



**Defensoría
del Pueblo**
C O L O M B I A

La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social 2020

DEFENSORÍA DELEGADA PARA EL
DERECHO A LA SALUD Y LA SEGURIDAD SOCIAL



Carlos Camargo Assís

Defensor del Pueblo

Luis Andrés Fajardo Arturo

Vicedefensor del Pueblo

Altus Alejandro Baquero

Secretario General

Leonardo Humberto Huerta

Delegado para el Derecho a la Salud y la Seguridad Social

Equipo investigador

Lyda Mariana González Lizarazo

Abogada, especialista en Derecho Público y en Seguridad Social,
magíster en Gestión y Políticas en Salud

Edgar Alirio Pinilla Robayo

Médico y cirujano general, especialista en Gerencia en Salud, Audi-
toría Médica, Gestión del Riesgo y Salud Ocupacional

Hilario Pardo Ariza

Estadístico, abogado, especialista en Economía y Gestión en Salud,
Gestión Pública, magíster en Ciencias Financieras y Sistemas

Edwin Julián Angulo

Ingeniero de Sistemas

Gabriel Peña

Diseño de carátula

Gabriel Peña y Samuel Currea

Diagramación y Corrección de Estilo

ISSN: 2462-8514

El presente texto se puede reproducir, fotocopiar y replicar, total o
parcialmente, citando la fuente.

Defensoría del Pueblo 15.a edición 2021

Agradecimientos

A los doctores Antonio José Lizarazo Ocampo y Alejandro Linares Cantillo, presidente y expresidente de la Honorable Corte Constitucional de Colombia; a la doctora Martha Victoria Sáchica, secretaria general, y al ingeniero Isaac Sáenz Cruz. Ellos facilitaron la base de datos de tutelas de la Corte Constitucional correspondiente al año 2020, lo cual permitió la elaboración del presente estudio.



Tabla de contenido

Agradecimientos	2
Presentación	8
1. El derecho a la salud en Colombia (año 2020)	9
1.1 COVID-19 y el derecho a la salud	9
1.1.1 Cronología de la pandemia (CNN, 2020)	9
1.1.2 El COVID y la salud (Giraldo, 2020).....	10
1.1.3 COVID-19 y profesionales de la salud	11
1.1.4 Plan Nacional de Vacunación.....	12
1.1.5 La desigualdad en las vacunas.....	13
1.1.6 COVID-19 y enfermedades raras	14
1.1.7 COVID-19 y las variantes	15
1.1.8 El COVID-19 como causa de muerte en el 2020.....	15
1.2 Políticas públicas en salud.....	16
1.2.1 Medidas adoptadas por Colombia con ocasión del COVID-19	16
1.2.2 Medidas adoptadas por Colombia no relacionadas con el COVID-19	17
1.3 Criterios jurisprudenciales en salud	32
1.3.1 Derecho al diagnóstico	32
1.3.2 El principio de integralidad en salud y el tratamiento integral.....	32
1.3.3 La continuidad en el derecho a la salud.....	33
1.3.4 Derecho a la salud de extranjeros con permanencia irregular en Colombia	34
1.3.5 Garantía de tratamientos de reproducción asistida	35
1.3.6 Protección constitucional a pacientes con patologías catastróficas.....	36
1.3.7 Servicios y tecnologías en salud incluidos, no incluidos expresamente y excluidos de financiamiento con recursos públicos.....	36
1.3.8 Diferencia entre el servicio de enfermería y el cuidador primario	37
1.3.9 Servicio de transporte	38
1.3.10 El régimen de exoneración de cuotas moderadoras y copagos	39
1.3.11 Procedencia excepcional de la acción de tutela para resolver controversias contractuales en planes adicionales de salud	39



2. Aspectos metodológicos	40
2.1. Objetivos	40
2.1.1 Objetivo general	40
2.1.2 Objetivos específicos	40
2.2 Metodología	40
2.2.1 Descripción de la muestra	41
3. Resultados	42
3.1 La tutela en Colombia durante 2020	42
3.1.1 Los derechos invocados en las tutelas	44
3.1.2 Despachos judiciales y decisión en primera instancia	51
3.1.3 Lugar de origen de las tutelas	51
3.1.4 Entidades con el mayor número de tutelas	57
3.2 La tutela y el derecho a la salud	63
3.2.1 El derecho a la salud y su relación con otros derechos	65
3.2.2 Despachos judiciales y decisión en primera instancia	65
3.2.3 Lugar de origen de las tutelas de salud	68
3.2.4 Entidades con el mayor número de tutelas de salud	75
3.2.5 Tipos de entidades demandadas	80
3.2.6 Solicitudes más frecuentes en las tutelas de salud	93
3.3 La tutela y el derecho a la seguridad social	125
3.3.1 El derecho a la seguridad social y su relación con otros derechos	127
3.3.2 Despachos judiciales y decisión en primera instancia	128
3.3.3 Lugar de origen de las tutelas de seguridad social	129
3.3.4 Entidades con el mayor número de tutelas del derecho a la seguridad social	133
3.3.5 Tipos de entidades demandadas en las tutelas que invocan el derecho a la seguridad social	137
3.3.6 Solicitudes más frecuentes en las tutelas de seguridad social	141
4. Conclusiones	43
4.1 Tutelas en general	143
4.2 Tutelas en salud	144
4.3 Tutelas en seguridad social	145
5. Recomendaciones	146
Referencias	149
Jurisprudencia citada	154
Anexos	155



Índice de tablas

Tabla 1	Registro de tutelas en colombia (periodo 1992-2020).....	43
Tabla 2	Derechos invocados en las tutelas (periodo 2019 – 2020).....	45
Tabla 3	Despachos judiciales y decisión en primera instancia (periodo 2019-2020).....	52
Tabla 4	Número de tutelas en Colombia según departamento (periodo 2019-2020).....	53
Tabla 5	Número de tutelas por cada 10.000 habitantes según departamento (periodo 2019-2020).....	55
Tabla 6	Entidades con más tutelas en el país (periodo 2019-2020).....	58
Tabla 7	Participación de las tutelas de salud (periodo 1999-2020).....	64
Tabla 8	El derecho a la salud asociado con otros derechos (periodo 2019-2020).....	66
Tabla 9	Despachos judiciales y decisión en primera instancia de las tutelas en salud (periodo 2019-2020).....	67
Tabla 10	Tutelas de salud por departamento (periodo 2019 - 2020).....	69
Tabla 11	Número de tutelas en salud por cada 10.000 habitantes según el departamento (periodo 2019 – 2020).....	71
Tabla 12	Número de municipios según el número de tutelas en salud por cada 10.000 habitantes (periodo 2019 - 2020).....	74
Tabla 13	Entidades más tuteladas por el derecho a la salud (periodo 2019 - 2020).....	76
Tabla 14	Tutelas en salud según el tipo de entidad demandada (periodo 2019 - 2020).....	81
Tabla 15	Número de afiliados según EPS (periodo 2019 - 2020).....	82
Tabla 16	Tutelas en salud en cada EPS (periodo 2019 - 2020).....	84
Tabla 17	Número de tutelas por cada 10.000 afiliados en cada EPS en 2020.....	86
Tabla 18	Tutelas en salud contra entidades de régimen especial (periodo 2019 - 2020).....	89
Tabla 19	Tutelas en salud contra entidades territoriales (periodo 2019 - 2020).....	89
Tabla 20	Tutelas en salud contra Inpec y Uspec (periodo 2019 - 2020).....	91
Tabla 21	Tutelas en salud contra IPS (periodo 2019 - 2020).....	92
Tabla 22	Tutelas en salud contra ARL y compañías de seguros (periodo 2018 - 2019).....	92
Tabla 23	Tutelas en salud contra administradoras de fondos de pensiones (periodo 2019 - 2020).....	93
Tabla 24	Solicitudes más frecuentes en las tutelas de salud (periodo 2019 - 2020).....	94
Tabla 25	Solicitudes más frecuentes en las tutelas de salud por régimen (año 2020).....	96
Tabla 26	Especialidades más frecuentes en las tutelas (periodo 2019 - 2020).....	98
Tabla 27	Diagnósticos en las tutelas (Periodo 2019 - 2020).....	99
Tabla 28	Tutelas por diagnóstico de tumores (año 2020).....	101
Tabla 29	Tutelas por diagnósticos de enfermedades del sistema circulatorio (año 2020).....	102
Tabla 30	Tutelas por diagnósticos del sistema genitourinario (año 2020).....	103
Tabla 31	Porcentaje de solicitudes de servicios en salud PBS en cada régimen.....	105



