 2011, se estableció el indicador “Número de tutelas por cada 10.000 afiliados” el cual permite hacer comparaciones más cercanas a la realidad.

De acuerdo con este indicador, Multimédica EPS, Salud Colombia y Coomeva son las tres EPS que presentan los índices más altos. Al comparar con el año anterior, Multimédica EPS, Golden Group EPS, Salud Colombia, Servicio Occidental de Salud y Saludcoop, presentaron los incrementos más significativos. Por su parte, Compensar, Sánitas, Comfenalco Valle y Nueva EPS disminuyeron sus indicadores. Hay que anotar que el menor número de tutelas por cada 10.000 afiliados lo tiene Compensar, con 5,4. (Tabla N° 14).

TABLA N° 14

NÚMERO DE TUTELAS POR CADA 10.000 AFILIADOS ENTIDADES QUE PRESTAN EXCLUSIVAMENTE SERVICIO EN RÉGIMEN CONTRIBUTIVO ORDENADO POR AÑO 2011													
	Periodo												
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Multimédica EPS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4,7	428,4
Salud Colombia EPS*	-	-	-	-	17,8	32,5	71,6	83,0	47,3	46,2	11,2	17,9	97,1
Coomeva	-	-	-	-	-	-	29,4	34,7	36,9	55,0	33,7	37,8	44,3
Nueva Eps**	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5,3	47,2	41,2	38,2
Servicio Occidental de Salud SOS	2,1	3,4	5,5	10,1	11,8	15,3	25,1	31,1	30,0	48,2	23,6	14,6	29,0
Comfenalco Valle	3,4	2,6	4,1	5,6	8,6	13,6	17,1	24,8	28,5	42,5	38,1	30,0	21,6
Colmédica	4,5	8,1	6,9	13,3	17,6	21,7	32,8	32,3	32,8	47,8	15,0	15,4	18,4
Saludcoop	3,4	3,0	5,6	8,1	12,4	22,1	27,6	31,9	30,7	33,0	13,0	12,6	17,3
Susalud- Sura	3,5	5,x5	9,3	13,2	14,3	17,6	24,9	30,0	34,7	50,1	15,7	12,3	12,2
Sanitas	2,8	3,4	5,5	10,1	12,0	33,9	56,4	54,0	46,6	49,1	19,6	18,2	11,7
Salud Colpatria	1,3	4,1	17,6	17,0	20,9	26,9	32,7	42,7	43,3	51,4	18,8	10,3	10,8
Golden Group EPS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,8	10,4
Cruz Blanca	1,9	2,2	3,7	6,3	11,3	20,2	23,5	28,0	27,7	23,8	8,8	7,3	8,6
Famisanar	1,5	2,2	3,1	5,6	7,2	7,8	13,0	18,8	20,7	23,6	10,6	7,1	7,4
Compensar	1,4	1,9	2,2	4,5	7,1	10,1	14,0	19,0	22,9	23,2	11,3	8,1	5,4
Red Salud*	-	-	-	-	16,3	22,7	29,3	24,6	29,2	35,5	20,5	26,5	-
Instituto de Seguros Sociales*	17,2	29,9	41,9	57,5	63,1	74,8	77,3	86,0	79,9	97,6	-	-	-

* EPS liquidada

** Desde Agosto de 2008

3.2.1.5.2. Entidades que prestan servicios conjuntamente en los regímenes contributivo y subsidiado

Tal como se mencionó, esta clasificación se da debido a la falta de identificación, en la base de datos analizada, del régimen al cual pertenece la EPS demandada en el caso de aquellas entidades que prestan servicios en los dos regímenes. En total hay seis EPS que pertenecen a este grupo, aunque vale la pena mencionar que recientemente Comfenalco Antioquia se convirtió exclusivamente en EPS contributiva y no continuó con la prestación de servicios en el régimen subsidiado.

En esta categoría, con excepción de Salud Vida, todas las EPS presentaron incrementos significativos en el número de tutelas en relación con las presentadas en el año 2010 y fueron Cafesalud y Salud Total las de mayor variación (Tabla N° 15).



TABLA N° 15

TUTELAS EN ENTIDADES QUE PRESTAN SERVICIO EN LOS RÉGIMENES CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO SIMULTÁNEAMENTE					
	Periodo				Variación Porcentual
	2010		2011		
	Nº Tutelas	Part. %	Nº Tutelas	Part. %	
Cafesalud	2.848	24,01	4.820	30,30	69,24
Salud Total	2.494	21,02	3.517	22,11	41,02
Solsalud	2.075	17,49	2.549	16,02	22,84
Comfenalco Antioquia	1.469	12,38	1.873	11,77	27,50
Saludvida	1.792	15,11	1.696	10,66	-5,36
Humana Vivir	1.185	9,99	1.452	9,13	22,53
Total	11.863	100,00	15.907	100,00	34,09

Al aplicar el indicador de número de tutelas por cada 10.000 afiliados, Humana Vivir, con 23,9 tutelas, ocupa el primer lugar, seguido de Cafesalud y Comfenalco Antioquia, con 23,8 y 22,9 respectivamente. Hay que anotar que, con excepción de Salud Vida, todas las EPS de esta categoría mostraron incremento en el indicador en relación con el año 2010 (Tabla N° 16).

TABLA N° 16

NÚMERO DE TUTELAS POR CADA 10.000 AFILIADOS EN ENTIDADES QUE PRESTAN SERVICIO EN RÉGIMEN CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO SIMULTÁNEAMENTE									
ORDENADO POR AÑO 2011									
	Periodo								
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Humana Vivir	10,1	12,1	20,0	19,6	22,4	30,5	28,8	19,3	23,9
Cafesalud	18,3	23,4	24,2	25,3	27,9	27,8	15,5	14,5	23,8
Comfenalco Antioquia	13,3	14,4	15,7	16,6	19,2	27,5	32,3	21,5	22,9
Solsalud	5,8	10,2	12,7	13,3	15,1	19,8	14,0	14,7	19,7
Saludvida	5,5	8,7	10,1	10,0	9,8	16,2	23,1	19,8	19,1
Salud Total	12,1	15,9	19,8	22,0	24,9	31,6	14,5	12,1	15,8



3.2.1.5.3. Entidades que prestan servicios solamente en el régimen subsidiado

El régimen subsidiado se define como “un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente, con recursos fiscales o de solidaridad de que trata la presente ley”³³. Mediante este régimen se financia la atención en salud de las personas más pobres y vulnerables y a sus grupos familiares sin capacidad de pago.

La administración de este régimen corresponde a las direcciones distritales, municipales y departamentales de salud, las cuales están autorizadas para celebrar contratos de esa índole con las denominadas EPS del régimen subsidiado, que pueden ser públicas o privadas y a las cuales les corresponde manejar los recursos, afiliar a los beneficiarios y prestar directa o indirectamente los servicios de salud contenidos en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado POS-S.

Las personas afiliadas al régimen subsidiado se vinculan a través del pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente, con recursos fiscales o de solidaridad. Los recursos del régimen subsidiado de salud son de origen público, pues ellos provienen del Sistema General de Participaciones, de los recursos de cofinanciación derivados de la Subcuenta del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) y de recursos propios del ente territorial.

Las personas que ingresan al régimen subsidiado son escogidas por cada uno de los municipios o distritos, teniendo en cuenta criterios de priorización, como:

- Recién nacidos.
- Menores desvinculados del conflicto armado, bajo la protección del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).
- La población del área rural y del área urbana de bajos recursos.
- Población indígena, entre otros.

La selección y asignación de subsidios la hacen las entidades ejecutoras de programas sociales del Estado a partir de la información de la base consolidada y certificada por el Departamento Nacional de Planeación (DNP) y los otros instrumentos de focalización que utiliza el respectivo programa. Cada municipio identifica la población potencial a través de la aplicación de la «encuesta Sisbén» o Sistema de selección de beneficiarios a programas sociales, el listado censal de las comunidades indígenas, la certificación de la población

33 Ley 100 de 1993, Art. 211.



infantil abandonada expedida por el ICBF o mediante la identificación de la población indigente en los formatos establecidos o en los instrumentos que hagan sus veces.

Son muchas las EPS que han entrado a prestar servicios en este régimen; sin embargo, muchas se han retirado por múltiples razones y actualmente se encuentran activas aproximadamente 35 EPS subsidiadas. Al igual que las EPS del régimen contributivo, según el criterio de muchos actores, son demasiadas y sólo deben permanecer aquellas que tengan un número mínimo de afiliados, cuenten con una buena solvencia económica que garantice su sostenibilidad y tengan buenos indicadores de calidad de servicios, gestión de riesgo y programas de promoción y prevención. Es de anotar que la información sobre las tutelas del régimen subsidiado es limitada, por cuanto en la mayoría de ellas aparece tutelada la secretaría de salud departamental o distrital, sin señalar la EPS del régimen subsidiado obligada a prestar los servicios.

De las EPS que pertenecen a este régimen, un porcentaje alto de ellas tuvo incremento en el número de tutelas con respecto al año 2010. Sin embargo, hay que mencionar que varias se encuentran en proceso de liquidación y algunas se retiraron de la prestación de servicios. Caprecom acumula el 30,95% de las acciones de tutela, seguida de Emssanar y Asmet Salud, con una participación de 10,07%, y 8,17%, respectivamente (*Tabla N° 17*).

Los crecimientos más altos se aprecian en Asociación Indígena del Cauca, Comfamiliar Cartagena, Cafaba, Comfamiliar Huila y Emssanar, cuyas variaciones superaron el 70%.

TABLA N° 17

TUTELAS EN ENTIDADES QUE PRESTAN ÚNICAMENTE SERVICIO EN RÉGIMEN SUBSIDIADO					
	Periodo				Variación Porcentual
	2010		2011		
	Nº Tutelas	Part. %	Nº Tutelas	Part. %	
Caprecom	5.733	30,17	7.168	30,95	25,03
Emssanar	1.361	7,16	2.331	10,07	71,27
Asociación Mutual La Esperanza “Asmet Salud”	1.732	9,11	1.891	8,17	9,18
Emdis Salud	1.390	7,31	1.390	6,00	0,00
Comparta	813	4,28	1.172	5,06	44,16
Condor	983	5,17	1.164	5,03	18,41
Comfama	734	3,86	1.077	4,65	46,73
Coosalud	728	3,83	1.012	4,37	39,01
Empresa Cooperativa Solidaria de Salud “Ecoopsos”	669	3,52	794	3,43	18,68
Asociación Mutual ser	448	2,36	463	2,00	3,35
Comfamiliar Huila	257	1,35	444	1,92	72,76
Cajacopi	374	1,97	429	1,85	14,71
Comfenalco Tolima	354	1,86	402	1,74	13,56
Selvasalud	387	2,04	357	1,54	-7,75
Asociación Mutual Barrios Unidos de Quibdó	257	1,35	336	1,45	30,74
Comfanorte/Famisalud	244	1,28	324	1,40	32,79
Convida	179	0,94	286	1,23	59,78
Colsubsidio/Comfenalco	187	0,98	256	1,11	36,90
ComfaOriente	158	0,83	240	1,04	51,90
Comfacor	158	0,83	231	1,00	46,20
Mallamas EPSI	201	1,06	132	0,57	-34,33
Cafam	82	0,43	125	0,54	52,44
Comfamiliar de Nariño	130	0,68	124	0,54	-4,62
Comfaboy	74	0,39	116	0,50	56,76
Comfenalco Santander	92	0,48	96	0,41	4,35
Cafaba	46	0,24	81	0,35	76,09
Asociación Indígena del Cauca	36	0,19	78	0,34	116,67
Unicajas/Comfacundi	48	0,25	76	0,33	58,33
Comfamiliar Cartagena	39	0,21	74	0,32	89,74
Capresoca	48	0,25	70	0,30	45,83
Asociación de Cabildos Indígenas del Cesar “Dasakawi”	46	0,24	64	0,28	39,13
Comfamiliar Camacol	116	0,61	52	0,22	-55,17
Cajasan	64	0,34	49	0,21	-23,44
Salud Capital	0	0,00	47	0,20	-
PijaoSalud EPSI	30	0,16	46	0,20	53,33
Comfasucre	33	0,17	41	0,18	24,24
Comfachocó	25	0,13	40	0,17	60,00
Manexka	21	0,11	24	0,10	14,29
Caja de Compensación del Caquetá	46	0,24	19	0,08	-58,70
Comfamiliar de La Guajira	17	0,09	18	0,08	5,88
Anas Wayuu EPS indígena	10	0,05	9	0,04	-10,00
Calisalud	616	3,24	8	0,03	-98,70
Comfenalco Quindío	26	0,14	2	0,01	-92,31
Otras	11	0,06	0	0,00	-100,00
Total	19.003	100,00	23.158	100,00	21,86

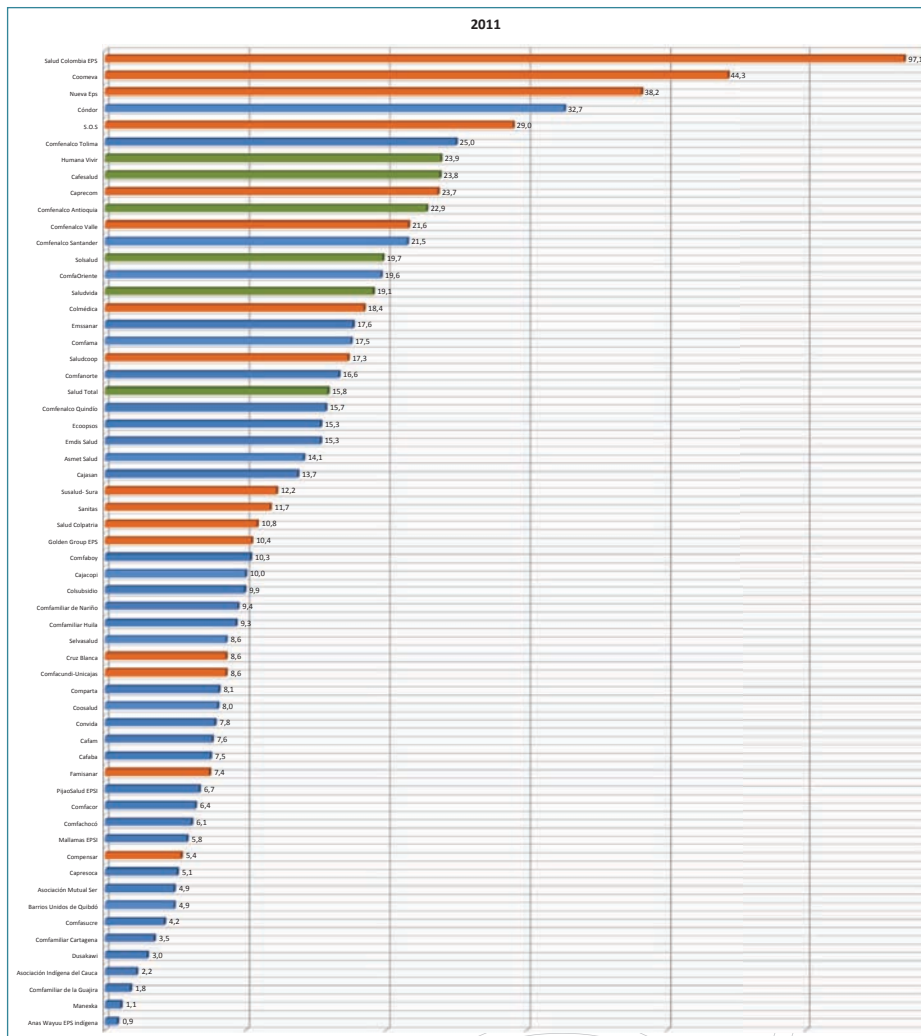


Al aplicar el indicador de número de tutelas por cada 10.000 afiliados, se observa un indicador elevado en aquellas entidades que están en proceso de liquidación (*Tabla N° 18*), especialmente por la disminución del número de afiliados y dificultades en los traslados. Adicionalmente, hay que mencionar que el menor número de tutelas por cada 10.000 afiliados lo presentan las EPS Anas Wayuu, Manexka y Comfamiliar de la Guajira (*Gráfica N° 3*).