Tabla 32	Solicitudes más frecuentes en las tutelas interpuestas en los regímenes contributivo y subsidiado (periodo 2019 - 2020)	107
Tabla 33	Distribución de los contenidos en PBS y no PBS (año 2020)	108
Tabla 34	Distribución de los contenidos en PBS y no PBS en el Régimen contributivo (año 2020).....	109
Tabla 35	Distribución de los contenidos en PBS y no PBS en el Régimen subsidiado (año 2020).....	110
Tabla 36	Distribución de los servicios según el régimen (año 2020).....	113
Tabla 37	Distribución de los medicamentos según el régimen (año 2020).....	113
Tabla 38	Distribución de los elementos que no son asistenciales según el régimen (año 2020).....	115
Tabla 39	Distribución de los dispositivos médico quirúrgicos e insumos según régimen (año 2020)	116
Tabla 40	Distribución de los productos cosméticos y de aseo según el régimen (año 2020)	117
Tabla 41	Distribución de los suplementos dietarios según el régimen (año 2020).....	118
Tabla 42	Distribución del aseguramiento en salud según el régimen (año 2020)	120
Tabla 43	Diagnósticos en las tutelas de pacientes con trastornos mentales (periodo 2019 - 2020)	124
Tabla 44	Solicitudes más frecuentes en las tutelas de pacientes con trastornos mentales (año 2020).....	125
Tabla 45	Participación de las tutelas en seguridad social (periodo 2019 - 2020)	127
Tabla 46	El derecho a la seguridad social asociado a otros derechos (periodo 2019 - 2020).....	128
Tabla 47	Despachos judiciales y decisión en primera instancia. Tutelas en seguridad social (periodo 2019-2020).....	129
Tabla 48	Tutelas de seguridad social por departamento (periodo 2019 - 2020)	130
Tabla 49	Entidades más tuteladas por el derecho a la seguridad social (periodo 2019 - 2020)	134
Tabla 50	Tutelas en seguridad social según el tipo de entidad demandada (periodo 2019 - 2020)	137
Tabla 51	Tutelas en seguridad social contra administradoras de fondos de pensiones (periodo 2019 - 2020)	138
Tabla 52	Tutelas en seguridad social contra administradoras de riesgos laborales y compañías de seguros (periodo 2019 - 2020)	139
Tabla 53	Tutelas en seguridad social contra entidades del estado (periodo 2019 - 2020).....	139
Tabla 54	Tutelas en seguridad social contra EPS (periodo 2019 - 2020).....	140
Tabla 55	Tutelas en seguridad social contra regímenes de excepción (periodo 2019 - 2020).....	141
Tabla 56	Solicitudes más frecuentes en las tutelas de seguridad social (periodo 2019 - 2020).....	142



Índice de gráficas

Gráfica 1	Número de tutelas interpuestas en Colombia (periodo 1992 - 2020).....	44
Gráfica 2	Derechos más invocados en las tutelas (periodo 2006 - 2020)	46
Gráfica 3	Número de tutelas interpuestas en Colombia (periodo 1992 - 2020).....	65
Gráfica 4	Participación porcentual de las entidades más tuteladas por el derecho a la salud (periodo 2019 - 2020).....	78
Gráfica 5	Número de tutelas en salud e indicador por cada 10.000 afiliados según EPS (procedimiento 1)	86
Gráfica 6	Número de tutelas en salud e indicador por cada 10.000 afiliados según EPS (procedimiento 2)	88
Gráfica 7	Solicitudes más frecuentes en las tutelas de salud (periodo 2019 - 2020)	95
Gráfica 8	Evolución de las solicitudes servicios en salud PBS en las tutelas (periodo 2003 - 2020).....	105
Gráfica 9	Evolución de las solicitudes de servicios en salud PBS en las tutelas del Régimen contributivo (periodo 2003 - 2020)	106
Gráfica 10	Evolución de las solicitudes de servicios en salud PBS en las tutelas del Régimen subsidiado (periodo 2003 - 2020)	106
Gráfica 11	Contenidos de servicios en salud PBS en las tutelas (periodo 2019 - 2020).....	107
Gráfica 12	Contenido PBS y no PBS en cada servicio de salud en 2020	109
Gráfica 13	Contenidos PBS y no PBS en cada servicio de salud del Régimen contributivo (año 2020)	110
Gráfica 14	Contenido PBS y no PBS en cada servicio de salud en el Régimen subsidiado (año 2020)	111
Gráfica 15	Contenido PBS en solicitud de servicios (periodo 2019 - 2020)	112
Gráfica 16	Contenido PBS en medicamentos (periodo 2019 - 2020)	114
Gráfica 17	Contenidos PBS en elementos que no son asistenciales (Periodo 2019 - 2020).....	115
Gráfica 18	Contenido PBS en dispositivos médico-quirúrgicos e insumos (periodo 2019 - 2020).....	116
Gráfica 19	Contenido PBS en productos cosméticos y de aseo (periodo 2019 - 2020)	117
Gráfica 20	Contenido PBS en suplementos dietarios (periodo 2019 - 2020).....	119
Gráfica 21	Solicitudes Aseguramiento año 2020	120
Gráfica 22	Evolución de las tutelas en general y en seguridad social en Colombia (periodo 2006-2020).....	127

Índice de mapas

Mapa 1	Derechos más invocados en cada municipio (año 2019).....	48
Mapa 2	Derechos más invocados en cada municipio (año 2020)	49
Mapa 3	Municipios con tutelas en salud (año 2019)	73
Mapa 4	Municipios con tutelas en salud (año 2020).....	73
Mapa 5	Número de tutelas en salud por cada 10.000 habitantes en cada municipio (año 2019)	74
Mapa 6	Número de tutelas en salud por cada 10.000 habitantes en cada municipio (año 2020)	75
Mapa 7	Municipios con tutelas en seguridad social (año 2019)	132
Mapa 8	Municipios con tutelas en seguridad social (año 2020)	133



Presentación

En cumplimiento de la misión constitucional de defender y promover los derechos humanos, la Defensoría del Pueblo impulsa su efectividad mediante acciones integradas de promoción, divulgación, prevención, protección y defensa, a través del monitoreo y seguimiento continuo a las distintas formas que puedan impedir la materialización y goce efectivo de estos derechos.

El sistema de salud colombiano se considera como uno de los mejores de la región, ya que, además de tener una cobertura en aseguramiento superior al 98%, protege la economía de los usuarios cuando requieren atención en salud, con lo que disminuye considerablemente el gasto de bolsillo de quienes utilizan estos servicios. No obstante, aún se presentan deficiencias, especialmente en el acceso a las tecnologías en salud requeridas por los ciudadanos, que se vieron agudizadas a raíz de la pandemia del COVID-19.

El presente informe hace una descripción de las políticas públicas adoptadas tanto en el marco de la pandemia COVID-19 como en los demás aspectos regulatorios del derecho fundamental a la salud, así como de los criterios aplicados por la jurisprudencia constitucional en la protección del derecho a la salud, complementado con un análisis estadístico de las tutelas interpuestas en Colombia durante el año 2020 por vulneraciones a los derechos fundamentales, con énfasis en salud y seguridad social.

Los derechos de petición y de salud son los dos derechos más vulnerados en el país, razón por la cual la Defensoría aa uno de los instrumentos más efectivos que la Constitución les dio a los colombianos: la acción de tutela. En este año se hace entrega de la decimoquinta edición del estudio, con resultados correspondientes al año 2020, que evidencia que, durante estos 30 años, se han interpuesto más de 8 millones de acciones por vulneraciones a los derechos fundamentales.

El año 2020 fue un año atípico, que afectó notablemente a los beneficiarios de la tutela, especialmente a los usuarios de salud, en gran parte por el cierre de juzgados, el confinamiento total y el miedo al contagio. La pandemia del COVID-19 logró que el ritmo ascendente de interposición de tutelas observado en los últimos años se detuviera; por primera vez se presenta una disminución significativa en su número absoluto, sin que ello signifique que los derechos dejaron de vulnerarse.

Para el caso del derecho fundamental a la salud, la acción de tutela se sigue constituyendo como la principal herramienta de protección con la que cuentan los ciudadanos para hacer valer su derecho, y su uso se ha generalizado hasta convertirla en el mecanismo constitucional más utilizado por los colombianos. En 9 meses de 2020, en los cuales se obtuvo información, se interpusieron un total de 81.899 acciones que buscaron proteger el derecho fundamental a la salud. El promedio mensual disminuyó significativamente en 47,34% respecto al promedio observado en 2019, y su participación dentro del total de acciones disminuyó de 33,43% a 28,19%.

En el estudio se evidencia la negación reiterativa y sistemática de tecnologías en salud incluidas en el Plan de Beneficios en Salud (PBS), que en 2020 correspondió al 89,03%, 3,71% más que en el 2019, a pesar de estar reconocidas y pagadas previamente a través de unidad de pago por capitación (UPC) que mensualmente reciben las entidades promotoras de salud (EPS) por cada uno de sus usuarios.

El documento está dividido en cinco capítulos:

1. El derecho a la salud 2020, que incluye tres subcapítulos:
 - 1.1. COVID-19 y derecho a la salud,
 - 1.2. políticas públicas en salud,
 - 1.3. criterios jurisprudenciales en salud;
2. explica la metodología utilizada en el análisis de los datos;
3. el tercero corresponde a los resultados propiamente dichos, los cuales se presentan en tres partes:
 - 3.1. la tutela en general —que incluye todos los derechos tutelables—,
 - 3.2. la tutela en salud —en donde se exponen las causas de las tutelas, entre otros aspectos,
 - 3.3. la tutela frente a la seguridad social;
4. conclusiones de la investigación
5. recomendaciones para los actores del sistema.

Con toda consideración,

Carlos Camargo Assis
Defensor del Pueblo



1. El derecho a la salud en Colombia (año 2020)

En este capítulo se relaciona, en primera instancia, una breve descripción de cómo el COVID-19 afectó el derecho fundamental a la salud durante 2020; luego, se relacionan las principales políticas públicas que se implementaron en materia de salud durante la vigencia, y, por último, se exponen los principales criterios emitidos por la Corte Constitucional con referencia al derecho fundamental a la salud.

1.1 COVID-19 y el derecho a la salud

El 31 de diciembre de 2019 el mundo se enteró de la existencia de un nuevo virus que se propagó rápidamente por el planeta y que la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró pandemia en marzo de 2020. El coronavirus —llamado COVID-19 por dicha entidad— se originó en Wuhan (China), en diciembre, en el mercado mayorista de mariscos de Huanan, donde «posiblemente» los animales salvajes vendidos allí fueron la fuente del virus.

El COVID-19 es una enfermedad respiratoria con manifestaciones extrapulmonares, producida por el betacoronavirus SARS-CoV-2; el 30 de diciembre de 2019 se identificaron los primeros casos de neumonía de causa desconocida en China. Entre tanto, fue hasta el 7 de enero de 2020 cuando se identificó por primera vez el coronavirus, al que los humanos no habían estado expuestos. Estos pertenecen a una extensa familia de virus, algunos de los cuales pueden causar diversas enfermedades, desde el resfriado común hasta infecciones gastrointestinales e infecciones respiratorias agudas graves, entre otras.

El virus se transmite, principalmente, de persona a persona, cuando están en contacto cercano, y se puede propagar a través de pequeñas partículas líquidas expulsadas por una persona infectada a través de la boca y de la nariz al toser, estornudar o hablar. Esas partículas líquidas pueden ser tanto *gotículas respiratorias* como *aerosoles*. Otras personas pueden contraer el COVID-19 cuando el virus entra por la boca, la nariz o los ojos, algo que puede ocurrir con mayor probabilidad si las personas están en contacto directo o cercano (menos de un metro de distancia) con una persona infectada. La transmisión por aerosoles puede producirse en entornos específicos, sobre todo en espacios interiores, abarrotados y mal ventilados, en los que personas infectadas pasan mucho tiempo con otras. El

virus también se puede propagar cuando personas infectadas estornudan o tosen sobre superficies u objetos; luego, otras personas tocan esas superficies contaminadas, y se tocan los ojos, la nariz o la boca sin antes haberse lavado las manos.

Se ha descrito que el periodo de incubación del virus toma entre 2 y 14 días. Se trata de un virus altamente contagioso, con una mayor transmisibilidad entre los dos días antes del inicio de los síntomas y de 3 a 5 días tras su inicio.

1.1.1 Cronología de la pandemia [CNN, 2020]

En los primeros días de enero de 2020, las autoridades de China confirmaron la identificación de un nuevo coronavirus, anunciaron las primeras muertes y compartieron la secuencia genética del virus. A mediados de enero, se confirmaron los primeros casos en Estados Unidos y Europa, y Wuhan anunció el cierre temporal de aeropuertos y estaciones de ferrocarril. A finales de dicho mes, se confirmó la muerte de más de 100 personas en China; Estados Unidos confirmó el primer contagio del coronavirus transmitido de persona a persona, y la OMS declaró al coronavirus como una emergencia internacional de salud pública.

Para el mes de febrero de 2020, ya se había confirmado la muerte de más de 1000 personas en todo el mundo y la OMS nombró al coronavirus como COVID-19. A mediados de febrero, la cifra de muertes superaba los 2000 casos. En marzo, se confirmó el primer caso de COVID-19 en Colombia; se anuncian confinamientos totales en varios de los países de Europa; otros, restringen los viajes a dicho continente, en un intento por frenar la propagación del virus.

A comienzos de mayo, los líderes mundiales se comprometen con un total de 8000 millones de dólares para el desarrollo y despliegue de diagnósticos, tratamientos y vacunas contra el nuevo coronavirus.



En junio, en carta abierta publicada en la revista *Clinical Infectious Diseases*, 239 científicos de todo el mundo instaron a la OMS y a otras agencias de salud a explicar la posible transmisión aérea del coronavirus. En agosto, el presidente de Rusia anunció la aprobación de la vacuna llamada Sputnik-V, antes de la finalización de los ensayos de fase 3.

En diciembre de 2020, los asesores de vacunas de la FDA recomendaron el uso de emergencia para la vacuna contra el coronavirus de Pfizer y BioNTech; a mediados del mismo mes, la FDA autorizó una segunda vacuna contra el coronavirus fabricada por Moderna, también para uso de emergencia. El Reino Unido identificó una nueva variante de coronavirus potencialmente más contagiosa, llamada VUI-202012/01. Y llegaron las primeras vacunas contra el coronavirus a América Latina; México, Costa Rica, Chile y Argentina fueron los primeros países en recibir las dosis.

1.1.2 El COVID y la salud [Giraldo, 2020]

Desde comienzos del año 2020 la pandemia se convirtió en el centro del debate en todos los gobiernos del mundo. Los sistemas de salud propios pasaron a ser el tema de discusión por su capacidad de atención ante esta enfermedad, por lo que el debate se centró en el número de unidades de cuidados intensivos, el número de laboratorios, el número de casos y de pruebas diagnósticas, entre otros.

En este sentido y ante la «incapacidad de los Estados» para atender la pandemia de manera inmediata, se empezó a hablar, entre otros, de confinamiento, cierre de fronteras, elementos de protección personal, la demanda de insumos, la adquisición de ventiladores, la deficiente capacidad instalada y el escaso talento humano debidamente capacitado y entrenado para el manejo de pacientes en unidades de cuidado intensivo (UCI). Esto provocó que los recursos del Estado se vertieran sobre el sistema de salud como «el sistema salvador». Es así como se evidencia en un corto tiempo el aumento notable en la oferta de servicios especializados, la habilitación de laboratorios, de capacidades diagnósticas y de infraestructura.

El COVID-19 también demostró la necesidad de incentivar la atención primaria en salud. Entonces, se empezó a hablar de promoción y prevención, tamizajes, higiene básica y búsqueda activa, entre otros. Así mismo, la utilización de elementos básicos como los guantes, caretas o máscaras —indispensables para la prevención del contagio y para el tratamiento de los pacientes ya contagiados— se incentivó. El lavado de manos fue el método más efectivo para su contención, además de servir de prevención contra otras enfermedades. También, se implementaron la telemedicina, y la atención domiciliaria para patologías como las enfermedades crónicas y para la entrega de medicamentos en mayores de 70 años.



El riesgo de morir o de enfermar gravemente de las personas mayores de 60 años, tras la infección del COVID-19, es significativamente mayor, y la mortalidad en mayores de 80 años quintuplica la media (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2020a). En este sentido, se estima que el 66% de las personas de 70 años en adelante tiene al menos una enfermedad preexistente, lo que incrementa el riesgo de que sufran los efectos graves del COVID-19, y la posibilidad de que los «discriminen» por motivos de edad en las decisiones relativas a la atención médica, *el triage* y los tratamientos vitales. Por otro lado, se reducirían los servicios críticos no relacionados con el COVID-19, lo que incrementa los riesgos para la vida de las personas de mayor edad.