TABLA N° 18

NÚMERO DE TUTELAS POR CADA 10.000 AFILIADOS ENTIDADES QUE PRESTAN ÚNICAMENTE SERVICIO EN RÉGIMEN SUBSIDIADO ORDENADO POR AÑO 2011										
	Periodo									
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	
Caja de Compensación del Caquetá	-	-	0,2	0,0	1,4	3,7	8,4	6,7	12667,0	
Comfamiliar Camacol	9,9	38,1	4,8	5,7	11,0	13,8	19,0	12,1	278,4	
Calisalud	4,3	6,7	8,4	7,4	8,7	16,4	18,2	423,4	139,4	
Cóndor	2,5	2,1	5,1	5,3	10,4	22,7	13,7	23,9	32,7	
Comfenalco Tolima	5,4	10,2	11,1	10,6	15,1	15,7	21,5	24,4	25,0	
Caprecom	-	-	-	5,5	5,4	8,2	14,1	19,7	23,7	
Comfenalco Santander	14,1	14,2	8,4	8,9	14,6	25,9	28,5	19,7	21,5	
ComfaOriente	-	-	2,2	10,1	6,5	7,3	5,7	12,8	19,6	
Asociación Mutual Empresa Solidaria de Salud de Nariño E.S.S	2,7	2,9	3,1	3,6	6,7	11,1	8,9	10,6	17,6	
Comfama	5,7	6,5	9,7	9,3	14,3	18,8	21,1	15,2	17,5	
Comfanorte	-	-	2,2	5,3	5,8	6,9	10,7	12,9	16,6	
Comfenalco Quindío	8,8	12,6	18,1	22,7	18,3	32,6	42,8	31,0	15,7	
Empresa Cooperativa Solidaria de Salud "Ecoopsos"	2,5	3,4	5,5	5,4	9,3	13,6	15,8	12,4	15,3	
Ermdis Salud	1,0	1,0	1,6	2,4	4,8	11,7	14,2	14,5	15,3	
Asociación Mutual La Esperanza "Asmet Salud"	1,7	3,3	3,7	5,5	10,8	13,0	15,7	13,8	14,1	
Cajasán	-	-	0,5	3,6	9,5	16,7	12,5	17,2	13,7	
Comfaboy	-	-	0,2	0,8	2,9	5,2	8,8	8,2	10,3	
Cajacopi	1,4	0,0	2,4	3,3	3,2	5,3	3,8	9,5	10,0	
Colsubsidio	-	-	0,3	3,2	5,7	6,0	7,1	7,2	9,9	
Comfamiliar de Nariño	-	-	0,4	1,1	2,9	6,0	9,6	11,7	9,4	
Comfamiliar Huila	-	-	0,3	1,3	2,9	5,4	5,3	6,0	9,3	
Comfacundi-Unicajas	-	-	0,3	1,9	3,2	6,2	6,7	4,7	8,6	
Selvasalud	0,8	1,0	1,6	2,3	4,3	5,3	7,1	10,1	8,6	
Comparta	1,1	1,3	1,7	1,8	2,5	4,3	6,4	5,8	8,1	
Coosalud	2,5	2,9	4,2	3,8	5,7	8,0	7,8	5,9	8,0	
Conviva	0,6	0,5	1,9	1,5	2,3	3,7	4,8	4,8	7,8	
Cafam	1,0	2,1	2,0	2,4	11,4	4,8	6,1	5,1	7,6	
Cafaba	1,8	0,7	1,5	1,9	1,8	3,9	7,2	4,0	7,5	
PijaoSalud EPSI	0,0	1,0	1,5	5,2	5,7	7,7	4,9	4,9	6,7	
Comfacor	1,0	2,4	2,6	3,1	2,8	6,6	7,0	5,1	6,4	
Comfachocó	-	-	1,9	3,2	5,6	13,2	11,4	4,8	6,1	
Mallamas EPSI	1,5	0,9	1,2	1,1	4,5	6,6	7,1	7,3	5,8	
Capresoca	-	-	-	0,9	0,8	1,2	1,3	3,3	5,1	
Asociación Mutual Barrios Unidos de Quibdó	0,9	0,8	1,1	0,9	1,2	1,5	3,7	4,2	4,9	
Asociación Mutual Ser	0,6	1,2	1,4	1,4	2,3	4,6	7,3	5,3	4,9	
Comfasucre	-	-	0,6	0,3	2,7	1,7	3,4	3,5	4,2	
Comfamiliar Cartagena	0,6	1,0	0,7	0,6	2,5	3,8	4,3	2,0	3,5	
Asociación de Cabildos Indígenas del Cesar "Dasakawi"	0,1	0,1	0,1	0,6	0,6	1,2	2,1	2,3	3,0	
Asociación Indígena del Cauca	0,1	0,3	0,2	0,9	1,4	1,3	0,9	1,3	2,2	
Comfamiliar de La Guajira	-	-	0,1	0,1	1,1	1,2	1,7	1,8	1,8	
Manexka	0,3	1,1	2,7	0,3	0,5	1,6	1,5	1,0	1,1	
Anas Wayuu EPS indígena	0,0	0,4	0,8	0,5	0,9	0,7	0,4	0,9	0,9	

GRÁFICA N° 3. N° DE TUTELAS POR CADA 10.000 AFILIADOS EN CADA EPS



3.2.1.5.4. Entes territoriales

Durante el 2011, las tutelas en salud contra entes territoriales disminuyeron un 17,72%, sobre todo las interpuestas contra las secretarías de salud, a pesar de que continúan siendo las más tuteladas en este grupo. Es de resaltar el incremento de las acciones que invocan el derecho a la salud interpuestas contra las secretarías de educación, las cuales aumentaron en 40,35% en relación con el año anterior (*Tabla N° 19*).



La Secretaría de Salud de Medellín fue la que mayor número de tutelas registró, con el 32,5%, seguida de las secretarías de Bogotá, Itagüí, Manizales y Bucaramanga. En este grupo, la decisión en primera instancia favoreció a los tutelantes en el 90% de los casos.

TABLA N° 19

TUTELAS EN SALUD CONTRA ENTES TERRITORIALES					
	Periodo				Variación Porcentual
	2010		2011		
	Nº Tutelas	Part. %	Nº Tutelas	Part. %	
Secretarías de Salud/Direcciones de salud	16.142	91,58	12.915	89,06	-19,99
Alcaldías	870	4,94	900	6,21	3,45
Gobernaciones	443	2,51	447	3,08	0,90
Secretarías de Educación	171	0,97	240	1,65	40,35
Total	17.626	100,00	14.502	100,00	-17,72

3.2.1.5.5. Instituciones Prestadoras de Salud (IPS)

Al igual que el año anterior, las IPS (clínicas, hospitales y centros de salud) más tuteladas fueron Cosmitet, Fundación Médico Preventiva y la Clínica General del Norte, con participaciones del 15,36%, 9,77% y 5,88%, respectivamente (*Tabla N° 20*). En relación con las decisiones de primera instancia, el 73,5% favorecieron a los accionantes.

TABLA N° 20

TUTELAS CONTRA CLÍNICAS, HOSPITALES Y OTRAS IPS					
	Periodo				Variación Porcentual
	2010		2011		
	Nº Tutelas	Part. %	Nº Tutelas	Part. %	
Cosmitet	487	14,96	530	15,36	8,83
Fundación Médico Preventiva	299	9,18	337	9,77	12,71
Clínica General del Norte/Unión Temporal del Norte	200	6,14	203	5,88	1,50
Hospital Universitario del Valle	136	4,18	99	2,87	-27,21
Servimédicos	27	0,83	97	2,81	259,26
Hospital Erasmo Meoz	56	1,72	93	2,70	66,07
Médicos Asociados	99	3,04	84	2,43	-15,15
Hospital Universitario de Santander	72	2,21	84	2,43	16,67
Emcosalud	48	1,47	79	2,29	64,58
Hospital Militar	70	2,15	64	1,86	-8,57
Hospital San Jorge de Pereira	156	4,79	62	1,80	-60,26
Avanzar Médico	44	1,35	62	1,80	40,91
Colombiana de Salud	41	1,26	53	1,54	29,27
Hospital Federico Lleras Acosta	67	2,06	53	1,54	-20,90
Hospital Departamental de Villavicencio	13	0,40	39	1,13	200,00
Hospital Santa Sofía de Caldas	15	0,46	38	1,10	153,33
Proinsalud	33	1,01	35	1,01	6,06
Instituto Nacional de Cancerología	26	0,80	33	0,96	26,92
Hospital Hernando Moncaleano	29	0,89	32	0,93	10,34
Comfandi	36	1,11	32	0,93	-11,11
Hospital de Kennedy	29	0,89	28	0,81	-3,45
Otras IPS	1.273	39,10	1.313	38,06	3,14
Total	3.256	100,00	3.450	100,00	5,96

3.2.1.5.6. Otras entidades del Estado

Durante el año 2011, la participación de las tutelas en salud contra otras entidades del Estado fue similar a la observada en el 2010, un 3% del total. Dentro de esta categoría, Acción Social continúa siendo la entidad más tutelada, con un 42,2%, seguida de los ministerios, con un 22,7%, y el Fosyga, con 10,3%. En primera instancia, los jueces favorecieron a los accionantes en un 63,5%.

Con el Decreto 4155 de 2011, la Agencia Presidencial para la Acción Social y la Cooperación Internacional (Acción Social), se transformó en el Departamento Administrativo para la Prosperidad Social, perteneciente al Sector Administrativo de Inclusión Social y Reconciliación, al cual se encuentran adscritas la Agencia Nacional para la Superación de la Pobreza Extrema (ANSPE), la Unidad de Atención y Reparación Integral a las Víctimas, la Unidad Administrativa Especial para la Consolidación Territorial, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y el Centro de Memoria Histórica.



Su objeto es formular, adoptar, dirigir, coordinar y ejecutar las políticas, planes generales, programas y proyectos para la superación de la pobreza, la inclusión social, la reconciliación, la recuperación de territorios, la atención a grupos vulnerables, población discapacitada, la reintegración social y económica y la atención y reparación a víctimas de la violencia a las que se refiere el artículo 3° de la Ley 1448 de 2011, las cuales desarrollará directamente o a través de sus entidades adscritas o vinculadas, en coordinación con las demás entidades u organismos competentes.

Con esta reestructuración, la Defensoría del Pueblo espera que la población a la cual protege este departamento administrativo tenga una mayor garantía de sus derechos, de tal forma que no se vean obligados a interponer acciones de tutela para reclamarlos.

3.2.1.5.7. INPEC/ Penitenciarias

El mayor número de tutelas en salud contra el INPEC, se presentó en el departamento del Cesar, en particular contra la Penitenciaría Nacional de Valledupar. Le siguieron las penitenciarías ubicadas en Antioquia (Bellavista y Puerto Triunfo), Cauca (San Isidro), Boyacá (Barne y Cóbbita) y Meta (Acacías) (*Tabla N° 21*).

Es de resaltar que, en este capítulo, las tutelas que se enuncian son las dirigidas contra el INPEC de manera directa, sin hacer referencia a Caprecom, EPS que administra algunos servicios de esta población.

TABLA N° 21

TUTELAS EN SALUD CONTRA EL INPEC Y PENITENCIARIÁS SEGÚN DEPARTAMENTO					
	Periodo				Variación Porcentual
	2010		2011		
	Nº Tutelas	Part. %	Nº Tutelas	Part. %	
Cesar	102	8,33	192	11,40	88,24
Antioquia	115	9,39	188	11,16	63,48
Cauca	115	9,39	154	9,14	33,91
Boyacá	128	10,45	153	9,09	19,53
Meta	116	9,47	145	8,61	25,00
Bogotá, D. C.	131	10,69	132	7,84	0,76
Norte de Santander	63	5,14	115	6,83	82,54
Santander	111	9,06	114	6,77	2,70
Tolima	52	4,24	114	6,77	119,23
Caldas	127	10,37	106	6,29	-16,54
Valle del Cauca	54	4,41	94	5,58	74,07
Caquetá	5	0,41	31	1,84	520,00
Cundinamarca	22	1,80	27	1,60	22,73
Huila	24	1,96	23	1,37	-4,17
Quindío	21	1,71	21	1,25	0,00
Risaralda	10	0,82	18	1,07	80,00
Casanare	-	-	18	1,07	-
Nariño	4	0,33	9	0,53	125,00
Chocó	-	-	8	0,48	-
Bolívar	5	0,41	5	0,30	0,00
Magdalena	4	0,33	4	0,24	0,00
Atlántico	6	0,49	3	0,18	-50,00
Otros	10	0,82	10	0,59	0,00
Total	1.225	100,00	1.684	100,00	37,47

3.2.1.5.8. Regímenes de excepción

Hacen parte del régimen de excepción aquellos grupos establecidos en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993, y son: los miembros de las fuerzas militares y la policía nacional, los civiles del Ministerio de Defensa y la policía vinculados antes de la vigencia de la ley 100 de 1993, los afiliados al fondo nacional de prestaciones sociales del magisterio, los servidores públicos de Ecopetrol y los pensionados de la misma y los miembros no remunerados de las corporaciones públicas.

En los regímenes de excepción, con el fin de evitar el pago doble de cobertura y la desviación de recursos, las personas afiliadas a él no pueden utilizar al mismo tiempo los servicios del Sistema General de Seguridad Social en Salud como cotizantes o beneficiarios.

Para el presente estudio, como regímenes de excepción, solo se tomó en cuenta a los servidores públicos de Ecopetrol y a los integrantes de las fuerzas militares y de policía.



Cabe señalar que el magisterio no se incluyó en este grupo por cuanto la mayoría de las tutelas que interponen los docentes van dirigidas a las IPS que están contratadas para prestar directamente los servicios de salud, tales como Cosmitet y la Fundación Médica Preventiva, entre otras.

Las fuerzas militares y de la policía siguen concentrando el mayor número de tutelas en este grupo, con una participación del 97,71% y un incremento del 35,37% en relación con el año 2010 (Tabla N° 22). La mayoría de las quejas en este grupo se presentan por la dificultad que tienen sus usuarios de acceder a los servicios médicos y por la falta de continuidad en los tratamientos. El 70,5% de las acciones favorece a los accionantes en primera instancia.

TABLA N° 22

TUTELAS EN SALUD CONTRA ENTIDADES CON RÉGIMEN ESPECIAL *					
	Periodo				Variación Porcentual
	2010		2011		
	Nº Tutelas	Part. %	Nº Tutelas	Part. %	
Fuerzas Militares y de Policía	1.292	96,63	1.749	97,71	35,37
Ecopetrol	45	3,37	41	2,29	-8,89
Total	1.337	100.00	1.790	100.00	33.88

* No se incluye al Magisterio

3.2.1.5.9. Administradoras de Riesgos Profesionales (ARP) y compañías de seguros

En general, el número de tutelas de este grupo se incrementó en 41,74% respecto del año anterior. La ARP Positiva siguió siendo la entidad más demandada, con una participación del 46,01%, que aumentó el número de acciones en 51,3%, le siguen Sura/Suratep (12,27%) y Seguros de Vida Colpatria (9,64%) (Tabla N° 23).

Los motivos que arguyen los usuarios son, entre otros, las reclamaciones que tienen que ver con pensiones de invalidez, exclusiones de pólizas, complementación de los servicios SOAT y evaluación de incapacidades de origen laboral que, finalmente, repercuten en servicios de salud. En primera instancia, los jueces favorecieron a los accionantes en el 63,9% de los casos.

TABLA N° 23

TUTELAS EN SALUD CONTRA ARP Y COMPAÑÍAS DE SEGUROS					
	Periodo				Variación Porcentual
	2010		2011		
	Nº Tutelas	Part. %	Nº Tutelas	Part. %	
ARP Positiva	347	43,11	525	46,01	51,30
Sura/Suratep	103	12,80	140	12,27	35,92
Seguros de Vida Colpatria	75	9,32	110	9,64	46,67
Compañía de Seguros Colmena	72	8,94	104	9,11	44,44
La Equidad Seguros de Vida	53	6,58	44	3,86	-16,98
Compañía de Seguros Bolívar	34	4,22	43	3,77	26,47
Liberty Seguros	38	4,72	39	3,42	2,63
Maphre Seguros	0	0,00	27	2,37	-
QBE Seguros	25	3,11	26	2,28	4,00
Aseguradora Colseguros	13	1,61	22	1,93	69,23
La Previsora Vida S.A.	9	1,12	16	1,40	77,78
Seguros del Estado S.A.	11	1,37	15	1,31	36,36
Otras compañías de seguros	25	3,11	30	2,63	20,00
Total	805	100.00	1.141	100.00	41.74

3.2.1.5.10. Administradoras de fondos de pensiones

Un total de 1.318 tutelas que invocaron el derecho a la salud fueron interpuestas contra entidades que administran los fondos de pensiones, y fue el Seguro Social Pensiones la que mayor número de ellas presentó (72,69%), seguida por Cajanal (10,39%) y Colfondos, con el 3,64% (Tabla N° 24). En el 68% de los casos, las acciones favorecieron a los ciudadanos en primera instancia.