En los niños, aunque la generalidad es que se enferman con menor frecuencia del coronavirus, algunos lo han sufrido de forma grave, especialmente aquellos que sufren de obesidad, asma, trastornos neurológicos, enfermedades cardíacas o inmunitarias. El riesgo de muerte en los niños es muy inferior al de los adultos y, en raras ocasiones, los infectados con el SARS-CoV-2 desarrollan una condición llamada síndrome inflamatorio multisistémico (Agencia Snic, 2020), por lo que en ocasiones necesitan terapias de apoyo complejas para responder a lo que parece ser una fuerte respuesta del cuerpo al COVID-19.

Según un informe expuesto en el 53 Congreso Nacional de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR), los casos de niños infectados por el coronavirus en la primera ola fueron solo el 1% del total de España; en la segunda ola la proporción fue del 6%, y, a finales de septiembre, del 12%. Estos datos concuerdan con la evolución epidemiológica de otros países, como Estados Unidos, donde los casos en niños se sitúan entre un 12 y 15% del total (SEPAR, 2020).

Existe consenso internacional sobre el mayor riesgo de morir por COVID-19 en la población de 60 y más años; en personas con comorbilidades como hipertensión, diabetes, enfermedad cardiovascular, renal y respiratoria, y entre quienes presentan obesidad. También se ha declarado a los trabajadores de salud— especialmente a quienes están en la primera línea de atención de COVID-19— como población de alto interés, debido a su alta exposición y contagio.

La inmunidad de rebaño (o inmunidad de grupo) es una situación en la que suficientes individuos en una población adquieren inmunidad contra una infección. En caso de

un brote, al aumentar el número de individuos inmunes disminuye la probabilidad de contacto entre uno susceptible y uno infectado, hasta que llega el momento en el que se bloquea la transmisión.

Actualmente, con base en los estudios publicados, el valor estimado poblacional para inmunidad de rebaño, para el caso del COVID-19, está alrededor del 70%.

1.1.3 COVID-19 y profesionales de la salud

Según el Instituto Nacional de Salud (INS), 34.673 profesionales de la salud habían sido contagiados y 185 habían fallecido por COVID-19. En orden decreciente, los auxiliares de enfermería (9903 casos) con el mayor número de casos; el personal médico (5396); personal administrativo (4530); enfermería (3620), y otros auxiliares de salud (1156). De los fallecidos, 65 eran médicos, 31 auxiliares de enfermería y 21 tecnólogos en radiología e imágenes diagnósticas (INS, 2021a).

Según la Sociedad Colombiana de Médicos Generales (SOCOMEG), a pesar de que el año 2020 fue un caos — especialmente para los trabajadores de la salud que cargaron el peso de la pandemia—, se resaltó su importancia en la sociedad, lo que permitió evidenciar, entre otras cosas, condiciones no adecuadas de vinculación «laboral» —como los contratos por prestación de servicios— que permiten a las instituciones desentenderse de las prestaciones laborales que acarrea una vinculación por contrato legal de trabajo. Dicha sociedad denuncia constantes quejas de médicos en servicio social obligatorio y médicos generales en ejercicio con respecto al modo de contratación, la sobrecarga laboral y la escasez de insumos para la atención (Torres Vega, 2020).

SOCOMEG propone, para que esta situación no siga ocurriendo, que, como requisito de habilitación institucional, se incluya la vinculación por contratos de trabajo al talento humano en salud, por lo que es necesario que a la Resolución 3100 del 25 de noviembre de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social (Minsalud) se le adicione este requerimiento.

En relación con la profesión de la enfermería, el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) publicó nueva evidencia que muestra que la pandemia del COVID-19 está provocando un trauma colectivo en las enfermeras del



mundo. Según dicho estudio, los fallecimientos confirmados de enfermeras superan los 2200; como el nivel de contagios en esta rama sigue siendo elevado, su personal experimenta angustia psicológica por las cargas laborales y por los abusos y protestas de los movimientos antivacunas (CIE, 2021).

Según el CIE, tanto la encuesta realizada a más de 130 asociaciones nacionales de enfermeras como los estudios efectuados y de información proveniente de otras fuentes señalan que el COVID-19 traumatiza a estos profesionales, lo que trae consecuencias a corto y largo plazo: ansiedad, estrés y abandono de la profesión. Ya faltan aproximadamente seis millones de enfermeras en el mundo; en los próximos 10 años, es posible que falten cuatro millones más, a causa de la jubilación.

Según Howard Catton —director general del CIE—,

este trauma ocupacional extraordinario y complejo enfrenta a la profesión de la enfermería, a exigencias incesantes y sin precedentes por parte de sus pacientes, lo cual está causando agotamiento físico» (...) «pero también se están viendo sometidas a enormes presiones de salud mental que están desembocando en casos graves de angustia psicológica», ocasionada por «el mayor número de fallecimientos, sustituir a familiares que no pueden estar con sus seres queridos ni siquiera mientras se están muriendo, preocuparse por la falta de equipos de protección individual, enfrentarse a abusos por parte de miembros de sus comunidades y negacionistas de la pandemia y tener miedo de transmitir el virus a sus seres queridos en casa [...]. Además, añadió que «este trauma colectivo extraordinario está teniendo un efecto inmediato y profundo, pero también es muy probable que tenga un impacto significativo a largo plazo puesto que contribuye a una oleada de trastorno de estrés postraumático (TEPT), depresión y ansiedad cuya envergadura aún no podemos determinar. (CIE, 2021)

Por su parte, la Asociación Japonesa de Enfermería afirma que en el 15% de los hospitales de Japón las enfermeras abandonaron su trabajo y aproximadamente el 20% denunciaron situaciones de discriminación o prejuicios durante la primera ola de la pandemia. La Asociación Americana de Enfermeras señaló que el 51% de las enfermeras se siente «sobrepasado». Y otros informes de Estados Unidos señalan que el 93% de los trabajadores sanitarios está experimentando estrés y el 76%, agotamiento (CIE, 2021).

1.1.4 Plan Nacional de Vacunación

Con corte del 29 de enero de 2021, la OMS publicó el panorama de los desarrollos de vacunas contra el COVID-19. En este caso, 63 vacunas se encontraban en fase de desarrollo clínico; entre tanto, 174 continuaban en fase de desarrollo preclínico.

Colombia, mediante Decreto 109 de 2021, diseñó el Plan Nacional de Vacunación contra el COVID-19, contemplando como población objetivo a todos los habitantes del territorio nacional no gestantes y mayores de 16 años. Sin negar el respeto por la autonomía, todos gozan del derecho a ser vacunados.

Sin embargo, ante la imposibilidad de garantizar el acceso inmediato a todas las personas, se adoptó una priorización u orden según grupos poblacionales reciben la vacuna: se busca proteger inicialmente a la población más vulnerable y con mayor riesgo de morir. En este sentido, existe consenso internacional sobre el mayor riesgo que tiene la población mayor de 60 años; las personas con comorbilidades asociadas como hipertensión, diabetes, enfermedad cardiovascular, renal y respiratoria, y quienes presentan obesidad. Además, se declaró población de alto interés a los trabajadores de salud —especialmente a quienes están en la primera línea de atención de COVID-19—, debido a su alta exposición y, por consiguiente, riesgo de contagio. No se incluyó a los menores de 16 años ni a las mujeres gestantes, hasta que exista evidencia de la seguridad y eficacia de las vacunas.

El Plan Nacional de Vacunación, atendiendo a la priorización, estableció dos fases:

1. Busca reducir la morbilidad grave y la mortalidad específica por COVID-19; consta de 3 etapas:

1.1. en esta primera etapa, se vacunará a las personas mayores de 80 años y al personal de salud conocido como «de primera línea», es decir, a quienes se expongan permanente, intensa y directamente al virus (UCI, laboratorios clínicos, urgencias COVID-19, hospitalización COVID-19, terapia respiratoria, etc.);

1.2. en esta segunda etapa, se vacunará a aquella población que tenga un riesgo alto de presentar un cuadro grave y de morir por COVID-19: población entre los 60 y los 79 años, así como todo el talento humano en salud que no se encuentre en la etapa uno (en servicio social obligatorio, médicos residentes, docentes y médicos internos, entre otros);



1.3. en esta tercera etapa, se vacunará a quienes tengan un riesgo moderado de exposición al virus o de presentar un cuadro grave y morir por COVID-19: población entre 16 y 59 años con comorbilidades (enfermedades hipertensivas, diabetes, insuficiencia renal, virus de inmunodeficiencia humana (VIH), cáncer, tuberculosis, EPOC, asma, obesidad, entre otros), los agentes educativos vinculados a los servicios de primera infancia, docentes, cuidadores institucionales, personal encargado de la atención y el cuidado de adultos mayores institucionalizados, guardia indígena y personal de funerarias, entre otras.

2. Tiene por objeto reducir el contagio general en la población, así como prevenir brotes en la población que viva en contextos de hacinamiento o donde no sea posible garantizar el distanciamiento físico necesario para prevenir el contagio; consta de dos etapas:

2.1. en esta cuarta etapa, se vacunará a la población privada de la libertad, personal de custodia y vigilancia, personal de la Fiscalía General de la Nación dedicado a la custodia y vigilancia, bomberos, socorristas de la Cruz Roja y la Defensa Civil, habitantes de calle, controladores aéreos y pilotos;

2.2. en esta quinta y última etapa, se vacunará a la población de 16 y más años que no se encuentre en las poblaciones indicadas en las etapas, 1, 2, 3 y 4, comenzando con los adultos entre 50 y 59 años.

La población migrante en condición regular se incluye en el Plan Nacional de Vacunación contra COVID-19 en las mismas condiciones de la población nacional, es decir, de acuerdo con la priorización ya explicada. La población irregular, clasificada por el gobierno como transitoria, ante la imposibilidad de hacerles seguimiento —no tienen una residencia definida— y la población clasificada como *pendular* —que entra y sale del país— no está incluida. Esto no quiere decir que no se vacunarán; pero, para que esto ocurra, deben estar totalmente identificadas, para efectos de su trazabilidad. Para esto, el Gobierno nacional está gestionando los mecanismos necesarios para inmunizar a esta población, con el apoyo de cooperación internacional.

Con referencia al avance del Plan Nacional de Vacunación, al 17 de marzo de 2021, se habían aplicado 1.024.358 vacunas —53.118 eran segunda dosis— en todo el territorio nacional; para el 25 del mismo mes, ya habían llegado a 1.476.364 dosis (Minsalud, 2021a).

Más allá de cualquier predicción epidemiológica, la pandemia ha cambiado en gran parte el desarrollo de los modelos de salud, debido a la dimensión y el impacto causado, de tal modo que una situación inesperada como esta develó y recordó nuevamente los debates sobre el sistema y la salud pública en el país. Nuevamente, se han puesto de relieve los reclamos a la dimensión territorial de la salud pública; al flujo y destino de los recursos públicos, y a la situación de los trabajadores de la salud frente a su vinculación laboral.

Efectivamente la pandemia crea una oportunidad para enfocar las reformas en salud hacia una provisión de servicios más equitativa. Entonces, es necesario dotar a la atención primaria de recursos e integrar los sistemas aprovechando la capacidad privada, que en la mayoría de nuestros países tiene amplio desarrollo. Las condiciones de pobreza, la dificultad de acceso a los servicios, el hacinamiento, entre otros, son algunos de los factores que explican o soportan nuestras cifras de morbilidad y mortalidad.

Al parecer, el camino que nos espera frente a lograr controlar el virus es aún incierto, todavía más cuando siguen apareciendo diferentes cepas en todo el mundo, con brotes en diferentes países. No obstante, progresivamente, se conoce información sobre sus características y su comportamiento que ayuda a tomar medidas hacia el futuro: fortalecer los programas de vacunación, analizar la necesidad de titular anticuerpos, mantener las medidas epidemiológicas de prevención en la transmisión, enfocar esfuerzos mundiales de salud pública y plantear estrategias de responsabilidad frente a la prevención de cepas multirresistentes.

1.1.5 La desigualdad en las vacunas

A pesar de que la OMS enfatizó en varias oportunidades que las vacunas contra el coronavirus debían distribuirse equitativamente en todo el mundo, no ha sido así: según el Our World in Data, la situación de países como Colombia, Ecuador, Bolivia, Perú y Venezuela en América Latina, que a finales de enero no habían iniciado las vacunaciones contra el coronavirus, era totalmente contraria a países como Estados Unidos, que ya había aplicado 15,71 millones de dosis y de China, con 14 millones (Our World in Data, 2021; Revista Semana, 2021).

A lo anterior se suma que algunos países como Israel, Estados Unidos y algunos de la Unión Europea pagaron un 40%



más por las vacunas para asegurar varias dosis. En enero de 2021, el Reino Unido había vacunado a 4,72 millones de personas; Israel, a 2,8 millones; los Emiratos Árabes Unidos, a 2,07 millones; Alemania, a 1,22 millones; Italia, a 1,21 millones, y Rusia, a 1 millón de personas (Revista Semana, 2021). En este sentido, el Consejo de Seguridad de la ONU (OnCuba News, 2021) advirtió sobre la falta de vacunación contra COVID-19 en más de 100 países y denunció el acaparamiento de las vacunas en 10 países, que concentraban el 75% de la vacunación contra el COVID-19. La OMS ratificó este diagnóstico (Arciniegas, 2021); además, señaló que a estos países no les importó que el número de muertos y de contagios aumentaran en el resto del mundo.

En este mismo sentido, ante la desigualdad en el acceso a las vacunas contra el COVID-19, la Federación Internacional de Sociedad de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (IFRC) lanzó un plan de vacunación para ayudar a inmunizar a 500 millones de las personas más vulnerables (Infobae, 2021), ya que solo el 0,1% de las dosis se habían administrado en los 50 países más pobres. Esta situación es alarmante, ya que puede ocasionar un efecto mortal y devastador, pues se puede prolongar o incluso agravar la pandemia. La IFRC también advirtió que, si grandes zonas del mundo siguen sin vacunarse, el coronavirus seguirá circulando y mutando, lo que puede dar lugar a la aparición de cepas que no respondan a las vacunas y que puedan infectar a personas ya vacunadas.

Según este plan, las Sociedad de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja apoyarán las fases de planificación e implementación de la vacunación, para inspirar confianza en las vacunas y contrarrestar la información errónea sobre su eficacia. También buscarán comunidades o individuos que estén aislados económica, social o geográficamente, para asegurar su participación en los esfuerzos de vacunación.

1.1.6 COVID-19 y enfermedades raras

Rare Barometer Voices es un colectivo de personas interesadas en las enfermedades raras y dispuestas a participar en las encuestas y estudios de EURORDIS-Rare Diseases Europe: la Organización Europea de Enfermedades Raras, conformada por alianzas no gubernamentales de organizaciones dirigidas por pacientes. EURORDIS representa la voz de unos 30 millones de personas con enfermedades raras. Según una encuesta que hicieron en 2020, se interrumpió el 83% del cuidado de los pacientes con enfermedades raras durante la

pandemia, a raíz de la cancelación de consultas, el cierre de hospitales para pacientes «no COVID» y la interrupción de los análisis imprescindibles para su tratamiento y control (EURORDIS, 2020).

El estudio se realizó en 36 países de toda Europa, entre abril y mayo del 2020; participaron 6945 personas que tenían 1250 diferentes tipos de enfermedades. Los resultados demostraron la interrupción del tratamiento: no accedían a análisis de sangre e imágenes médicas, terapias de rehabilitación, tratamientos médicos (infusión y quimioterapias), intervenciones quirúrgicas, citas médicas y seguimiento psiquiátrico. A entre 6 y 7 personas de cada 10 se les interrumpieron, aplazaron o suspendieron sus tratamientos.

Asimismo, la encuesta reportó que la atención hospitalaria para pacientes de enfermedades raras fue difícil y estresante: primero, por el miedo a contraer COVID-19 (47% de los pacientes no fue al hospital); segundo, por la advertencia de quedarse en casa si no tenían COVID-19 (34%), y porque su Institución Prestadora de Salud (IPS) primaria estaba cerrada. Sin embargo, el 50% de las personas encuestadas confirmaron su participación en consultas médicas por telemedicina; esta fue ampliamente aceptada, considerando la situación que enfrentaban. El estudio también reveló la importancia del apoyo de familiares, amigos y vecinos, ya que el 64% de ellos requirió apoyo; según el 75%, a pesar de la crisis por COVID-19, contaron con la ayuda de sus familiares cercanos.

En Colombia, la situación es muy similar. Con la llegada del COVID-19, la atención de estas enfermedades cambió drásticamente: se observó un descenso significativo en el número de consultas y en los diagnósticos, que se suspendieron por temor al contagio y barreras de acceso impuestas por las aseguradoras, que iban desde no contestar los teléfonos hasta negar medicamentos, atención médica y terapias.

Además, la interrupción en los tratamientos se generalizó. Durante la pandemia, por ejemplo, pacientes de regiones como Guajira, Chocó y los denominados *antiguos territorios*, entre otros, no pudieron desplazarse para recibir atención médica. Esto causará complicaciones, ya que, en la mayoría de los casos, son enfermedades progresivas: empeoran si no se controlan y tratan a tiempo.