TABLA N° 24

TUTELAS EN SALUD CONTRA ADMINISTRADORAS DE FONDOS DE PENSIONES					
	Periodo				Variación Porcentual
	2010		2011		
	Nº Tutelas	Part. %	Nº Tutelas	Part. %	
Seguro Social Pensiones	993	77,04	958	72,69	-3,52
Cajanal/Buen Futuro	92	7,14	137	10,39	48,91
Colfondos-Citi	27	2,09	48	3,64	77,78
Fondo de Pensiones y Cesantías Porvenir	43	3,34	43	3,26	0,00
Horizonte Pensiones y Cesantías	25	1,94	42	3,19	68,00
Fondo de Previsión del Magisterio	47	3,65	27	2,05	-42,55
Fondo de Pensiones y Cesantías Protección	25	1,94	26	1,97	4,00
Fondo de Pensiones y Cesantías ING	19	1,47	17	1,29	-10,53
Fondo de Pensiones Públicas FOPEP,FONCEP/ Fondos territoriales/	15	1,16	17	1,29	13,33
Fondo de Pensiones Skandia	2	0,16	1	0,08	-50,00
Otras Administradoras de fondos de pensiones	1	0,08	2	0,15	100,00
Total	1.289	100,00	1.318	100,00	2,25



3.2.1.5.11. Otras entidades demandadas

En este grupo hay que mencionar el incremento de las tutelas contra las empresas de servicios públicos, sobre todo aquellas que prestan el servicios de acueducto y alcantarillado, las cuales tuvieron un incremento del 22,61% en el último año; sin embargo el favorecimiento a los usuarios en primera instancia solamente fue del 46%. Igualmente hay que mencionar incrementos significativos en tutelas contra empresas de medicina prepagada, donde Coomeva y Colmédica tienen el mayor número de acciones.

3.2.2. Análisis de los hechos de la tutela en salud del año 2011

Esta sección del estudio comprende el análisis de 3.024 tutelas que invocaron el derecho a la salud durante el año 2011, seleccionadas a través de una muestra aleatoria estratificada por departamento. Los resultados se presentan, utilizando un factor de expansión en función de la misma variable.

El análisis se centró en los hechos narrados por los accionantes en cada una de las tutelas seleccionadas, con la clasificación de las pretensiones más recurrentes de los mismos, según su requerimiento. La cuantificación se hizo de acuerdo con las solicitudes en cada una de las tutelas.

Para la clasificación de las solicitudes en POS y No POS, solamente se tuvieron en cuenta las tutelas de los regímenes contributivo y subsidiado. Se analizaron cada una de las tecnologías en salud incluidas en las tutelas, de acuerdo con la normatividad vigente al 31 de diciembre de 2011:

- Acuerdos emitidos por el CNSS y la CRES:
- Acuerdo 306 del 16 de agosto de 2005. Por el cual se define el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado.
- Acuerdo 04 del 30 de septiembre de 2009. Por el cual se da cumplimiento a la Sentencia T-760 de 2008 en la unificación POS de niños y niñas hasta los 12 años.
- Acuerdo 08 del 29 de diciembre 2009. Por el cual se aclaran y actualizan integralmente los Planes Obligatorios de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado del POS actualizado, y sus respectivos anexos 1 y 2.
- Acuerdo 011 del 29 de enero de 2010. Por el cual se da cumplimiento al Auto 342 de la honorable Corte Constitucional en la unificación POS de niños y niñas hasta los 18 años.
- Acuerdo 012 del 29 de enero de 2010. Por el cual se fija la Unidad de Pago por Capitación para adelantar la prueba piloto de unificación de los regímenes contributivo y subsidiado del Distrito de Barranquilla.
- Acuerdo 013 del 30 de marzo de 2010. Por el cual se fija la Unidad de Pago por Capitación para adelantar la prueba piloto de unificación de los regímenes contributivo y subsidiado del Distrito Turístico y Cultural de Cartagena.

- Acuerdo 14 del 8 de abril de 2010. Por el cual se corrigen algunos yerros en el Acuerdo 008 de 2009.
- Acuerdo 15 del 6 de mayo de 2010. Por el cual se interpreta el alcance del Acuerdo 011 de 2010.
- Acuerdo 021 del 15 de febrero de 2011. Por el cual se amplían unas concentraciones de algunos medicamentos contenidos en el Plan Obligatorio de Salud dispuesto por el Acuerdo 008 de 2009 de la CRES.
- Acuerdo 025 del 24 de mayo de 2011. Por el cual se incluyen en el Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado los medicamentos alendronato y clopidogrel.
- Acuerdo 027 del 11 de octubre de 2011. Por medio del cual se unifican los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado a nivel nacional, para las personas de sesenta (60) y más años de edad.

Acciones para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad:

- Resolución 412 del 25 de febrero de 2000 expedida por el Ministerio de Salud. Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.
- Resolución 3442 del 22 de septiembre de 2006 expedida por el Ministerio de la Protección Social. Por la cual se adoptan las Guías de Práctica Clínica basadas en evidencia para la prevención, diagnóstico y tratamiento de pacientes con VIH/SIDA y Enfermedad Renal Crónica y las recomendaciones de los Modelos de Gestión Programática en VIH/SIDA y de Prevención y Control de la Enfermedad Renal Crónica.
- Resolución 1745 del 5 de diciembre de 2000 expedida por el Ministerio de Salud. Por la cual se modifica la fecha de entrada en vigencia de la Resolución 412 de 2000 que establece las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y adopta las Normas Técnicas y Guías de Atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.
- Resolución 3384 del 29 de diciembre de 2000 expedida por el Ministerio de Salud. Por la cual se Modifican Parcialmente las Resoluciones 412 y 1745 de 2000 y se deroga la Resolución 1078 de 2000.

3.2.2.1. Contenidos más frecuentes en las tutelas interpuestas

Revisadas todas las pretensiones de los accionantes en cada una de las tutelas de salud, se observó que en una sola acción se pueden encontrar más de una solicitud, bien sea de



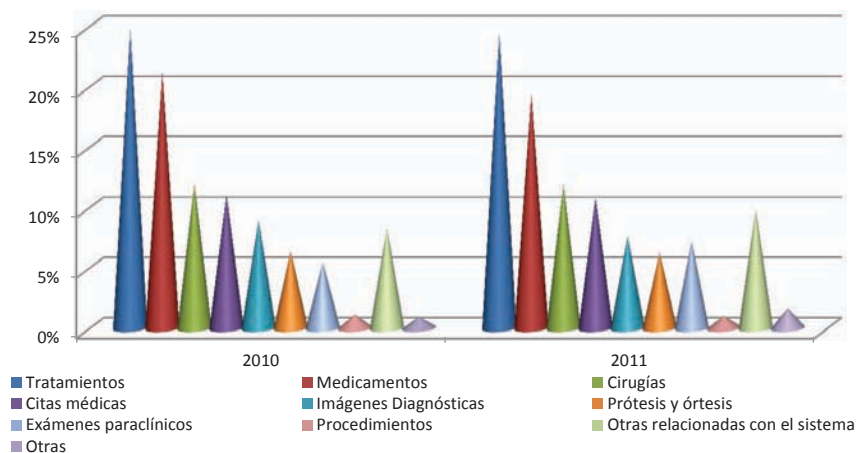
medicamentos, cirugías, exámenes, etc. En promedio, en una misma tutela se hacen 2,14 solicitudes, y son los exámenes paraclínicos los servicios con la media más alta (3,68). El 40,6% de las solicitudes corresponde al régimen contributivo, el 53,9% al régimen subsidiado y el 5,5% otros.

En el 2011, las solicitudes se incrementaron en un 10,17%. Las más frecuentes fueron las solicitudes por tratamientos, los cuales constituyen el 24,35% del total, seguida de medicamentos (19,34%) y cirugías (11,91%) (*Tabla N° 25*). (*Gráfica N° 4*).

TABLA N° 25

SOLICITUDES MÁS FRECUENTES EN LAS TUTELAS INTERPUESTAS DERECHO A LA SALUD					
	Periodo				Variación Porcentual
	2010		2011		
	Nº Solicitudes	Part % en Solicitudes	Nº Solicitudes	Part. % en Solicitudes	
Tratamientos	50.795	24,68	55.213	24,35	8,70
Medicamentos	43.692	21,23	43.858	19,34	0,38
Cirugías	24.545	11,93	27.014	11,91	10,06
Citas médicas	22.724	11,04	24.504	10,81	7,83
Imágenes Diagnósticas	18.378	8,93	17.260	7,61	-6,08
Prótesis y órtesis	13.145	6,39	14.177	6,25	7,85
Exámenes paraclínicos	11.234	5,46	16.271	7,18	44,84
Procedimientos	2.355	1,14	2.289	1,01	-2,80
Otras relacionadas con el sistema	17.029	8,27	22.375	9,87	31,39
Otras	1.912	0,93	3.786	1,67	98,01
TOTAL TUTELAS EN SALUD	94.502		105.947		12,11

GRÁFICA N° 4. CONTENIDO DE LAS TUTELAS EN SALUD



En relación con el 2010, los incrementos más altos se observan en las solicitudes de cirugías, exámenes paraclínicos, otras relacionadas con salud y otras solicitudes diferentes de salud. Sin embargo, el 84,6% de estas últimas corresponde a regímenes distintos al contributivo y subsidiado.

3.2.2.1.1. Contenidos más frecuentes en las tutelas interpuestas por tratamientos

Los tratamientos fueron las solicitudes más frecuentes en las tutelas, de los cuales, el 42,21% corresponde al régimen contributivo, el 54,9% al régimen subsidiado y el 2,88% a otros. El tratamiento integral fue considerado como una solicitud independiente, ya que la mayoría de tutelas así lo menciona y los usuarios, al requerirlo, buscan la garantía de todo lo que en materia de salud llegaren a necesitar para superar su enfermedad, evitando futuras negaciones que ocasionen la interposición de nuevas tutelas.

En concordancia con lo mencionado, es de resaltar que la Corte Constitucional ha manifestado en múltiples ocasiones que la atención en salud debe ser integral y, por ello, comprende todo cuidado, suministro de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, prácticas de rehabilitación, exámenes de diagnóstico y seguimiento de los tratamientos iniciados, así como todo otro componente que los médicos valoren como necesario para el restablecimiento de la salud del paciente.

El principio de integralidad es uno de los criterios aplicados por la Corte Constitucional para decidir sobre asuntos referidos a la protección del derecho constitucional a la salud. De conformidad con él, las entidades que participan en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) deben prestar un tratamiento integral a sus pacientes, con independencia



de que existan prescripciones médicas que ordenen de manera concreta la prestación de un servicio específico. Es por ello que los jueces de tutela deben ordenar que se garanticen todos los servicios médicos que sean necesarios para concluir un tratamiento³⁴.

Analizados los resultados, en el año 2011 se presentaron 55.213 solicitudes de tratamientos en 43.300 tutelas. Las principales solicitudes tuvieron que ver con las especialidades relacionadas con neurología, oncología, ortopedia, oftalmología y neurocirugía (*Tabla N° 26*). En relación con el año anterior, las especialidades que tuvieron incrementos significativos fueron neurocirugía, vascular, VIH/sida, oncología y endocrinología, mientras que hematología, medicina interna, odontología, neumología y cirugía plástica disminuyeron.

TABLA N° 26.

ESPECIALIDADES EN LAS QUE SOLICITAN TRATAMIENTOS					
	Periodo				Variación Porcentual Part.
	2010		2011		
	Tutelas	Part. %	Tutelas	Part. %	
Neurología	5.846	14,29	5.988	13,83	2,43
Oncología	3.105	7,59	4.521	10,44	45,60
Ortopedia	2.633	6,43	3.155	7,29	19,83
Oftalmología/Retinología	3.022	7,38	2.910	6,72	-3,71
Neurocirugía	1.509	3,69	2.522	5,82	67,13
Cardiología	1.841	4,50	2.156	4,98	17,11
Nefrología	1.830	4,47	2.063	4,76	12,73
Otorrinolaringología	1.490	3,64	1.913	4,42	28,39
Gastroenterología	2.034	4,97	1.800	4,16	-11,50
Gineco-obstetricia	1.705	4,17	1.771	4,09	3,87
Siquiatría	1.602	3,91	1.767	4,08	10,30
Endocrinología	1.338	3,27	1.755	4,05	31,17
Urología	1.203	2,94	1.576	3,64	31,01
Cirugía general	1.481	3,62	1.353	3,12	-8,64
Medicina interna	2.275	5,56	1.260	2,91	-44,62
Reumatología	1.406	3,44	1.130	2,61	-19,63
Vascular	592	1,45	978	2,26	65,20
Neumología	1.286	3,14	872	2,01	-32,19
Odontología	986	2,41	659	1,52	-33,16
Vih/Sida	389	0,95	623	1,44	60,15
Dermatología	625	1,53	575	1,33	-8,00
Hematología	672	1,64	363	0,84	-45,98
Cirugía plástica	457	1,12	346	0,80	-24,29
Pediatría	332	0,81	264	0,61	-20,48
Nutricionista	127	0,31	148	0,34	16,54
Sicología	609	1,49	0	0,00	-100,00
Otras/No específicas	527	1,29	832	1,92	57,87
Total	40.922	100,00	43.300	100,00	5,81

34 Sentencia T-576 de 2008.

3.2.2.1.2 Contenidos más frecuentes en las tutelas interpuestas por medicamentos

Los medicamentos fueron las segundas solicitudes más frecuentes en las tutelas, de las cuales, el 47,21% le corresponde al régimen contributivo, el 50,9% al régimen subsidiado y el 2,3% a otros.

En este aspecto, la jurisprudencia constitucional ha reiterado que un afiliado podrá solicitar, ante su entidad aseguradora, el suministro de un medicamento excluido del plan de beneficios siempre y cuando se requiera por tratarse de un servicio indispensable para conservar la salud, en especial aquellos que comprometan la vida digna y la integridad personal.

En 22.245 tutelas se presentaron 43.858 solicitudes de medicamentos. Las más frecuentes tuvieron que ver con las especialidades relacionadas con neurología, endocrinología, reumatología, medicina interna y oncología (*Tabla N° 27*).

En relación con el año anterior, las especialidades que mostraron incrementos significativos fueron urología, cirugía general, VIH/sida, otorrinolaringología y neurocirugía, mientras que disminuyeron hematología, vascular, pediatría, oncología y oftalmología.

TABLA N° 27.

ESPECIALIDADES EN LAS QUE SOLICITAN MEDICAMENTOS					
	Periodo				Variación Porcentual Part.
	2010		2011		
	Tutelas	Part. %	Tutelas	Part. %	
Neurología	3.600	15,73	4.453	18,37	23,69
Endocrinología	1.456	6,36	2.037	8,40	39,90
Reumatología	1.566	6,84	1.829	7,54	16,79
Medicina interna	2.078	9,08	1.722	7,10	-17,13
Oncología	2.147	9,38	1.538	6,34	-28,37
Cardiología	1.059	4,63	1.523	6,28	43,81
Siquiatria/Sicología	1.175	5,14	1.376	5,68	17,11
Oftalmología/Retinologia	1.489	6,51	1.147	4,73	-22,97
Neumología	1.391	6,08	1.144	4,72	-17,76
Neurocirugía	655	2,86	1.065	4,39	62,60
Nefrología	891	3,89	858	3,54	-3,70
Gastroenterología	742	3,24	670	2,76	-9,70
Dermatología	788	3,44	649	2,68	-17,64
Ortopedia	775	3,39	638	2,63	-17,68
Urología	295	1,29	606	2,50	105,42
Vih/Sida	329	1,44	563	2,32	71,12
Otorrinolaringología	329	1,44	537	2,21	63,22
Gineco-obstetricia	427	1,87	435	1,79	1,87
Cirugía general	158	0,69	291	1,20	84,18
Hematología	571	2,50	286	1,18	-49,91
Pediatría	444	1,94	286	1,18	-35,59
Vascular	292	1,28	150	0,62	-48,63
Otras/No específicas	222	0,97	442	1,82	99,10
Total	22.879	100,00	24.245	100,00	5,97



3.2.2.1.3. Contenidos más frecuentes en las tutelas interpuestas por cirugías

En tercer lugar se ubicaron las solicitudes de cirugías, el 43,42% corresponde al régimen contributivo, el 54,34% al régimen subsidiado y el 4,24% a otros. En 22.981 tutelas hubo 27.014 solicitudes de cirugías. Las principales solicitudes en el año 2011 tuvieron que ver con las especialidades relacionadas con ortopedia, oftalmología, gineco-obstetricia, gastroenterología y cirugía general (*Tabla N° 28*).

Respecto del año anterior, las especialidades que presentaron incrementos significativos fueron gineco-obstetricia, neurología, neurocirugía y oncología, mientras que disminuyeron nefrología, medicina interna, dermatología y reumatología.

En relación con solicitudes de cirugías en las tutelas, la Corte Constitucional ha manifestado que los procedimientos quirúrgicos ordenados no pueden ser aplazados, cancelados o suspendidos, sino con base en claros y precisos conceptos médicos porque, de lo contrario, ello constituiría una clara violación del derecho a la salud de quien lo requiere.