1.1.7 COVID-19 y las variantes

Con el cambio constante que tienen los virus a través de la mutación, el COVID-19 no ha sido la excepción, más aún cuando hace parte de una gran familia de virus, conocida con el nombre de coronavirus, por los picos en forma de corona que se encuentran en su superficie. Los científicos monitorean los cambios del virus incluidos los cambios en los picos, y realizan un análisis genético del virus, lo que les ayuda a entender los cambios y cómo estos pueden incidir en la forma en la que se propaga y los efectos en las personas que se infectan (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades [CDC], 2021a).

En abril de 2021, ya se habían descubierto diferentes variantes del virus que causa el COVID-19 (CDC, 2021b). El Reino Unido identificó una variante llamada B.1.1.7, que tiene una gran cantidad de mutaciones, y Sudáfrica, otra variante llamada B.1.351. La B.1.35 se detectó originalmente en octubre del 2020, y comparte algunas mutaciones con la B.1.1.7. En Estados Unidos, además de las anteriores, se han identificado la P.1, B.1.43 y B.1.43 (429). Estas se identificaron por primera vez en California en febrero del 2021, y se las clasificó como VOC en marzo del 2021. En Brasil apareció una variante llamada P.1; se identificó en el aeropuerto de Japón, en viajeros provenientes de dicho país, quienes se sometieron a pruebas de detección de rutina. Esta variante contiene un juego de mutaciones adicionales, que podrían afectar la capacidad de los anticuerpos para reconocerla.

Estas variantes, al parecer, se propagan con mayor facilidad y rapidez que las otras. Esto traería más casos de COVID-19 y ejercería mayor presión sobre los servicios hospitalarios, ya que implicaría más hospitalizaciones y más posibilidad de muertes.

Los CDC, en colaboración con otras agencias de salud pública, monitorean la propagación de las variantes identificadas, caracterizan las emergentes y amplían su capacidad de encontrar variantes nuevas (CDC, 2021a). Los CDC están trabajando en colaboración con la Agencia de Protección Ambiental de Estados Unidos (EPA) para confirmar cuáles desinfectantes sirven para inactivar estas variantes del coronavirus.

1.1.8 El COVID-19 como causa de muerte en el 2020

En el mundo, en enero de 2021, 95,9 millones de personas se habían enfermado de COVID-19 y más de dos millones habían perdido la vida. Las principales comorbilidades que ocasionan los fallecimientos: la hipertensión arterial, diabetes, obesidad, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfermedad cardiovascular y la renal (Revista Semana, 2021).

En Colombia, según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), entre el 2 de marzo de 2020 y el 31 de enero de 2021, se confirmaron 60.056 fallecimientos por COVID-19, 14.854 por posible COVID-19 y 6380 por neumonía e influenza. De acuerdo con el Informe de Estadísticas Vitales, los fallecimientos confirmados por COVID-19 se consolidaron como la primera causa de muerte del año 2020: sumaron 50.071 entre marzo y diciembre; esto corresponde al 16,9% del total nacional del año pasado, mientras que las muertes por posibles casos de COVID casos representaron el 4,5% (DANE, 2021a).

Las 50.071 muertes por COVID-19 superaron 10 veces las que dejó el EPOC y el cáncer de estómago, 12 veces las ocasionadas por armas de fuego y 14 veces las de los cánceres de mama y próstata. Dichas estadísticas también revelan que murieron más hombres por COVID 19 (64,2%) que mujeres (35,8%). Con respecto a las muertes sospechosas por COVID-19, el 56,5% fueron hombres, y el 43,5%, mujeres. En cuanto a edades, la mayor letalidad se presentó en mayores de 60 años (73,8%) (DANE, 2021a).

Por regiones, según el DANE, la mitad de las muertes se concentró en Bogotá (22,5%), Antioquia (10,8%), Valle del Cauca (10,1%) y Atlántico (7,2%). El grupo étnico más afectado fue el afrodescendiente, con 2,4% de los fallecimientos; lo siguieron los indígenas, con un 0,8% (DANE, 2021a).



1.2 Políticas públicas en salud

A continuación, se exponen las principales políticas públicas del 2020 relacionadas con salud, así como si tuvieron relación o no con el COVID-19.

1.2.1 Medidas adoptadas por Colombia con ocasión del COVID-19

La emergencia en salud pública declarada por la OMS le exigió a Colombia adoptar medidas tanto para la vigilancia, prevención y contención de la propagación como para el fortalecimiento en la atención y prestación de servicios. Además, se emprendieron acciones relacionadas con la exposición por riesgo laboral, y acciones para la articulación intersectorial y gestión del riesgo, entre otras.

En este sentido, con Circular 05 de 2020 del 11 de febrero de 2020, el Ministerio de Salud y Protección Social estableció las directrices con respecto a las responsabilidades de las entidades promotoras de salud sobre la detección temprana, el control y la atención de casos de Coronavirus (COVID-19).

Mediante Resolución 385 del 12 de marzo de 2020, Minsalud declaró la emergencia sanitaria en Colombia hasta el 30 de mayo de 2020. Se adoptaron medidas sanitarias para prevenir y controlar la propagación del COVID-19 y mitigar sus efectos.

Esta emergencia sanitaria se prorrogó con la Resolución 844 del 26 de mayo de 2020, hasta el 31 de agosto; la Resolución 1462 del 25 de agosto de 2020, hasta el 30 de noviembre de 2020; la Resolución 2230 del 27 de noviembre de 2020, hasta el 28 de febrero de 2021; la Resolución 222 del 25 de febrero de 2021, hasta el 31 de mayo de 2021, y la Resolución 738 del 26 de mayo de 2021, hasta 31 de agosto de 2021.

Con Resolución 444 del 16 de marzo de 2020, Minsalud declaró la emergencia manifiesta, para prevenir, conjurar y mitigar la emergencia y sus efectos, y para atender las fases de contención y mitigación. Con la Resolución 464 del 18 de marzo de 2020, ordenó la medida sanitaria obligatoria de aislamiento y cuarentena preventivos para las personas adultas mayores de 70 años. Y, con la Resolución 470, extendió dicha medida a las personas adultas mayores residentes en centros de larga estancia; también suspendió el ingreso de personas diferentes al personal de apoyo y prestador de los servicios a dichos centros.

Del mismo modo, con la Resolución 502 del 24 de marzo, Minsalud adoptó los lineamientos para la prestación de servicios en salud en las etapas de contención y mitigación de la pandemia. Estas medidas fueron obligatorias para los integrantes del SGSSS, así como para los regímenes especiales y de excepción.

Mediante la Resolución 521 del 28 de marzo, Minsalud estableció el procedimiento para la atención ambulatoria, con énfasis en población mayor de 70 años o con condiciones crónicas de base o inmunosupresión por enfermedad o tratamiento, con el fin de garantizar atención oportuna y de calidad para esta población. Esto obliga a los actores del sistema a adaptar a la pandemia los mecanismos de provisión de estos servicios. Esta resolución no se cumple, como se demostrará más adelante.

Con Resolución 536 del 31 de marzo, Minsalud adoptó el plan para la prestación de servicios en salud durante las etapas de contención y mitigación de la pandemia. Este plan fue obligatorio para los integrantes del SGSSS, así como para los regímenes especiales y de excepción.

Además, de acuerdo con el artículo 15 del Decreto 538 de 2020, la ADRES continúa pagando a las EPS el valor de la UPC de los cotizantes y de su grupo familiar que se hayan suspendido, para garantizar a los afiliados del Régimen contributivo el derecho fundamental a la salud. También, como un apoyo económico para los casos de aislamiento selectivo, se estableció una protección al ingreso para la población, a través de la compensación económica temporal: a quien tenga diagnóstico positivo por COVID-19 se le reconocen siete días del salario mínimo legal diario vigente, por una sola vez y por núcleo familiar.

Mediante la Circular Externa N.º 24 del 16 de abril de 2020, Minsalud emitió los lineamientos para garantizar el proceso de referencia y contrarreferencia de pacientes durante la emergencia por COVID-19.

Con Resolución 666 del 24 de abril de 2020, Minsalud adoptó el protocolo general de bioseguridad para mitigar, controlar y responder a la pandemia de COVID-19.

Mediante Resolución 731 de 7 de mayo de 2020, Minsalud estableció los lineamientos para garantizar que las EPS y las EOC prestarán los servicios en salud y tuvieran flujo de recursos (del corriente).



1.2.2 Medidas adoptadas por Colombia no relacionadas con el COVID-19

Se describirán brevemente estas medidas en cuanto a aseguramiento; prestación de servicios; financiamiento e inspección, y vigilancia y control.