TABLA N° 28

ESPECIALIDADES EN LAS QUE SOLICITAN CIRUGÍAS					
	Periodo				Variación Porcentual Part.
	2010		2011		
	Tutelas	Part. %	Tutelas	Part. %	
Ortopedia	2.895	14,13	3.231	14,06	11,61
Oftalmología/Retinología	3.079	15,03	3.126	13,60	1,53
Gineco-obstetricia	1.288	6,29	2.561	11,14	98,84
Gastroenterología	2.695	13,16	2.462	10,71	-8,65
Cirugía general	1.398	6,83	1.885	8,20	34,84
Cardiología	1.010	4,93	1.269	5,52	25,64
Otorrinolaringología	1.046	5,11	1.259	5,48	20,36
Oncología	929	4,54	1.255	5,46	35,09
Urología	857	4,18	1.057	4,60	23,34
Neurocirugía	555	2,71	920	4,00	65,77
Odontología	663	3,24	574	2,50	-13,42
Cirugía plástica	450	2,20	572	2,49	27,11
Neurología	266	1,30	503	2,19	89,10
Endocrinología	433	2,11	461	2,01	6,47
Vascular	400	1,95	452	1,97	13,00
Nefrología	1.024	5,00	439	1,91	-57,13
Neumología	250	1,22	242	1,05	-3,20
Reumatología	282	1,38	177	0,77	-37,23
Medicina interna	339	1,66	164	0,71	-51,62
Dermatología	140	0,68	82	0,36	-41,43
Otras/No específicas	483	2,36	290	1,26	-39,96
Total	20.482	100,00	22.981	100,00	12,20

3.2.2.1.4. Contenidos más frecuentes en las tutelas interpuestas por citas médicas

Las citas médicas especializadas fueron la cuarta solicitud más frecuente en las tutelas, con una participación del 10,81%. El mayor porcentaje pertenece al régimen subsidiado (67,38%), mientras que el 26,52% corresponde al régimen contributivo y el 6,11% a otros.

En 19.931 tutelas se presentaron 24.504 solicitudes por citas médicas especializadas. Las principales solicitudes en el año 2011 tuvieron que ver con neurología, ortopedia, medicina interna, oftalmología y otorrinolaringología (*Tabla N° 29*). En relación con el año 2010, hubo incrementos significativos en citas con psiquiatría, neumología y cirugía vascular, en tanto que nefrología, dermatología y oftalmología disminuyeron.

Uno de los motivos por el cual se siguen interponiendo estas acciones es la falta de personal especializado, lo que hace que las citas se demoren hasta cuatro (4) meses y se pierda la oportunidad y continuidad del tratamiento; adicionalmente, el escaso recurso humano especializado se concentra en las grandes capitales. Cabe mencionar la disminución presentada en citas por oftalmología, que en el año 2010 fue la principal solicitud invocada en las tutelas, en gran parte, debido a las campañas realizadas por algunas EPS para evacuar citas y cirugías represadas.

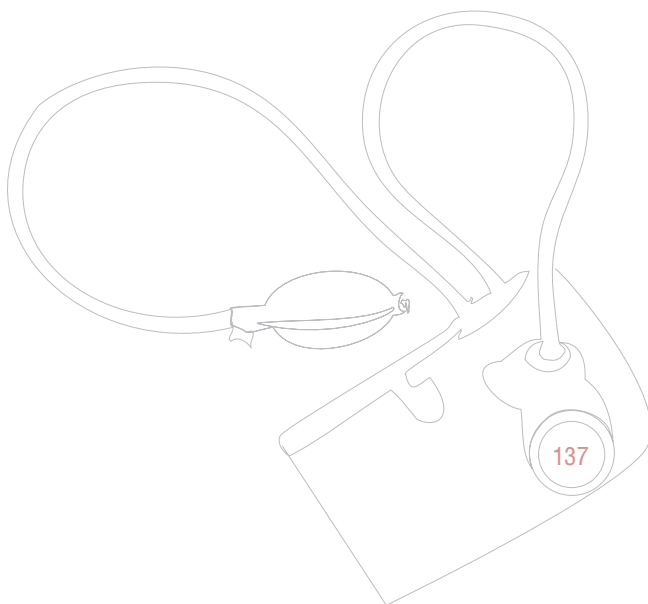




TABLA N° 29

CITAS SOLICITADAS EN LAS TUTELAS					
	Periodo				Variación Porcentual Part.
	2010		2011		
	Solicitudes	Part. %	Solicitudes	Part. %	
Neurología	1.998	8,79	2.629	10,73	31,58
Ortopedia	1.767	7,78	1.894	7,73	7,19
Medicina Interna	1.716	7,55	1.804	7,36	5,13
Oftalmología	2.450	10,78	1.515	6,18	-38,16
Otorrinolaringología	1.053	4,63	1.327	5,42	26,02
Urología	1.306	5,75	1.310	5,35	0,31
Cirugía general	1.049	4,62	1.300	5,31	23,93
Gineco-obstetricia	1.263	5,56	1.007	4,11	-20,27
Oncología	723	3,18	866	3,53	19,78
Siquiatría	279	1,23	809	3,30	189,96
Cardiología	1.019	4,48	777	3,17	-23,75
Gastroenterología	893	3,93	683	2,79	-23,52
Odontología	566	2,49	649	2,65	14,66
Vascular	356	1,57	621	2,53	74,44
Neurocirugía	585	2,57	606	2,47	3,59
Reumatología	555	2,44	579	2,36	4,32
Neumología	204	0,90	517	2,11	153,43
Nutricionista	320	1,41	459	1,87	43,44
Endocrinología	541	2,38	436	1,78	-19,41
Dermatología	703	3,09	371	1,51	-47,23
Anestesiología	297	1,31	358	1,46	20,54
Nefrología	668	2,94	348	1,42	-47,90
Sicología	321	1,41	348	1,42	8,41
Fisiatría	372	1,64	325	1,33	-12,63
Pediatría	400	1,76	309	1,26	-22,75
Cirugía plástica	302	1,33	235	0,96	-22,19
Hematología	205	0,90	233	0,95	13,66
Otras/No específicas	813	3,58	2.189	8,93	169,25
Total	22.724	100,00	24.504	100,00	7,83

3.2.2.1.5. Contenidos más frecuentes en las tutelas interpuestas por imágenes diagnósticas

La mayoría de solicitudes por imágenes diagnósticas se concentra en el régimen subsidiado, con el 71,95%, seguida del régimen contributivo (25,16%) y de otros, con el 2,89%.

En 12.752 tutelas se presentaron 17.260 solicitudes y las especialidades en las cuales hubo mayor número de ellas fueron neurología, oncología, neurocirugía, ortopedia y oftalmología (Tabla N° 30).

TABLA N° 30

ESPECIALIDADES EN LAS QUE SOLICITAN IMÁGENES DIAGNÓSTICAS					
	2010		2011		Variación Porcentual
	Tutelas	Part.	Tutelas	Part. %	
Neurología	1.564	11,81	1.826	14,32	16,75
Oncología	801	6,05	1.470	11,53	83,52
Neurocirugía	882	6,66	1.188	9,32	34,69
Ortopedia	1.199	9,05	1.094	8,58	-8,76
Oftalmología/Retinología	870	6,57	889	6,97	2,18
Cardiología	1.081	8,16	741	5,81	-31,45
Medicina interna	551	4,16	643	5,04	16,70
Otorrinolaringología	661	4,99	637	5,00	-3,63
Gineco-obstetricia	1.023	7,72	573	4,49	-43,99
Endocrinología	318	2,40	553	4,34	73,90
Gastroenterología	779	5,88	486	3,81	-37,61
Urología	383	2,89	476	3,73	24,28
Cirugía general	747	5,64	468	3,67	-37,35
Vascular	316	2,39	407	3,19	28,80
Nefrología	447	3,38	360	2,82	-19,46
Psiquiatría	145	1,09	145	1,14	0,00
Neumología	366	2,76	139	1,09	-62,02
Reumatología	297	2,24	119	0,93	-59,93
Odontología	54	0,41	80	0,63	48,15
Vih/sida	35	0,26	73	0,57	108,57
Dermatología	16	0,12	71	0,56	343,75
Hematología	325	2,45	71	0,56	-78,15
Cirugía plástica	47	0,35	10	0,08	-78,72
Otras/No específicas	336	2,54	233	1,83	-30,65
Total	13.243	100,00	12.752	100,00	-3,71

3.2.2.1.6. Contenidos más frecuentes en las tutelas interpuestas por prótesis, órtesis y dispositivos médicos

Las solicitudes por prótesis, órtesis y dispositivos médicos en cada uno de los regímenes contributivo y subsidiado, oscilan en un 48% y el mayor número de ellas se relacionan con las especialidades de neurología, oftalmología, ortopedia, neurocirugía y otorrinolaringología. Los mayores incrementos se presentan en neurocirugía, gastroenterología y oncología (Tabla N° 31).



TABLA N° 31

ESPECIALIDADES EN LAS QUE SOLICITAN PRÓTESIS, ÓRTESIS E INSUMOS MÉDICOS					
	Periodo				Variación Porcentual
	2010		2011		
	Tutelas	Part. %	Tutelas	Part. %	Part.
Neurología	1.483	16,98	1.942	18,60	30,95
Oftalmología/Retinología	1.400	16,03	1.488	14,25	6,29
Ortopedia	1.073	12,28	1.470	14,08	37,00
Neurocirugía	485	5,55	1.182	11,32	143,71
Otorrinolaringología	611	6,99	939	8,99	53,68
Oncología	388	4,44	725	6,94	86,86
Urología	339	3,88	566	5,42	66,96
Endocrinología	261	2,99	315	3,02	20,69
Odontología	318	3,64	228	2,18	-28,30
Gastroenterología	91	1,04	210	2,01	130,77
Reumatología	118	1,35	182	1,74	54,24
Medicina interna	532	6,09	180	1,72	-66,17
Nefrología	83	0,95	149	1,43	79,52
Neumología	225	2,58	146	1,40	-35,11
Cardiología	184	2,11	138	1,32	-25,00
Cirugía general	268	3,07	96	0,92	-64,18
Vascular	143	1,64	70	0,67	-51,05
Hematología	74	0,85	34	0,33	-54,05
Gineco-obstetricia	46	0,53	32	0,31	-30,43
Siquiatría	62	0,71	31	0,30	-50,00
Otras/No específicas	552	6,32	320	3,06	-42,03
Total	8.736	100,00	10.443	100,00	1,95

3.2.2.1.7. Contenidos más frecuentes en las tutelas interpuestas por exámenes paraclínicos

En el caso de los exámenes paraclínicos, las solicitudes estuvieron asociadas a la realización de exámenes en oncología, oftalmología, neurología, endocrinología y urología, donde hubo aumentos significativos (*Tabla N° 32*). El mayor porcentaje se observó en el régimen subsidiado (72,97%), mientras que en el régimen contributivo el porcentaje llegó al 21,17%. Hay que anotar que a pesar de que se solicitaron exámenes especializados, en algunos casos las solicitudes fueron sobre exámenes pre quirúrgicos básicos incluidos en el POS.

TABLA N° 32

ESPECIALIDADES EN LAS QUE SOLICITAN EXÁMENES					
	Periodo				Variación Porcentual
	2010		2011		
	Tutelas	Part. %	Tutelas	Part. %	
					Part.
Oncología	324	8.01	583	13.17	79.94
Oftalmología	244	6.03	417	9.42	70.90
Neurología	365	9.02	414	9.35	13.42
Endocrinología	258	6.38	385	8.70	49.22
Urología	208	5.14	309	6.98	48.56
Gineco-obstetricia	338	8.35	296	6.69	-12.43
Reumatología	185	4.57	283	6.39	52.97
Nefrología	259	6.40	231	5.22	-10.81
Medicina interna	351	8.68	230	5.20	-34.47
Cirugía general	54	1.33	184	4.16	240.74
Ortopedia	167	4.13	162	3.66	-2.99
Cardiología	92	2.27	149	3.37	61.96
Gastroenterología	159	3.93	137	3.10	-13.84
Neurocirugía	80	1.98	123	2.78	53.75
Neumología	86	2.13	107	2.42	24.42
Otorrinolaringología	256	6.33	82	1.85	-67.97
Hematología	211	5.22	69	1.56	-67.30
Otras/No específicas	409	10.11	265	5.99	-35.21
Total	4.046	100,00	4.426	100,00	9.39

3.2.2.1.8. Contenidos más frecuentes en las tutelas interpuestas por procedimientos

Las solicitudes por procedimientos solamente constituyen el 1% del total, y están principalmente relacionadas con las especialidades de oncología, nefrología, gineco-obstetricia y urología; el 40,5% corresponde al régimen contributivo y el 56% al régimen subsidiado (*Tabla N° 33*).

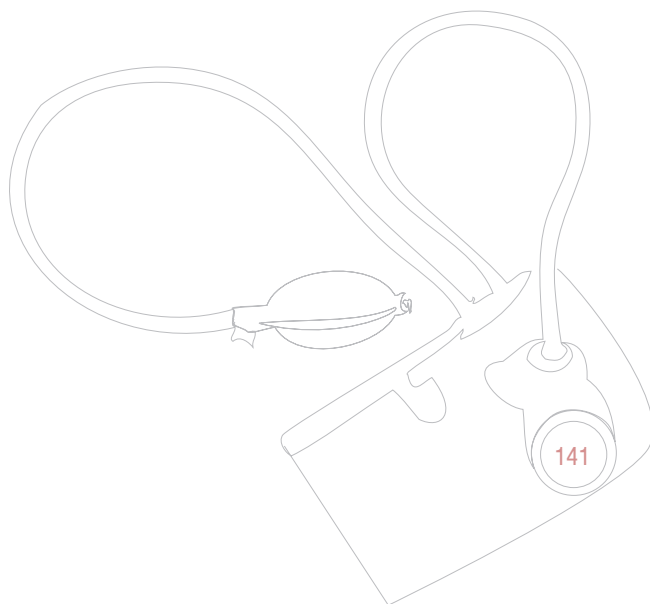




TABLA N° 33

ESPECIALIDADES EN LAS QUE SOLICITAN PROCEDIMIENTOS					
	Periodo				Variación Porcentual
	2010		2011		
	Tutelas	Part. %	Tutelas	Part. %	Part.
Oncología	142	6,20	368	17,11	159,15
Nefrología	146	6,37	271	12,60	85,62
Gineco-obstetricia	306	13,35	237	11,02	-22,55
Urología	37	1,61	218	10,13	489,19
Odontología	175	7,64	186	8,65	6,29
Neurología	122	5,32	117	5,44	-4,10
Cardiología	32	1,40	104	4,83	225,00
Dermatología	285	12,43	82	3,81	-71,23
Neurocirugía	102	4,45	82	3,81	-19,61
Ortopedia	102	4,45	73	3,39	-28,43
Otorrinolaringología	68	2,97	41	1,91	-39,71
Gastroenterología	334	14,57	37	1,72	-88,92
Otras/No específicas	441	19,24	335	15,57	-24,04
Total	2.292	100,00	2.151	100,00	-6,15

3.2.2.1.9. Contenidos más frecuentes de las tutelas interpuestas por otras solicitudes relacionadas con el sistema

Incluye aquellas solicitudes que de alguna forma impiden a los usuarios tener acceso a los servicios en salud. La principal solicitud continúa siendo la autorización de transporte y alojamiento, en la cual los tutelantes solicitaron el pago de viáticos que en la mayoría de los casos fue para el paciente y su acompañante. Le siguieron las solicitudes por atención médica y por pago de incapacidades.

Respecto de las solicitudes en las tutelas por transporte y alojamiento, las entidades de aseguramiento las siguen negando, a pesar de estar incluidas en el Acuerdo 08 de 2009, por lo que el usuario continúa interponiendo tutelas para que se le garantice esta prestación y pueda acceder al servicio de salud que requiere.

En cuanto a las tutelas por atención médica, se presentan cuando los usuarios llevan demasiado tiempo solicitando servicios en salud sin que sean autorizados por las entidades de aseguramiento. En estos casos, no discriminan el servicio que requieren.

En lo que hace referencia a las acciones por pago de incapacidades, la Corte Constitucional ha reiterado que cuando la única fuente de ingreso del trabajador es su salario y este no se puede devengar de forma ordinaria, ya sea porque se encuentra incapacitado por

enfermedad general o por enfermedad profesional, debe presumirse que la ausencia del pago oportuno de las incapacidades vulnera el mínimo vital y, por tanto, es procedente la acción de tutela.

Otra de las solicitudes frecuentes en las tutelas es la exoneración del pago de cuotas moderadoras y copagos. Al respecto, la Corte Constitucional ha manifestado de manera reiterativa que estos no se pueden convertir en barreras de acceso. No obstante, la Defensoría del Pueblo ha recibido denuncias de algunos pacientes con enfermedades de alto costo, en el sentido de que las EPS les cobran cuotas moderadas durante su tratamiento, lo que ocasiona su demora o, en el peor de los casos, la interrupción de los mismos. Así mismo, se han recibido quejas de los usuarios del régimen subsidiado por barreras de acceso a los servicios de salud, al exigírseles el pago del valor de las cuotas de recuperación.

Por este motivo, la Defensoría del Pueblo le ha solicitado, en varias ocasiones, al Ministerio de Salud y de la Protección Social, hacer extensiva la exoneración de que trata el literal g) del artículo 14 de la Ley 1122 de 2007, para todos los servicios requeridos por los usuarios clasificados en el nivel I del Sisbén, sin que hasta la fecha se haya obtenido respuesta alguna, pese a los reiterados requerimientos. Igualmente, en el caso del régimen contributivo, en virtud del principio de equidad, se ha solicitado a la CRES que fije más categorías para el pago de las cuotas moderadoras, las cuales deben ser de manera proporcional a la capacidad de pago de los cotizantes. Lo anterior, con ocasión de las quejas allegadas a esta entidad sobre dificultad de acceso a los servicios de salud debido a la amplitud de los rangos (ingresos de 5 smlmv pagan el mismo valor que quien tiene ingresos superiores a 10 o hasta 20 smlmv).

Adicionalmente, hay que mencionar el aumento significativo de las solicitudes que buscan ajustar la base de datos del sistema, ya que los ciudadanos no pueden acceder a los servicios, por doble afiliación o por retiro injustificado. Igualmente, se presentan aumentos en solicitudes para atención en centros especializados y reintegro por pagos médicos (*Tabla N° 34*).

De estas solicitudes, el 62% corresponde al régimen contributivo, el 29,3% al régimen subsidiado y el 8,4% a otros.

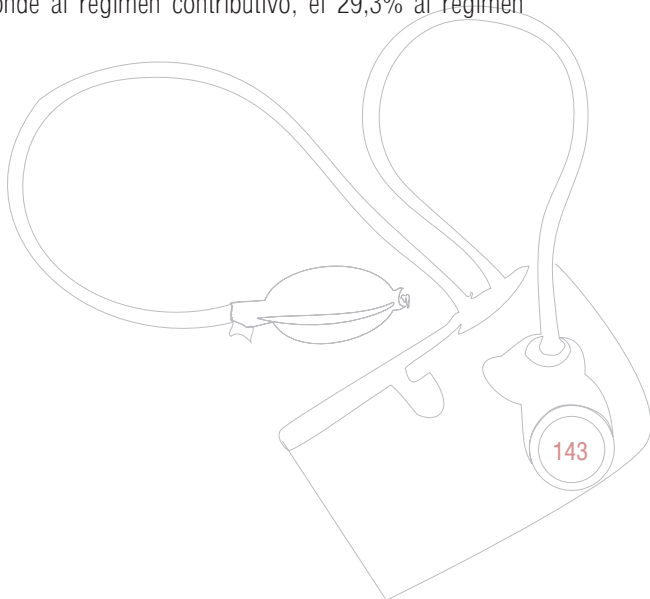




TABLA N° 34

OTRAS SOLICITUDES RELACIONADAS CON EL SISTEMA					
	Periodo				Variación Porcentual
	2010		2011		
	Solicitudes	Part. %	Solicitudes	Part. %	
Transporte y alojamiento	5.204	30,56	6.603	29,51	26,88
Atención médica	3.498	20,54	4.265	19,06	21,93
Pago de incapacidades	2.085	12,24	3.076	13,75	47,53
Afiliaciones/retiros	740	4,35	2.291	10,24	209,59
Exoneración de copagos o cuotas moderadoras	1.002	5,88	1.690	7,55	68,66
Cambio de EPS/IPS	1.129	6,63	1.026	4,59	-9,12
Servicio de ambulancia	670	3,93	947	4,23	41,34
Pago de licencia de maternidad	1.505	8,84	768	3,43	-48,97
Reintegro por pagos médicos	322	1,89	551	2,46	71,12
Multiafiliación	361	2,12	502	2,24	39,06
Atención domiciliaria	116	0,68	184	0,82	58,62
Atención en centro especializado	98	0,58	182	0,81	85,71
Pago de aportes a salud	181	1,06	113	0,51	-37,57
Otros	118	0,69	177	0,79	50,00
Total	17.029	100,00	22.375	100,00	31,39

3.2.2.1.10. Contenidos más frecuentes en las tutelas interpuestas por otras solicitudes diferentes a salud

Estas solicitudes no involucran de manera directa la prestación de un servicio de salud; sin embargo, al hacer estas peticiones, entre otras, los ciudadanos invocan la vulneración de este derecho. Solamente el 10,12% pertenece a usuarios del régimen contributivo, 2,93% al régimen subsidiado y el 86,95% a otros. La ayuda humanitaria es la principal causa de reclamación, en particular por las personas desplazadas, seguidas de solicitudes por reconocimiento de pensiones y pago de indemnizaciones (Tabla N° 35).

En cuanto a la ayuda humanitaria, la Corte Constitucional ha dicho que “(...) Este Tribunal ha reconocido en su jurisprudencia que existen obligaciones específicas respecto a las personas desplazadas por la violencia debido a sus particulares circunstancias y que es deber de las autoridades (i) reubicar a las personas desplazadas que, debido al desplazamiento, se han visto obligadas a asentarse en terrenos de alto riesgo; (ii) brindar a estas personas soluciones de vivienda de carácter temporal y, posteriormente, facilitarles el acceso a otras de carácter permanente. En este sentido, la Corporación ha precisado que no basta con ofrecer soluciones de vivienda a largo plazo si mientras tanto no se provee a los desplazados alojamiento temporal en condiciones dignas (...)”.³⁵

35 Sentencia 606 de 2011.

TABLA N° 35

OTRAS SOLICITUDES DIFERENTES A SALUD				
	Periodo			
	2010		2011	
	Solicitudes	Part. %	Solicitudes	Part. %
Ayuda humanitaria	842	44,04	679	17,93
Reconocimiento de pensión	342	17,89	489	12,92
Pago de prestaciones económicas	91	4,76	487	12,86
Calificación de invalidez	116	6,07	381	10,06
Reintegro laboral	73	3,82	326	8,61
Servicios públicos	287	15,01	262	6,92
Medio ambiente y salubridad pública	0	0,00	248	6,55
Respuesta a derecho de petición	0	0,00	183	4,83
Traslado laboral	103	5,39	122	3,22
Otros	58	3,03	609	16,09
Total	1.912	100,00	3.786	100,00

3.2.2.2. Tutelas para exigir contenidos POS y No POS en los regímenes contributivo y subsidiado

El Plan Obligatorio de Salud (POS) es el conjunto de tecnologías en salud a que tiene derecho, en caso de necesitarlo, todo afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud y cuya prestación debe ser garantizada por las entidades promotoras de salud. Igualmente, el POS constituye un instrumento para el goce efectivo del derecho a la salud y la atención en la prestación de las tecnologías que cada una de estas entidades garantizará a los afiliados a través de su red de prestadores dentro del territorio nacional y en las condiciones de calidad establecidas por la normatividad vigente³⁶.

Las tecnologías en salud contempladas en el POS están previamente financiadas por la unidad de pago por capitación (UPC) tanto para el régimen contributivo como para el subsidiado.

La UPC es el valor que anualmente reciben las EPS por cada uno de sus afiliados, el cual es definido por la CRES y otorga el derecho a los usuarios de recibir del sistema la atención en salud que requiera, dentro de los parámetros del POS, independientemente de su capacidad económica y de su aporte al sistema.

Es por ello que se entendería que ningún colombiano tiene que interponer tutelas por tecnologías en salud que se encuentran en el POS tanto del régimen contributivo como

³⁶ Acuerdo 29 de 2011. Arts. 1ª y 2ª.



del subsidiado, hoy en día unificado. Sin embargo, la realidad es otra y de acuerdo con el seguimiento que la Defensoría del Pueblo viene realizando en sus distintos informes de tutela desde el año 1999, las EPS ponen barreras de acceso a los usuarios para reclamar estos beneficios.

Es así como, a pesar de que el POS se ha actualizado en los últimos años incluyendo más tecnologías en salud como consecuencia de la orden emitida por la honorable Corte Constitucional en su sentencia T-760 de 2008, también es cierto que han aumentado las solicitudes en las tutelas por estos contenidos.

Al observar la tabla N° 36 se encuentra que en el régimen contributivo el porcentaje POS solicitado en las tutelas durante el 2011 fue el más alto de los últimos cinco años. Respecto del régimen subsidiado, aunque no se presentó incremento respecto del año anterior, sí se puede ver que las solicitudes POS son mayores que las del régimen contributivo, contrastando con la unificación que se ha venido realizando durante los últimos años en algunas franjas de la población (menores de 18 años y mayores de 60).

Es de anotar el incremento en el régimen contributivo de las solicitudes POS en el año 2011, al pasar de 54% a 64,16%; así mismo, en el régimen subsidiado se observa una leve disminución de 3,54 puntos, no obstante que en los tres últimos años ha habido el mayor número de solicitudes POS.

TABLA N° 36

PORCENTAJE DE NEGACIONES POS			
PORCENTAJE DE SOLICITUDES POS EN CADA RÉGIMEN			
Periodo 2003-2011			
AÑO	Contributivo	Subsidiado	General
2003	55,46%	62,35%	56,00%
2004	59,73%	67,43%	60,40%
2005	52,22%	60,82%	53,10%
2006	67,37%	39,26%	60,90%
2007	54,30%	33,26%	50,70%
2008	54,85%	32,71%	49,30%
2009	59,90%	76,50%	68,20%
2010	54,00%	73,80%	65,40%
2011	64,16%	70,26%	67,81%

En este análisis solamente se tuvieron en cuenta las solicitudes que estaban directamente relacionadas con el servicio de salud para los regímenes contributivo y subsidiado. Cada una de ellas fue contada y clasificada de manera independiente, considerando si los servicios requeridos se encontraban o no en el POS, de conformidad con la normatividad vigente, al 31 de diciembre de 2011, la cual fue enunciada con anterioridad.

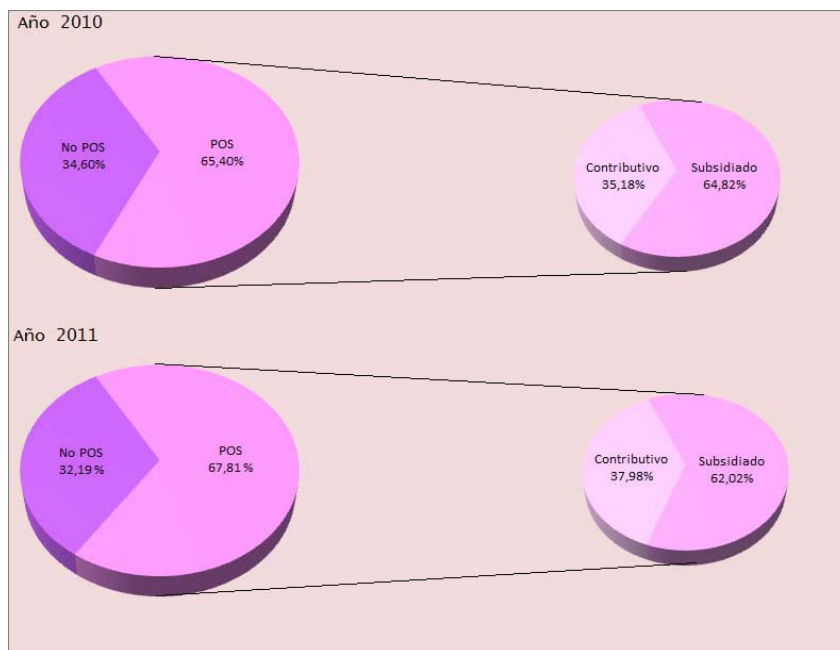
En el año 2011, las solicitudes aumentaron en un 40,83% con respecto al año anterior, siendo mayor el incremento en las solicitudes POS. Hay que advertir que este se debe a la cuantificación y clasificación de los tratamientos integrales, dada la posibilidad ofrecida en el Acuerdo 08 de 2009 expedido por la CRES, por el principio de integralidad establecido en su artículo 9º.

De esta manera, en el año 2011 se encontró que el 67,81% de las solicitudes requeridas en los dos regímenes se encuentra dentro del POS (*Tabla N° 37*), mayor en 2,37 puntos al observado en el 2010 (*Gráfica N° 5*).

TABLA N° 37

SOLICITUDES EN TUTELAS DE SALUD (POS Y NO POS) EN LOS REGIMENES CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO					
	2010		2011		VARIACIÓN %
	Solicitudes	Part. %	Solicitudes	Part. %	
Pos	89.762	65,40	131.077	67,81	46,03
No Pos	47.498	34,60	62.225	32,19	31,01
Total	137.260	100,00	193.302	100,00	40,83

GRÁFICA N° 5. CONTENIDOS POS EN LAS TUTELAS





Al observar todas las solicitudes por tecnologías en salud incluidas en el POS durante el 2011, el mayor número de estas se presenta en el régimen subsidiado (62,02%) (Tabla N° 38). A pesar de que las solicitudes POS están cubiertas por las UPC de cada uno de los regímenes, estas son mayores a las no POS.

TABLA N° 38

SOLICITUDES EN TUTELAS DE SALUD SEGÚN RÉGIMEN Periodo 2011									
	Régimen						Total		
	Contributivo			Subsidiado					
	Solicitudes	Part. V %	Part H %	Solicitudes	Part. V %	Part H %	Solicitudes	Part. V %	Part H %
Pos	49.841	64,16	38,02	81.236	70,26	61,98	131.077	67,81	100,00
No Pos	27.842	35,84	44,74	34.383	29,74	55,26	62.225	32,19	100,00
Total	77683	100.00	40.19	115619	100.00	59.81	193.302	100.00	100.00

En relación con los contenidos de las tutelas, las solicitudes más frecuentes fueron las de tratamientos, seguida de medicamentos, cirugías, citas médicas especializadas e imágenes diagnósticas.

Las solicitudes incluidas en el POS de los dos regímenes fueron mayoritarias, con excepción de medicamentos y de prótesis, órtesis e insumos médicos (Tabla N° 39).

TABLA N° 39

SOLICITUDES MAS FRECUENTE EN LAS TUTELAS INTERPUESTAS															
RÉGIMEN CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO															
	AÑO 2011														
	CONTRIBUTIVO					SUBSIDIADO					TOTAL				
	Pos	Part. %	No Pos	Part. %	Subtotal	Pos	Part. %	No Pos	Part. %	Subtotal	Pos	Part. %	No Pos	Part. %	TOTAL
Tratamientos	20.683	88,76	2.620	11,24	23.303	26.817	88,46	3.500	11,54	30.317	47.500	88,59	6.120	11,41	53.620
Medicamentos	4.610	22,26	16.096	77,74	20.706	10.665	48,17	11.477	51,83	22.142	15.275	35,65	27.573	64,35	42.848
Cirugías	9.499	80,99	2.230	19,01	11.729	11.341	80,21	2.799	19,79	14.140	20.840	80,56	5.029	19,44	25.869
Citas médicas	6.498	100,00	0	0,00	6.498	11.617	70,36	4.893	29,64	16.510	18.115	78,73	4.893	21,27	23.008
Imágenes diagnósticas	3.801	87,52	542	12,48	4.343	7.513	60,50	4.906	39,50	12.419	11.314	67,50	5.448	32,50	16.762
Exámenes paraclínicos	3.238	93,99	207	6,01	3.445	10.483	88,29	1.390	11,71	11.873	13.721	89,57	1.597	10,43	15.318
Prótesis y órtesis	774	11,50	5.958	88,50	6.732	1.647	23,74	5.291	76,26	6.938	2.421	17,71	11.249	82,29	13.670
Procedimientos	738	79,61	189	20,39	927	1.153	90,08	127	9,92	1.280	1.891	85,68	316	14,32	2.207
Total	49.841	64,16	27.842	35,84	77.683	81.236	70,26	34.383	29,74	115.619	131.077	67,81	62.225	32,19	193.302

A continuación se hace un análisis de cada uno de los contenidos en las tutelas y sus solicitudes POS y No Pos.

3.2.2.2.1. Contenidos POS y No POS en tratamientos

En virtud del concepto de integralidad establecido en el Acuerdo 08 de 2009, a diferencia del estudio anterior, los tratamientos fueron clasificados en POS y No POS, por lo que hubo altas variaciones entre los dos periodos.