1.2.2.1 Aseguramiento

El aseguramiento en salud comprende la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios para garantizar el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario (Minsalud, 2021b).

1.2.2.1.1 Cobertura universal

Según el Ministerio de Salud y Protección Social, en diciembre de 2020, el 97,78% de los colombianos contaban con aseguramiento en salud (Minsalud, 2020a). Esto significaba la protección financiera de la población y de sus hogares. Para quienes aún no tienen aseguramiento, Minsalud recuerda la «afiliación de oficio»: un mecanismo que facilita la vinculación al sistema a través de un breve trámite en las IPS y entidades territoriales.

Según dicho ministerio, las políticas asumidas por el país garantizan el acceso a la atención a través de las IPS que hacen parte de la red de prestadores de las entidades administradoras de planes de beneficios (EAPB) que operan en Colombia, siendo la Nueva EPS (7.790.598 afiliados), EPS Sura (4.378.322 afiliados) y Sanitas (4.101.541 afiliados) (Minsalud, 2021b), con corte a diciembre de 2020, las aseguradoras con el mayor número de afiliados para los regímenes existentes en el país.

Los servicios de salud en el mundo, según estadísticas internacionales de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud; pero Colombia refleja lo contrario: el sistema ha mantenido la afiliación de cerca de 2,2 millones de personas que perdieron por la pandemia su empleo o capacidad económica.

En este sentido, la afiliación en salud procura proteger la salud de los colombianos a través de la universalidad del aseguramiento y la portabilidad —la prestación de los beneficios en cualquier lugar del país—. Dependiendo de la capacidad de pago del usuario y su familia, se vincula

por uno de los dos esquemas de aseguramiento: Régimen contributivo o Régimen subsidiado.

El Decreto 2353 del 2015 unificó y actualizó las reglas de afiliación al sistema de salud. Además, creó el Sistema de Afiliación Transaccional (SAT) y definió los instrumentos para garantizar la continuidad de la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud. Hoy en día, los recién nacidos quedan automáticamente afiliados al sistema, sin importar si sus padres están o no asegurados.

También amplió el núcleo familiar a los beneficiarios del Régimen contributivo: los hijos menores de 25 años que dependen económicamente del cotizante no necesitan acreditar que son estudiantes; los nietos del cotizante tienen cobertura hasta que el hijo beneficiario cumpla 25 años; los sobrinos y hermanos menores de 25 años; los sobrinos o hermanos de cualquier edad si tienen incapacidad permanente y dependen económicamente del cotizante, y los menores de 18 años entregados en custodia legal.

1.2.2.1.2 Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE)

La Resolución 1147 de 2020 modificó los artículos 9 y 10 de la Resolución 2626 de 2019. Esta adoptó el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE) y, a su vez, modificó la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), con lo que amplió a un año el plazo que tenían las entidades territoriales para formular y adoptar el modelo. El propósito de estos cambios fue alinear el MAITE a las actividades definidas para responder a la pandemia. Sin embargo, no definió la metodología para construir este modelo.

Para que este modelo se materialice, se deberá formular, ejecutar, monitorear y ajustar un plan de acción territorial que especifique las prioridades en cada línea de acción, así como los responsables, los compromisos, productos, indicadores y tiempos de ejecución de las acciones. Con esto, se lograrían los objetivos propuestos.

El plan de acción territorial, según Minsalud, debe desarrollarse en cuatro fases:

- planeación, formulación y adopción,
- ejecución,
- monitoreo y
- ajuste del plan.



La planeación, la primera fase, es para que las entidades territoriales, con el acompañamiento de Minsalud, identifiquen las prioridades del territorio en cada línea de acción del MAITE; adicionalmente, deberán incorporarse los avances del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS). Una vez aprobado el plan, se deberá adoptar e implementar.

En la fase de ejecución, la segunda, el departamento deberá trabajar con las autoridades municipales. Su plan de acción e implementación tendrá una vigencia de 4 años.

El monitoreo, la tercera fase, obliga a la entidad territorial a reportar sus resultados a Minsalud dentro de 30 días siguientes al vencimiento de cada trimestre. Durante su desarrollo, se podrá modificar para garantizar el cumplimiento del Plan de Acción e Implementación del MAITE-PAIM.

Durante el ajuste del plan, la cuarta y última fase, se formalizarán estos cambios. Debe hacerse el tercer trimestre de cada año; si es necesario modificarlo durante su ejecución, deberá ajustarse inmediatamente.

El MAITE busca fortalecer la entidad territorial; que la nación y el territorio prioricen cada línea de acción según las necesidades de cada región; asistencia técnica focalizada de acuerdo con estas prioridades; el trabajo colaborativo, y la cercanía a los territorios por medio de los líderes del MAITE. Las líneas de acción son ocho: aseguramiento, salud pública, prestación de servicios, talento humano, financiamiento, enfoque diferencial, intersectorialidad y gobernanza.

1.2.2.1.3 Política farmacéutica

El Ministerio de Salud y Protección Social y la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos controlan los precios de los medicamentos, especialmente de aquellos que afectan considerablemente al SGSSS a través del recobro, con el objetivo de mejorar el acceso, fomentar mejores resultados en salud y avanzar en equidad.

Estos controles han representado ahorros para el SGSSS calculados en cerca de billón de pesos anuales (Minsalud, 2021c). Este proceso inició en el 2018, cuando se realizaron dos procesos regulatorios, que incorporaron al régimen de control directo cerca de 900 presentaciones comerciales. En 2019 se avanzó en la regulación; pero fue hasta el 2020, mediante la Circular 10, cuando se incluyeron algunos en el canal comercial. Esto ahorró \$320.000 millones y disminuyó los precios en un promedio de 49% (Minsalud, 2021c).

La nueva regulación incluye 770 presentaciones comerciales de medicamentos para tratamientos de enfermedades como diabetes, enfermedades respiratorias, enfermedades huérfanas, oncológicas, óseas, afectaciones cardíacas y desórdenes metabólicos, entre otros, que se comercializaban con precios superiores a la referencia internacional. En algunos casos, se redujo su valor hasta el 84% (Minsalud, 2020b).

En esta circular también se incluyeron 4 medicamentos indispensables e irremplazables para la atención de pacientes con enfermedades huérfanas (3) y para cáncer (1) (Minsalud, 2020b). Actualmente, se han sometido a control de precios cerca de 2487 presentaciones comerciales de medicamentos; en 2020 ahorrarían \$1,2 billones (Minsalud, 2021c).

1.2.2.1.4 Plan de beneficios en salud

Para el año 2020, se aplicó el PBS establecido en la Resolución 3512 del 26 de diciembre de 2019. Sobre esta se hizo el análisis correspondiente a este estudio de investigación

Esta resolución fue una actualización puntual, sin participación ciudadana, tal como lo informó Minsalud a esta defensoría.

Esta resolución contenía 3 anexos, que hacen parte integral de esta y cuya aplicación era de carácter obligatorio: *el anexo 1 es el Listado de medicamentos financiados con recursos de la UPC*; el anexo 2, *el Listado de procedimientos en salud financiados con recursos de la UPC*, y el anexo 3, *el Listado de procedimientos de laboratorio clínico financiados con recursos de la UPC*.

Para facilitar su aplicación, Minsalud tomó como referencia los estándares de terminología para identificar los servicios y tecnologías de salud, sin que estos definieran la financiación con recursos de la UPC. Tuvieron en cuenta, con sus respectivas modificaciones y actualizaciones, la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS); el Sistema de Clasificación Anatómica, Terapéutica y Química (ATC) de la OMS, y la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (Décima Revisión CIE-10), de la OMS. Por otra parte, los servicios y tecnologías de salud con nomenclatura como *programas, clínicas o paquetes y conjuntos de atención* se discriminaron por procedimientos, de acuerdo con la codificación de la CUPS; los medicamentos se discriminaron de acuerdo con el Código Único de Medicamentos.



Con respecto a la garantía de acceso a los servicios y tecnologías en salud, se reiteró la obligación de las aseguradoras de garantizarles a los afiliados el acceso efectivo a la salud mediante la red de prestadores de servicios de salud que tengan contratadas. En relación con los servicios de urgencia, reiteró la obligación de atender en cualquier IPS.

Para las actividades de promoción de la salud, prevención de riesgos y recuperación de la salud, establecía que toda persona, una vez afiliada a una aseguradora, debía inscribirse en una IPS de la red de la EPS para que esta le brindara la atención ambulatoria. Para la atención especializada, establecía la necesidad de una remisión previa por medicina u odontología general, o por cualquiera de las especialidades que dan la puerta de entrada al sistema. En el caso de interconsulta, el usuario debía continuar con el profesional general, a menos de que haya recomendación contraria del especialista y de que requiera periódicamente estos servicios.