No obstante, al observar la composición de las solicitudes en los dos años, el 2011 presenta el 88,58% de solicitudes POS (*Tabla N° 40*), porcentaje superior al observado en el 2010 (60,58%).

TABLA N° 40

CONTENIDO DE LAS TUTELAS POR TRATAMIENTOS (POS Y NO POS) EN LOS REGIMENES CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO					
	2010		2011		VARIACIÓN %
	Solicitudes	Part. %	Solicitudes	Part. %	
Pos	9.002	60,58	47.480	88,58	427,44
No Pos	5.858	39,42	6.120	11,42	4,47
Total	14.860	100,00	53.600	100,00	260,70

De las solicitudes POS, el 43,52% corresponde al régimen contributivo, mientras que el restante 56,48% corresponde al subsidiado (*Tabla N° 41*) (*Gráfica N° 6*). Sin embargo, la composición en cada uno de los regímenes presenta participaciones similares de las solicitudes POS. Los tratamientos integrales son las solicitudes más frecuentes, originado ello en la necesidad de los usuarios del sistema de que su enfermedad sea atendida sin ningún tipo de restricción, hasta su culminación.

TABLA N° 41

TUTELAS POR TRATAMIENTOS SEGÚN RÉGIMEN									
Periodo 2011									
	Régimen						Total		
	Contributivo			Subsidiado					
	Solicitudes	Part. V %	Part H %	Solicitudes	Part. V %	Part H %	Solicitudes	Part. V %	Part H %
Pos	20.663	88,75	43,52	26.817	88,46	56,48	47.480	88,58	100,00
No Pos	2.620	11,25	42,81	3.500	11,54	57,19	6.120	11,42	100,00
Total	23.283	100,00	43,44	30.317	100,00	56,56	53.600	100,00	100,00

En el régimen contributivo, donde las solicitudes POS son del 88,75%, la gran mayoría corresponde a tratamientos integrales, seguidos por tratamientos de fonoaudiología, fisioterapia, tratamiento psicológico y atención domiciliaria, especialmente por enfermería. Respecto de los tratamientos No POS, los más solicitados fueron los de ortodoncia y periodoncia, musicoterapia, rehabilitación de farmacodependencia, equinoterapia e hidroterapia.

En el régimen subsidiado, donde las solicitudes POS corresponden al 88,46%, la gran mayoría fueron por tratamientos integrales, seguidos por fisioterapias, fonoaudiología,



tratamiento psicológico y terapia ocupacional. En relación con los tratamientos No POS, los más solicitados fueron equinoterapia, acuaterapia, integración sensorio-motriz, musicoterapia y rehabilitación de farmacodependencia.

Respecto de la rehabilitación de farmacodependencia, es de anotar que fue incluido en el POS a partir del 1º de enero de 2012 mediante el Acuerdo 29 de diciembre de 2011.

En cuanto a las atenciones domiciliarias, se sigue tutelando la prestación de estos servicios, que van desde la solicitud de médico general hasta las diferentes terapias (fisioterapia, terapia ocupacional, respiratoria, etc.), a pesar de que el anexo 2 del Acuerdo 08 de 2009 aclaró que están incluidas dentro del POS.

GRÁFICA N° 6. CONTENIDOS POS EN TRATAMIENTOS



3.2.2.2.2. Contenidos POS y No POS en medicamentos

En el 2011, los medicamentos fueron las segundas solicitudes más frecuentes en las tutelas en los dos regímenes. En relación con el año 2010, estas solicitudes se incrementaron en el 11,75%. (Tabla N° 42).

En el caso de las solicitudes No Pos (64,35%), la gran mayoría fueron prescripciones de marcas determinadas o presentaciones farmacéuticas diferentes a las especificadas en el anexo 01 del Acuerdo 08 de 2009.

TABLA N° 42

CONTENIDO DE LAS TUTELAS POR MEDICAMENTOS (POS Y NO POS) EN LOS REGÍMENES CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO					
	2010		2011		VARIACIÓN %
	Solicitudes	Part.%	Solicitudes	Part.%	
Pos	13.388	34,92	15.275	35,65	14,09
No Pos	24.954	65,08	27.573	64,35	10,50
Total	38.342	100,00	42.848	100,00	11,75

Al analizar las solicitudes POS, el mayor número se encuentra en el régimen subsidiado (69,82%) (Tabla N° 43) (Gráfica N° 7), con un incremento significativo respecto del año 2010. En este régimen, los 10 medicamentos POS más solicitados durante el 2011 fueron, en su orden: oxígeno, enalapril, acetaminofén, omeprazol, bromuro de ipratropio, prednisolona, clopidogrel, furosemida, lovastatina y ácido acetil salicílico (aspirina). En cuanto a medicamentos No POS, los 10 más solicitados fueron los suplementos alimenticios, micofenolato de mofetilo, palivizumab, risperidona, toxina botulínica, gabapentina, levitaceram, enoxaparina, timolol+dorzolamida, y montelukast.

Respecto del régimen contributivo, las solicitudes POS tuvieron una disminución, al pasar del 26,6% al 22,28%, y los 10 medicamentos más solicitados fueron oxígeno, clopidogrel, carbamazepina, ondansetron, metoprolol, omeprazol, vacunas contra streptococo, ácido valpróico, abacavir y espironolactona. Así mismo, los medicamentos No POS más solicitados en este régimen fueron los suplementos alimenticios, somatropina, micofenolato de mofetilo, plavix, adalimumab, memantina, tegretol, insulina glargina, gabapentina y rivotril.

Es preocupante que el oxígeno sea el medicamento más tutelado en ambos regímenes, debido en gran medida a la necesidad de los pacientes de garantizar la continuidad en el suministro. De igual manera, preocupa el hecho que se congestionen los despachos judiciales porque continúan las solicitudes de medicamentos básicos en ciertas patologías, y poco costosos, como son las aspirinas, acetaminofén, enalapril y omeprazol, entre otros. Igualmente, de los medicamentos considerados No POS, algunos, cuyo principio activo se encuentra dentro del plan de beneficios, se siguen tutelando por marca, como es el caso del plavix y el tegretol.

Es de resaltar que con la expedición del Acuerdo 29 de 2011, emitido por la CRES, se incluyeron los siguientes medicamentos: insulina, glargina y el micofenolato de mofetilo.



TABLA N° 43

TUTELAS POR MEDICAMENTOS SEGÚN RÉGIMEN AÑO 2011									
	Régimen						Total		
	Contributivo			Subsidiado					
	Solicitudes	Part. V %	Part H %	Solicitudes	Part. V %	Part H %	Solicitudes	Part. V %	Part H %
Pos	4.610	22,26	30,18	10.665	48,17	69,82	15.275	35,65	100,00
No Pos	16.096	77,74	58,38	11.477	51,83	41,62	27.573	64,35	100,00
Total	20.706	100,00	48,32	22.142	100,00	51,68	42.848	100,00	100,00

GRÁFICA N° 7. CONTENIDOS POS EN MEDICAMENTOS



3.2.2.2.3. Contenidos POS y No POS en cirugías

En comparación con el año 2010, las solicitudes por cirugías se incrementaron en el 18,63%, sobre todo en cirugías no incluidas en el POS (*Tabla N° 44*). No obstante, durante el 2011 las solicitudes de cirugías POS corresponden al 80,56% del total.

TABLA N° 44

CONTENIDO DE LAS TUTELAS POR CIRUGÍAS (POS Y NO POS) EN LOS REGIMENES CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO					
	2010		2011		VARIACIÓN %
	Solicitudes	Part. %	Solicitudes	Part. %	
Pos	18.517	84,92	20.840	80,56	12,55
No Pos	3.289	15,08	5.029	19,44	52,90
Total	21.806	100,00	25.869	100,00	18,63

Al analizar las solicitudes POS, el 54,42% corresponde al régimen subsidiado (*Tabla N° 45*) (*Gráfica N° 8*), cifra similar a la observada en el año 2010. En este régimen, las cirugías POS más solicitadas en las tutelas fueron las colecistectomías, herniorrafías e histerectomías, contempladas en el artículo 61 2F del Acuerdo 08 de 2009, seguidas de las de ortopedia y traumatología, contempladas en el artículo 61 2C del mismo acuerdo. Igualmente, hubo solicitudes en cirugías de cardiología contempladas en el artículo 61 3A así como cirugías de cataratas. Respecto de cirugías No POS, encontramos como más solicitadas la bariátrica/bypass gástrico, mamoplastias bilaterales, implante coclear, resección de pterigos y balón gástrico.

TABLA N° 45

TUTELAS EN CIRUGÍAS SEGÚN RÉGIMEN									
Periodo 2011									
	Régimen						Total		
	Contributivo			Subsidiado					
	Solicitudes	Part. V %	Part H %	Solicitudes	Part. V %	Part H %	Solicitudes	Part. V %	Part H %
Pos	9.499	80,99	45,58	11.341	80,21	54,42	20.840	80,56	100,00
No Pos	2.230	19,01	44,34	2.799	19,79	55,66	5.029	19,44	100,00
Total	11.729	100,00	45,34	14.140	100,00	54,66	25.869	100,00	100,00

En cuanto al régimen contributivo, las solicitudes POS mostraron una leve disminución, al pasar del 47,9% al 45,58%. Las más solicitadas fueron bariátrica/bypass gástrico, cataratas, histerectomía abdominal, reemplazo total de rodilla y reemplazo total de cadera. En cuanto a lo No POS, encontramos las mamoplastias, cirugía ortognática, plástica de cualquier tipo, mastopexia con implante y la abdominoplastia. Es de resaltar que las solicitudes No POS se derivan, en su gran mayoría, de cirugías bariátricas/bypass gástricos.



GRÁFICA N° 8. CONTENIDOS POS EN CIRUGÍAS



3.2.2.2.4. Contenidos POS y No POS en citas médicas

Las solicitudes por citas médicas durante el 2011 se incrementaron en el 9,79% en relación con el año anterior, especialmente en citas médicas especializadas no contenidas en el POS del régimen subsidiado (Tabla N° 46).

TABLA N° 46

CONTENIDO DE LAS TUTELAS POR CITAS (POS Y NO POS) EN LOS RÉGIMENES CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO					
	2010		2011		VARIACIÓN %
	Solicitudes	Part. %	Solicitudes	Part. %	
Pos	20.341	97,07	18.115	78,73	-10,94
No Pos	615	2,93	4.893	21,27	695,61
Total	20.956	100,00	23.008	100,00	9,79

Al analizar el cuadro anterior, el 78,73% del total de citas especializadas se encuentra dentro del POS, la mayoría en el régimen subsidiado (Gráfica N° 9) (Tabla N° 47) y las

más requeridas fueron las de ortopedia, medicina interna, cirugía general, ginecobstetricia y oftalmología. En cuanto a las citas por especialidades No POS, fueron oftalmología, neurología, urología, otorrinolaringología y gastroenterología, cuya inclusión depende de los rangos de edades y de los grupos poblacionales.

En el régimen contributivo, el 100% corresponde a solicitudes de citas especializadas que se encuentran dentro del POS. Las más solicitadas fueron las de neurología, ortopedia, medicina interna, oncología y reumatología. Valga anotar que aunque las citas con odontología no son consideradas como citas médicas, se observa que estas son la tercera solicitud más frecuente dentro de esta clasificación.

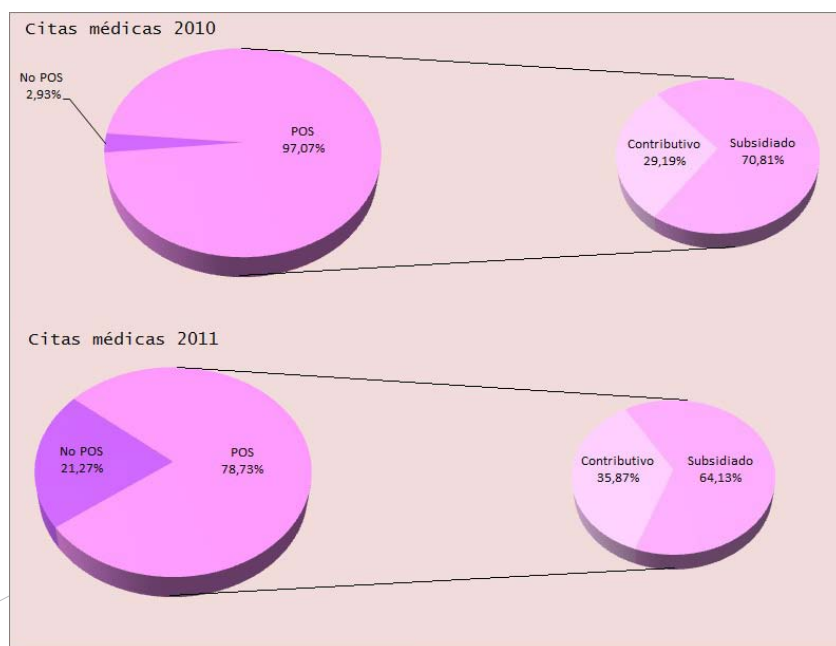
A pesar de que todas las citas especializadas están incluidas en el POS, se sigue observando que la falta de oportunidad es la principal causa de su interposición, originada, entre otros motivos, porque no hay profesionales suficientes para evitar, nuevos eventos. Es de recordar que en el caso de pediatría su acceso es directo para los menores de edad, aunque, según quejas allegadas a la Defensoría del Pueblo, algunas EPS solo lo hacen efectivo para menores entre cero y seis años e ignoran el resto de la población infantil (hasta los 18 años), como lo ordena la normatividad vigente.

TABLA N° 47

TUTELAS POR CITAS MÉDICAS SEGÚN RÉGIMEN AÑO 2011									
	Régimen						Total		
	Contributivo			Subsidiado					
	Solicitudes	Part. V%	Part H%	Solicitudes	Part. V%	Part H%	Solicitudes	Part. V%	Part H%
Pos	6.498	100,00	35,87	11.617	70,36	64,13	18.115	78,73	100,00
No Pos	0	0,00	0,00	4.893	29,64	100,00	4.893	21,27	100,00
Total	6.498	100,00	28,24	16.510	100,00	71,76	23.008	100,00	100,00



GRÁFICA N° 9. CONTENIDOS POS EN CITAS MÉDICAS.



3.2.2.2.5. Contenidos POS y No POS en imágenes diagnósticas

Las solicitudes por imágenes diagnósticas se mantuvieron en los mismos niveles del año 2010, a pesar de presentarse una disminución del 21,76% en los servicios POS, contrario a lo observado en lo No POS en donde las solicitudes se duplicaron (Tabla N° 48).

TABLA N° 48

CONTENIDO DE LAS TUTELAS POR IMÁGENES (POS Y NO POS) EN LOS RÉGIMENES CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO					
	2010		2011		VARIACIÓN %
	Solicitudes	Part. %	Solicitudes	Part. %	
Pos	14.461	85,65	11.314	67,50	-21,76
No Pos	2.423	14,35	5.448	32,50	124,85
Total	16.884	100,00	16.762	100,00	-0,72

De acuerdo con la tabla anterior, las solicitudes POS durante el año 2011 corresponden al 67,5% (Gráfica N° 10), y fue mayoritaria la participación en el régimen subsidiado

(66,4%), donde las imágenes más solicitadas se encuentran contempladas en el artículo 61 3F³⁷ que incluyen los estudios para diagnóstico inicial, complementar el diagnóstico y control de pacientes con cáncer art. 61 3F; seguida por el electrocardiograma, radiografía de tórax y las imágenes necesarias para la rehabilitación funcional del sistema muscular esquelético para pacientes de cualquier edad con deficiencia, discapacidad y/o minusvalía que contempla el artículo 61 2G³⁸, y resonancia magnética nuclear cerebral. En el caso de las solicitudes No POS, las más destacadas fueron resonancia nuclear magnética cervical, TAC cerebral, resonancia magnética cerebral y electroencefalogramas.

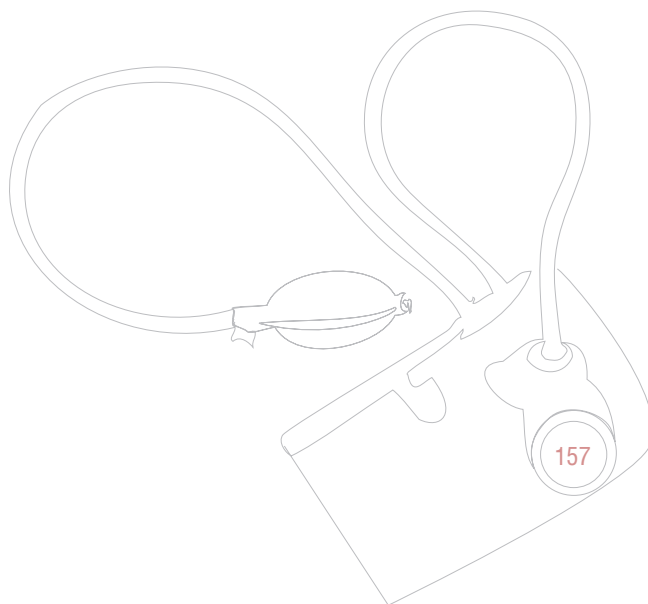
En el régimen contributivo, las solicitudes POS alcanzaron el 87,52% del total de las solicitudes (*Tabla N° 49*); las más solicitadas fueron, la resonancia nuclear magnética cerebral, radiografía de tórax, TAC de abdomen total, endoscopia y ecografías de tiroides. Dentro de las solicitudes No POS de este régimen encontramos la videotelemedicina y estudios electrofisiológicos.

TABLA N° 49

TUTELAS POR IMÁGENES DIAGNÓSTICAS SEGÚN RÉGIMEN AÑO 2011									
	Régimen						Total		
	Contributivo			Subsidiado					
	Solicitudes	Part. V %	Part H %	Solicitudes	Part. V %	Part H %	Solicitudes	Part. V %	Part H %
Pos	3.801	87,52	33,60	7.513	60,50	66,40	11.314	67,50	100,00
No Pos	542	12,48	9,95	4.906	39,50	90,05	5.448	32,50	100,00
Total	4.343	100,00	25,91	12.419	100,00	74,09	16.762	100,00	100,00

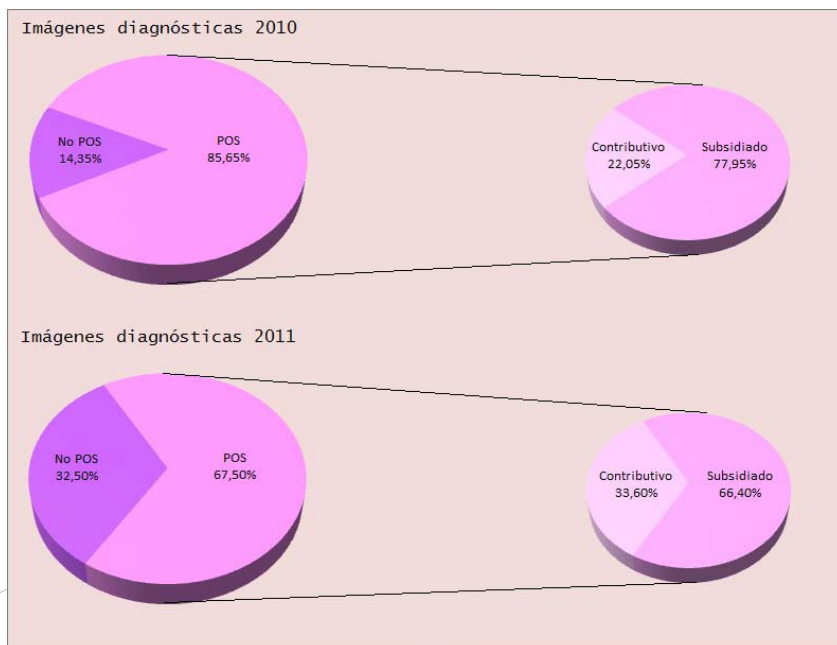
37 Comisión de Regulación en Salud. Acuerdo 08 de 2009.

38 Comisión de Regulación en Salud. Acuerdo 08 de 2009.





GRÁFICA N° 10. CONTENIDOS POS EN IMÁGENES DIAGNÓSTICAS



3.2.2.2.6. Contenidos POS y No POS en prótesis, órtesis e insumos médicos

Durante el año 2011, las solicitudes por prótesis, órtesis e insumos médicos aumentaron un 16,8% en relación con el año 2010, sobre todo en aquellas no incluidas en el POS (Tabla N° 50). En total, las solicitudes POS durante el año 2011 constituyeron el 17,71%, mayoritariamente en el régimen subsidiado (Tabla N°51).

TABLA N° 50

CONTENIDO DE LAS TUTELAS POR PRÓTESIS, ÓRTESIS E INSUMOS MÉDICOS (POS Y NO POS) EN LOS RÉGIMENES CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO					
	2010		2011		VARIACIÓN %
	Solicitudes	Part. %	Solicitudes	Part. %	
Pos	2.248	19,21	2.421	17,71	7,70
No Pos	9.456	80,79	11.249	82,29	18,96
Total	11.704	100,00	13.670	100,00	16,80

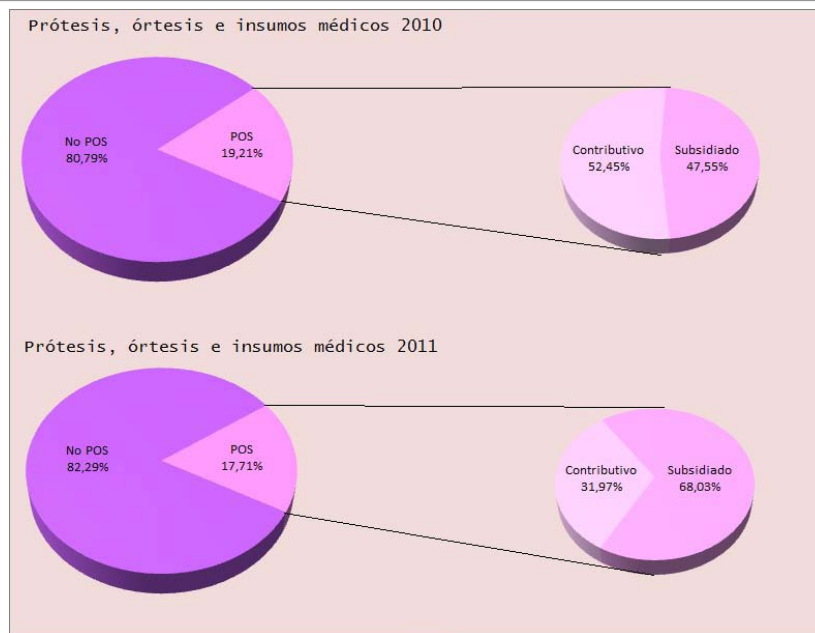
En el régimen contributivo, las solicitudes POS más incluidas en las tutelas fueron los implantes de lente intraocular, mientras que las solicitudes No POS más recurrentes fueron pañales, sillas de ruedas, bolsas de colostomía y pañitos húmedos.

TABLA N° 51

TUTELAS POR PRÓTESIS, ÓRTESIS E INSUMOS MÉDICOS SEGÚN RÉGIMEN AÑO 2011									
	Régimen						Total		
	Contributivo			Subsidiado					
	Solicitudes	Part. V %	Part H %	Solicitudes	Part. V %	Part H %	Solicitudes	Part. V %	Part H %
Pos	774	11,50	31,97	1.647	23,74	68,03	2.421	17,71	100,00
No Pos	5.958	88,50	52,96	5.291	76,26	47,04	11.249	82,29	100,00
Total	6.732	100,00	49,25	6.938	100,00	50,75	13.670	100,00	100,00

Respecto del régimen subsidiado, las solicitudes POS más frecuentes fueron el lente intraocular, audífonos y las prótesis de rodilla y cadera. En cuanto a lo No POS, los pañales, sillas de ruedas, bolsas de colostomía, audífonos con algunas especificaciones, prótesis dentales y pañitos. Es de resaltar que con el Acuerdo 29 de 2011 entró al POS el kit de colostomía.

GRÁFICA N° 11. CONTENIDOS POS EN PRÓTESIS, ÓRTESIS E INSUMOS MÉDICOS.



**3.2.2.2.7. Contenidos POS y No POS en exámenes paraclínicos**

Durante el 2011, las solicitudes por exámenes paraclínicos presentaron un incremento del 44,82% (*Tabla N° 52*). En total, las solicitudes POS durante el año 2011 fueron del 89,57%, cifra inferior a la observada en el año anterior.

TABLA N° 52

CONTENIDO DE LAS TUTELAS POR EXÁMENES (POS Y NO POS) EN LOS RÉGIMENES CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO					
	2010		2011		VARIACIÓN %
	Solicitudes	Part. %	Solicitudes	Part. %	
Pos	10.237	96,79	13.721	89,57	34,03
No Pos	340	3,21	1.597	10,43	369,71
Total	10.577	100,00	15.318	100,00	44,82

De acuerdo con el régimen, en el subsidiado se presenta el mayor número de solicitudes, especialmente en solicitudes POS (*Tabla N° 53*), y los más requeridos fueron el hemograma I, los exámenes paraclínicos para pacientes renales (art. 61 3C)³⁹, exámenes para pacientes con cáncer (art. 61 3F)⁴⁰, pruebas de coagulación, gases arteriales, creatinina 24 horas, TSH (hormona estimulante de tiroides), colesterol, parcial de orina y triglicéridos.

Los exámenes No POS más solicitados fueron el anas y los anticuerpos antinucleares.

TABLA N° 53

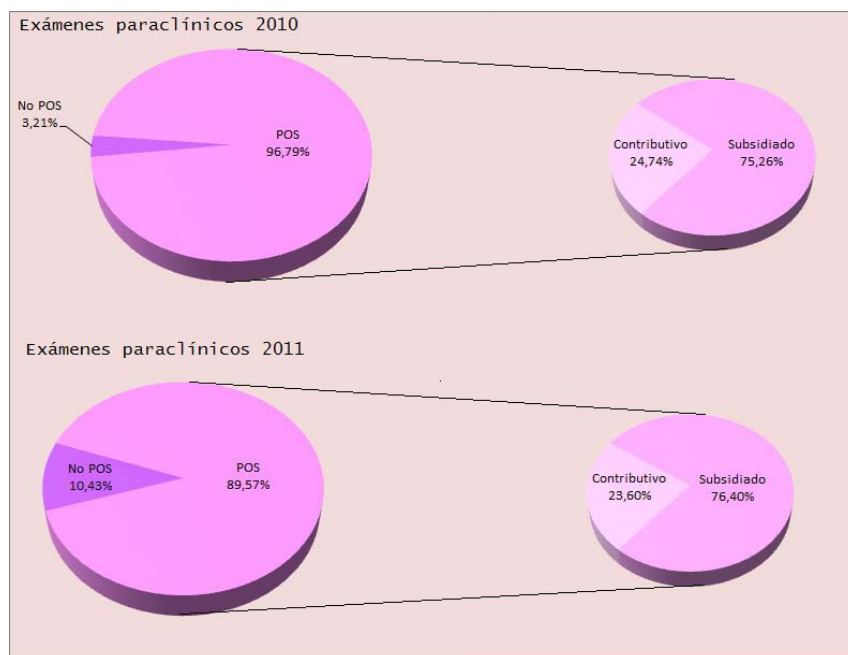
TUTELAS EN EXÁMENES SEGÚN RÉGIMEN AÑO 2011									
	Régimen						Total		
	Contributivo			Subsidiado					
	Solicitudes	Part. V %	Part H %	Solicitudes	Part. V %	Part H %	Solicitudes	Part. V %	Part H %
Pos	3.238	93,99	23,60	10.483	88,29	76,40	13.721	89,57	100,00
No Pos	207	6,01	12,96	1.390	11,71	87,04	1.597	10,43	100,00
Total	3.445	100,00	22,49	11.873	100,00	77,51	15.318	100,00	100,00

En el régimen contributivo, el número de solicitudes de exámenes fue inferior y los más solicitados POS fueron los hemogramas I, creatina, colesterol, TSH, nitrógeno ureico, gases arteriales, toxoplasma, tiempos de coagulación y parcial de orina.

39 Comisión de Regulación en Salud. Acuerdo 08 de 2009.

40 Comisión de Regulación en Salud. Acuerdo 08 de 2009.

GRÁFICA N° 12. CONTENIDOS POS EN EXÁMENES PARACLÍNICOS.



3.2.2.2.8. Contenidos POS y No POS en procedimientos

Los procedimientos fueron las solicitudes que menos aparecieron en las tutelas, aunque se incrementaron en un 3,57% en comparación con el 2010. El 85,68% de las solicitudes están incluidas en el POS (*Tabla N° 54*). De estas, el 39,03% corresponde al régimen contributivo (*Tabla N° 55*) (*Gráfica N° 12*), y las más frecuentes fueron el alisado radicular y biopsias (riñón, próstata, aspiración de médula ósea), mientras que en las solicitudes No POS se presentan algunas por fertilizaciones in vitro y lipoinyección en mejilla.

TABLA N° 54

CONTENIDO DE LAS TUTELAS POR PROCEDIMIENTOS (POS Y NO POS) EN LOS REGIMENES CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO					
	2010		2011		VARIACIÓN %
	Solicitudes	Part. %	Solicitudes	Part. %	
Pos	1.568	73,58	1.891	85,68	20,60
No Pos	563	26,42	316	14,32	-43,87
Total	2.131	100,00	2.207	100,00	3,57



En el régimen subsidiado, el 90% corresponde a solicitudes POS. Las más frecuentes fueron las biopsias, especialmente de próstata, la extracción o reemplazo de sonda uretral, la conización, litotripcias extracorpóreas y otras biopsias.

TABLA N° 55.

TUTELAS POR PROCEDIMIENTOS SEGÚN RÉGIMEN AÑO 2011									
	Régimen						Total		
	Contributivo			Subsidiado					
	Solicitudes	Part. V %	Part H %	Solicitudes	Part. V %	Part H %	Solicitudes	Part. V %	Part H %
Pos	738	79,61	39,03	1.153	90,08	60,97	1.891	85,68	100,00
No Pos	189	20,39	59,81	127	9,92	40,19	316	14,32	100,00
Total	927	100,00	42,00	1.280	100,00	58,00	2.207	100,00	100,00

GRÁFICA N° 13. CONTENIDOS POS EN PROCEDIMIENTOS.



CONCLUSIONES

La tutela sigue siendo el mecanismo más efectivo utilizado por los colombianos para hacer valer sus derechos.

En los 20 años del uso efectivo de la tutela se interpusieron 3.321.457 acciones, con un crecimiento del 3377%.

El número de tutelas por cada 10.000 habitantes en 1992 fue de tres (3) acciones, aumentado a 88 acciones en el 2011.

El mayor número de tutelas desde la existencia de esta acción judicial se registró en el año 2011, con 405.659, un 0,49% más que el año anterior.

Los derechos de petición, salud, otros derechos económicos sociales y culturales, vida digna y dignidad humana, debido proceso y defensa, y el derecho a la vida, en su orden, son los más invocados en las tutelas.

Los departamentos de Antioquia, Valle del Cauca, Santander y Atlántico y la ciudad de Bogotá concentraron más de la mitad de las tutelas interpuestas en el país.

Acción Social, Seguro Social Pensiones y juzgados y tribunales son las entidades con el mayor número de tutelas en Colombia.

A nivel general, Coomeva (4,2%), Nueva Eps (2,5%) y Saludcoop (2,1%) se constituyeron en las entidades más tuteladas del sector salud.

La sentencia T-760 de 2008 sólo tuvo efecto en los dos (2) primeros años, en el 2011 las tutelas en salud aumentaron en un 12,11%.

Las tutelas que invocan el derecho a la salud corresponden a más de la cuarta parte del total de las tutelas (26,14%).

Antioquia, Valle del Cauca, Caldas y Santander y la ciudad de Bogotá siguen siendo los lugares que concentran el mayor número de tutelas en salud. En 400 municipios del país, el derecho a la salud es el más invocado en las tutelas.

En Colombia se interponen 23,01 tutelas en salud por cada 10.000 habitantes y en 13 departamentos este indicador fue superior. Los departamentos de Caldas, Quindío, Risaralda, Antioquia y Norte de Santander presentaron los índices más altos.



El 84,4% de las decisiones judiciales en primera instancia favorecen a los tutelantes que invocan el derecho a la salud; los jueces de familia, administrativos y laborales del circuito son los que más favorecen a los usuarios de salud en esta instancia.

A partir de la sentencia T-760 de 2008, cada vez invocan menos los ciudadanos en la tutela el derecho a la salud en conexidad con otros derechos fundamentales, ya que reconocen su carácter fundamental autónomo.

El 72,5% de las tutelas en salud se dirigen contra las EPS que administran los regímenes contributivo y subsidiado.

Cooomeva, Nueva EPS y Saludcoop son las EPS del régimen contributivo con el mayor número de tutelas.

Multimédica EPS, Salud Colombia y Cooomeva son las EPS del régimen contributivo con el indicador más alto de tutelas en salud por cada 10.000 afiliados. Por su parte, Compensar, Famisanar y Cruz Blanca presentan los indicadores más bajos.

Cafesalud, Salud Total y Solsalud son las más tuteladas de las EPS que prestan servicios en ambos regímenes. A su vez, Humana Vivir, Cafesalud y Comfenalco Antioquia tienen los indicadores más altos de tutelas en salud por cada 10.000 afiliados.

Caprecom, Emssanar y Asmet Salud son las EPS del régimen subsidiado que tienen el mayor número de tutelas. La Caja de Compensación del Caquetá, Comfamiliar Camacol y Calisalud presentan los indicadores más altos por cada 10.000 afiliados.

Las tutelas en salud contra el INPEC mostraron un incremento del 37,47% en relación con el año anterior.

El número de tutelas en salud contra las administradoras de riesgos profesionales (ARP) se incrementó en el 41,74%. La ARP Positiva fue la entidad con el mayor número de ellas.

En promedio, en una misma tutela se hacen 2,14 solicitudes, y son los exámenes paraclínicos los servicios con la media más alta (3,68).

Las solicitudes más frecuentes en las tutelas son, en su orden: tratamientos, medicamentos, cirugías y citas médicas especializadas.

La unificación del POS de los regímenes contributivo y subsidiado no es garantía de la disminución de las tutelas por servicios POS.

El 67,81% de las solicitudes en las tutelas en salud se encuentra incluido dentro del POS, y es el régimen subsidiado el que presenta el mayor número de ellas.

En tratamientos, el 88,58% de las solicitudes se encuentra incluido en el POS, y es mayor en el régimen subsidiado.

Los tratamientos POS más solicitados en el régimen contributivo son los tratamientos integrales, seguidos por fonoaudiología, fisioterapia, tratamiento psicológico y atención domiciliaria, especialmente por enfermería. Respecto de los tratamientos No POS, los más solicitados fueron los de ortodoncia y periodoncia, musicoterapia, rehabilitación de farmacodependencia, equinoterapia e hidroterapia.

Los tratamientos POS más solicitados en el régimen subsidiado fueron los integrales, fisioterapias, fonoaudiología, psicológico y terapia ocupacional. Respecto de los tratamientos No POS, los más pedidos fueron equinoterapia, acuaterapia, integración sensorio-motriz, musicoterapia y rehabilitación de farmacodependencia.

En medicamentos, el 35,65% de las solicitudes se encuentra incluido en el POS, y son mayoritarias en el régimen subsidiado.

Los medicamentos POS más requeridos en el régimen contributivo fueron el oxígeno, clopidogrel, carbamazepina, ondansetron, metoprolol, omeprazol, vacunas contra streptococo, ácido valprórico, abacavir y espirolactona. Así mismo, los medicamentos No POS más solicitados fueron los suplementos alimenticios, somatropina, micofenolato de mofetilo, plavix, adalimumab, memantina, tegretol, insulina glargina, gabapentina y rivotril.

En el régimen subsidiado, los medicamentos POS más frecuentes resultaron ser oxígeno, enalapril, acetaminofén, omeprazol, bromuro de ipratropio, prednisolona, clopidogrel, furosemda, lovastatina y ácido acetil salicílico (aspirina). En cuanto a medicamentos No POS, los 10 más solicitados fueron los suplementos alimenticios, micofenolato de mofetilo, palivizumab, risperidona, toxina botulínica, gabapentina, levitacera, enoxaparina, timolol+dorzolamida y montelukast.

El 80,56% de las solicitudes por cirugías está dentro del POS, de las cuales el 54,42% corresponde al régimen subsidiado.

En el régimen contributivo, las cirugías POS más solicitadas son bariátrica/bypass gástrico, cataratas, histerectomía abdominal, reemplazo total de rodilla y reemplazo total de cadera. Respecto de lo No POS, encontramos las mamoplastias, cirugía ortognática, plástica de cualquier tipo, mastopexia con implante y abdominoplastia.

Las cirugías POS más solicitadas en el régimen subsidiado fueron colecistectomías, herniorrafias e histerectomías, seguidas de las de ortopedia y traumatología, cirugías de cardiología y cataratas. En cuanto a cirugías No POS, encontramos como más solicitadas



la bariátrica/bypass gástrico, mamoplastias bilaterales, implante coclear, resección de pterigios y balón gástrico.

En citas médicas, el 78,73% de las solicitudes se encuentra incluido en el POS, y es mayor en el régimen subsidiado.

En el régimen contributivo, el 100% corresponde a solicitudes de citas especializadas que se encuentran dentro del POS. Las más solicitadas fueron neurología, ortopedia, medicina interna, oncología y reumatología.

En el régimen subsidiado, las citas POS más requeridas fueron las de ortopedia, medicina interna, cirugía general, ginecobstetricia y oftalmología. En cuanto a las citas especializadas No POS, las más requeridas fueron oftalmología, neurología, urología, otorrinolaringología y gastroenterología.

El 67,5% de las solicitudes por imágenes diagnósticas está en el POS, y son mayoritarias en el régimen subsidiado.

Las imágenes diagnósticas incluidas en el POS más solicitadas en el régimen contributivo fueron la resonancia nuclear magnética cerebral, radiografía de tórax, TAC de abdomen total, endoscopia y ecografías de tiroides. Dentro de las solicitudes No POS encontramos la videotelemedicina y los estudios electrofisiológicos.

En el régimen subsidiado, las imágenes diagnósticas incluidas en el POS más solicitadas fueron los estudios para diagnóstico inicial, para complementar el diagnóstico y para control de pacientes con cáncer, seguidas por el electrocardiograma, radiografía de tórax, resonancia magnética nuclear cerebral e imágenes necesarias para la rehabilitación funcional del sistema muscular esquelético para pacientes de cualquier edad con discapacidad y/o minusvalía. En el caso de las solicitudes No POS, las más destacadas fueron resonancia nuclear magnética cervical, TAC cerebral, resonancia magnética cerebral y electroencefalogramas.

El 17,71% de las solicitudes por prótesis, órtesis e insumos médicos está incluido dentro del POS, de las cuales el 68,03% corresponde al régimen subsidiado.

Las prótesis, órtesis e insumos médicos incluidos en el POS más solicitadas en el régimen contributivo fueron los lentes intraoculares, mientras que las solicitudes No POS fueron pañales, sillas de ruedas, bolsas de colostomía y pañitos húmedos.

Respecto del régimen subsidiado, las solicitudes POS más frecuentes resultaron ser los lentes intraoculares, audífonos y prótesis de rodilla y cadera. En cuanto a lo No POS, los pañales, sillas de ruedas, bolsas de colostomía, audífonos con algunas especificaciones, prótesis dentales y pañitos.

El 89,57% de las solicitudes por exámenes paraclínicos está incluido dentro del POS, de los cuales el 76,40% corresponde al régimen subsidiado.

En el régimen contributivo, las solicitudes POS fueron los hemogramas I, creatina, colesterol, TSH, nitrógeno ureico, gases arteriales, toxoplasma, tiempos de coagulación y parcial de orina.

Los exámenes paraclínicos incluidos en el POS más requeridos en el régimen subsidiado son hemograma I, exámenes paraclínicos para pacientes renales y con cáncer, pruebas de coagulación, gases arteriales, creatinina 24 horas, TSH (hormona estimulante de tiroides), colesterol, parcial de orina y triglicéridos. Los exámenes No POS más solicitados fueron anas y los anticuerpos antinucleares.

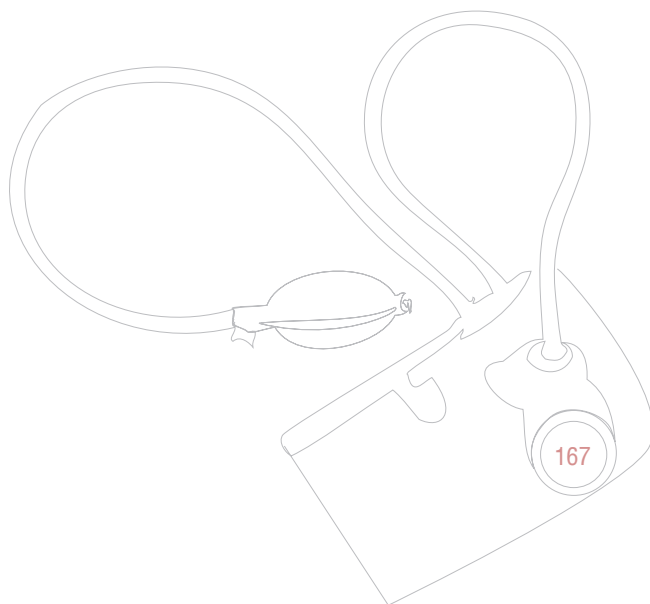
El 85,68% de las solicitudes por procedimientos está incluido dentro del POS, de los cuales el 79,61% corresponde al régimen contributivo.

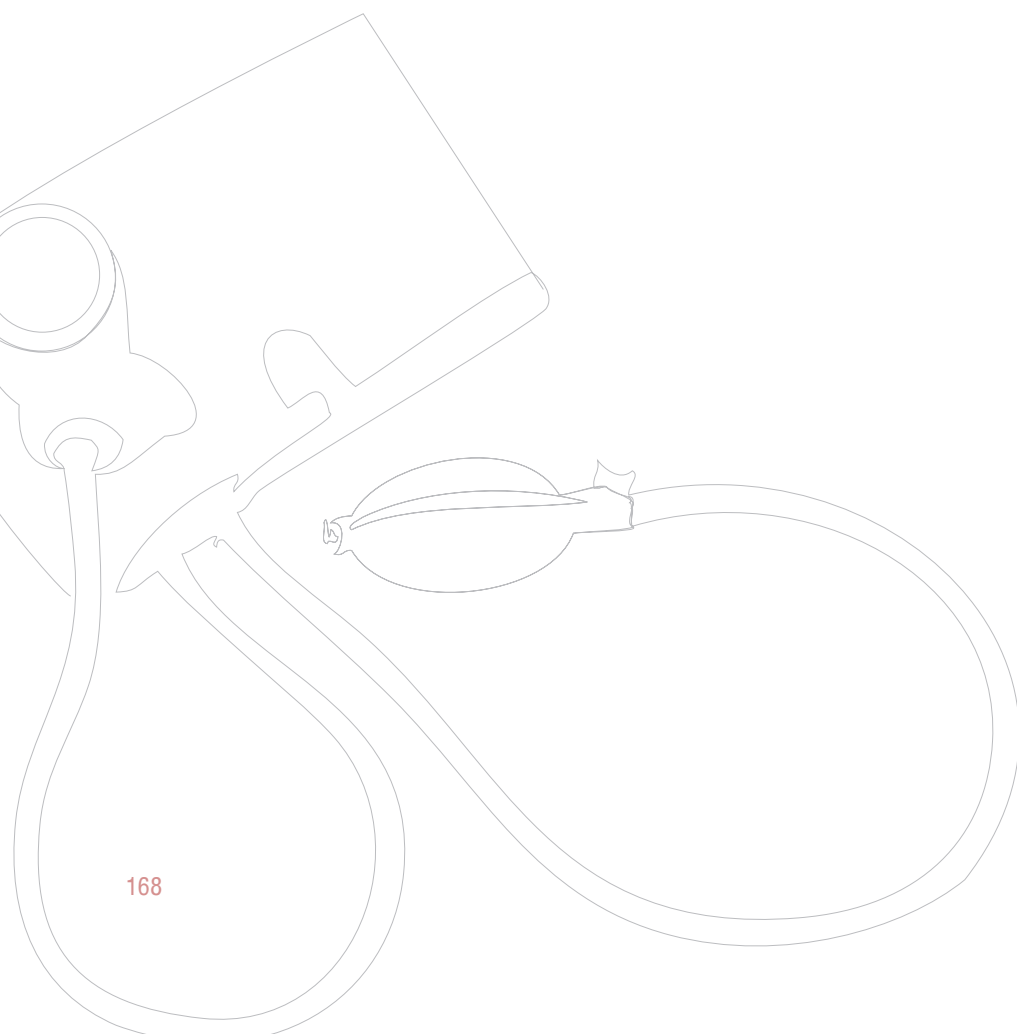
Los procedimientos POS más solicitados del régimen contributivo fueron el alisado radicular y biopsias (riñón, próstata, aspiración de medula ósea), mientras que en las solicitudes No POS lo fueron las fertilizaciones in vitro y lipoinyección en mejilla.

En el régimen subsidiado, los procedimientos POS más frecuentes fueron las biopsias, especialmente de próstata, la extracción o reemplazo de sonda uretral, la conización, litotripcias extracorpóreas y otras biopsias.

La falta de depuración de las bases de datos de usuarios BDUA sigue siendo motivo para la interposición de tutelas por parte de los usuarios, ya que no pueden acceder a servicios de salud por doble afiliación o por retiro injustificado.

Las cuotas moderadoras y copagos continúan siendo barreras de acceso a los servicios de salud.





RECOMENDACIONES

Exhortar al Seguro Social Pensiones y al Departamento Administrativo para la Prosperidad Social dar respuesta de fondo a los derechos de petición interpuestos por los ciudadanos para evitar el aumento de tutelas.

Apremiar al Congreso de la República que reglamente el incidente de desacato, de tal forma que se incluyan sanciones más severas con el fin de evitar el incumplimiento de los fallos de tutela.

Instar al Gobierno nacional a que fortalezca a la Superintendencia Nacional de Salud para hacer seguimiento a la unificación del POS, de tal manera que no se incrementen las tutelas por este motivo.

Solicitar al Gobierno nacional que estudie la posibilidad de dar independencia a la Superintendencia Nacional de Salud, separándola del Ministerio de Salud y Protección Social.

Urgir al Ministerio de Salud y Protección Social para que diseñe un sistema de información que permita actualizar las bases de datos del BDUA de manera automática, con el fin de evitar duplicidades.

Exhortar al Ministerio de Salud y Protección Social para que haga extensiva la exoneración de copagos y cuotas moderadoras a los vinculados, tal como está establecido para los usuarios clasificados en el nivel I del Sisbén del régimen subsidiado, con el fin de preservar la equidad en lo relativo a las personas en situación de vulnerabilidad.

Apremiar al Ministerio de Salud y Protección Social para que agilice la reglamentación de la Ley 1438 de 2011 con el fin de evitar negaciones en el acceso a los servicios de salud.

Solicitar a la Contraloría General de la República que establezca si las EPS están recobrando del FOSYGA las solicitudes POS, si se tiene en cuenta el gran número de ellas que se encuentran en las tutelas y, de ser así, adelantar las investigaciones correspondientes.

Exhortar a la Superintendencia Nacional de Salud a que, en desarrollo de sus facultades de inspección, vigilancia y control, adopte medidas ejemplarizantes respecto de aquellas entidades que, de manera reiterada, vulneren el derecho a la salud, especialmente las que nieguen contenidos del POS.

Instar a la Superintendencia Nacional de Salud para que de cumplimiento al artículo 42 de la Ley 1122 de 2007 respecto a la reglamentación de la figura del Defensor del Usuario en Salud.



Solicitar al Consejo Superior de la Judicatura y a la Procuraduría General de la Nación, según sus competencias, que investiguen a los jueces que no le hagan seguimiento a los fallos de tutela y a los incidentes de desacato.

Exhortar a la CRES que incorpore dentro del Plan de Beneficios las negaciones No POS más reiteradas en los resultados de este informe, con base en los criterios técnicos que tal entidad tiene establecidos.

Solicitar a la CRES que, en virtud del principio de equidad, fije más categorías para el pago de las cuotas moderadoras y copagos, de manera proporcional a la capacidad de pago de los cotizantes.

Exhortar a las EPS a que cumplan con su obligación legal de garantizar de manera oportuna la prestación de los servicios contemplados en el Plan de Beneficios.

Instar a las EPS para que cumplan con lo establecido en el Decreto Ley antitrámites respecto de la oportunidad en el otorgamiento de citas médicas.



ANEXO

RESEÑA ESQUEMÁTICA DE TUTELAS

1. Expediente Número:	
2. Ciudad:	
3. Departamento:	
4. Recibo en Corte Constitucional:	
5. Juez de Primera Instancia:	
6. Juez de Segunda Instancia:	
7. Demandante:	
8. Demandado:	
9. Derechos invocados:	
10. Decisión en primera instancia:	
11. Decisión en segunda instancia:	

Régimen al que pertenece el demandante _____ Edad _____

12. HECHOS

Diagnóstico _____

Nombre de los exámenes _____

Nombre de los medicamentos _____

Nombre de las cirugías _____

Nombre de los tratamientos _____

Nombre de las prótesis y órtesis _____

Nombre de los insumos médicos _____

Nombre de los procedimientos _____

Nombre de las citas médicas solicitadas _____

Descripción de otras solicitudes _____

13. Resumen de fallo en primera instancia _____

14. Resumen de fallo en segunda instancia _____

15. Observaciones _____

Diligenciado por: _____ Fecha: _____

20 años del uso
efectivo de la Tutela

1992·2011



Defensoría del Pueblo
Programa de Salud