1.2.2.1.5 El sistema de salud desde el comienzo de la pandemia

Para que el sistema de salud sea eficiente, es necesario que sus actores sean corresponsables en el ejercicio de sus funciones y responsabilidades: los usuarios lo son con el autocuidado; los prestadores, a través de su capacidad resolutoria; la EPS, gestionando el riesgo en salud; el Ministerio de Salud, estableciendo reglas y lineamientos; la Superintendencia Nacional de Salud, ejerciendo la inspección, vigilancia y control, y el Congreso de la República, el control político.

Durante la pandemia, debido —probablemente— a la urgencia que desencadenó, se expidieron normas para enfrentar la crisis del coronavirus sin contar con el consenso de los otros actores: usuarios, profesionales médicos y hospitales públicos (Opinión & Salud, s.f.). Así mismo, los trabajadores de la salud enfrentaron los mismos problemas: tercerización laboral, incumplimiento de salarios y bonificaciones, pagos atrasados y un precario cubrimiento del sistema de riesgos laborales. Se vieron los problemas de las aseguradoras con el manejo de la información del riesgo de los usuarios, la actualización de los datos de la afiliación y los métodos no presenciales para la asignación de citas y atención domiciliaria.

Desde el entendido de que las aseguradoras tienen a cargo los recursos públicos de la salud del aseguramiento, para muchos fueron las entidades con peor reputación durante la pandemia, debido a la falta de información para sus afiliados, lo que

puso en duda su función de ser gestoras del riesgo y reiteró, en cierta forma, que son simples «intermediarias financieras» (Opinión & Salud, s.f.). Los usuarios no han calificado bien la gestión del riesgo en salud de las aseguradoras durante la pandemia. Es cierto que la responsabilidad del autocuidado es de la persona, en primer lugar; pero también necesario que el sistema de salud impulse ese autocuidado: esto traería más desarrollo y bienestar colectivo, y ahorros millonarios al Estado (Peña, s.f.).

La Ley 100 en 1993 denominó a las EPS como aseguradoras en salud, en atención a que su función principal debía estar orientada a la promoción y la prevención de las enfermedades. Como se ha visto, esto no se ha cumplido; al contrario, se han dedicado a la afiliación de más personas, ya que esto les trae más ingresos por UPC (Peña, s.f.).

Así las cosas, la atención primaria se dejó a un lado y los avances tecnológicos para el tratamiento de las diferentes enfermedades se volvieron más rentables para EPS e IPS, por lo que perdieron el interés en la prevención. Sin embargo, mientras a estas les iba bien, a los usuarios no tanto: las quejas y tutelas por atención mala o nula aumentaron; los indicadores de muertes de madres y niños menores de 5 años destaparon esta crisis. Habían fracasado en la prevención y, aún más, en la gestión del riesgo sanitario y financiero; esto se agravó con la falta de inspección, vigilancia y control del Estado (Peña, s.f.).

La Ley 1438 de 2011 concibió el concepto de Gestión integral del Riesgo, para que las EPS asumieran el cuidado de poblaciones o de grupos de pacientes con determinadas enfermedades. Ante esto, las EPS adoptaron un sistema de gestión para cohortes de pacientes crónicos, de alto costo y críticos, caracterizando y segmentando a la población por riesgo. Posteriormente, se emitió la Ley Estatutaria de Salud, que incluyó los determinantes sociales de salud, con el objetivo de alcanzar la equidad en salud; sin embargo, no abordó de manera puntual la gestión del riesgo en salud, aun cuando priorizó la prevención sobre la cura de las enfermedades.

De esta norma surgieron conceptos como el Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS), que buscaba concretar la función de la gestión del riesgo a través de la «identificación, evaluación, medición, tratamiento, seguimiento y monitoreo de los riesgos que comprometan la salud de la población



afiliada»¹. La Resolución 429 de 2016 puntualiza que la gestión del riesgo «no se circunscribe a limitar a las personas que padecen una enfermedad o condición, sino que abarcaría a toda la población, incluyendo a los sanos, para evitar que adquieran las patologías consideradas prioritarias»². Sin embargo, después de más de 3 años sin avance, el MAITE reemplazó al MIAS.

La llegada del COVID-19 corroboró el fracaso en la estrategia de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Debieron pasar varios meses para que el sistema de salud se normalizara y diera acceso a las pruebas para detectar el COVID-19; se corrió para habilitar laboratorios clínicos, UCI, respiradores, telemedicina. La búsqueda activa de contagiados se volvió un desafío.

Con la llegada de la vacuna y ante la obligación otorgada por Minsalud, nuevamente las EPS fueron el centro de atención. Hubo demoras en el proceso, bases de datos desactualizadas, logística precaria y falta de dirección, entre otros.

1.2.2.1.6 Reforma a la salud

El ministro de Salud y Protección Social presentó este proyecto en 2020, con mensaje de urgencia al Congreso, con el propósito de reformar el sistema de salud colombiano. El proyecto de ley tuvo tres versiones: la primera, la original; la segunda, conocida como ponencia, y la tercera, conocida como *proyecto sustitutivo*. Esta última se llama así por ser completamente diferente: la subcomisión nombrada por las comisiones séptimas del Senado y la Cámara estudió las propuestas y presentó un nuevo proyecto, adicionando 29 artículos nuevos, derogando algunos y reviviendo otros del proyecto original.

Estas tres versiones confundieron mucho a la ciudadanía: en algunas ocasiones, desconocían que existieran; en otras, se mezclaban artículos que ya se habían derogado o modificados.

Lo anterior inspiró pronunciamientos de todos los actores del sector de la salud. Por ejemplo, las organizaciones médicas solicitaron que se archivara inmediatamente: consideraron que no reglamentó la ley estatutaria que consagra el derecho fundamental a la salud —como lo decía en su título— y aseguraban que —al revés— contenía disposiciones contrarias a la Constitución Política, que arriesgan la salud

pública y la atención en salud; por último, señalaron que contenía artículos repetitivos de otras normas que no han tenido efecto (Federación Médica Colombiana, 2020).

Según la Federación Médica Colombiana, se profundizaba el negocio de la salud por medio de oligopolios y monopolios de intermediarios financieros. Esto no resuelve los problemas de la precarización laboral en los establecimientos públicos y privados del sector, que insistía en modelos privatizadores de las IPS, no mencionaba los determinantes sociales de la salud y tampoco desarrollaba nada sobre las zonas dispersas, donde el modelo ha sido un fracaso. En suma, manifestaban que el articulado no resuelve la crisis de la salud, pero sí profundiza los determinantes de la crisis develada por la pandemia.

ACEMI —el gremio de las EPS— destacó la intención de la reforma; pero presentó observaciones como las siguientes: se debilita el principio de aseguramiento privado, que se pretendía fortalecer; se desaprovecha la oportunidad para precisar que la prima por la gestión del riesgo en salud es un ingreso de las aseguradoras, y no se fijan con claridad los límites del plan de beneficios cubiertos por la prima. Por último, es grave que se establezca el giro directo, ya que se amarraría de manera injustificada a las aseguradoras (ACEMI, 2020)

El pacto por la vida y la salud por los colombianos señaló que el proyecto se escribió en connivencia con las EPS. Al respecto, indicaron que iba en contra de la ley estatutaria en salud (Ley 1751 de 2015) y de la progresividad del derecho, y recalcaron que se núcleo era

favorecer la expropiación y extracción de rentas de los recursos públicos, propiciar la centralización del capital ligado al negocio de la salud, incentivar la participación de empresas transnacionales y asegurar las ganancias del capital privado que se invierta en el sector. (Galindo, 2020)

Igualmente, la Defensoría del Pueblo también hizo algunas observaciones al proyecto de ley. Sobre su tercera versión —*el proyecto sustitutivo*— hizo, en su momento, entre otros, los siguientes comentarios:

Para la Defensoría del Pueblo, este proyecto de ley no desarrollaba la ley estatutaria en salud ni tocaba su esencia, sino que planteaba una reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), lo que representaban entonces, un tercer ajuste a la Ley 100 de 1993 (después de

¹ Minsalud, Resolución 429 de 2016.

² Minsalud, Resolución 429 de 2016.



las leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011). Por lo tanto, es un ajuste funcional a la operación general del SGSSS. En este sentido, no desarrollaba real y efectivamente el sistema de salud, al que hace alusión el artículo 4 de la Ley Estatutaria en Salud, además de que, en algunos artículos, confundía al SGSSS con el sistema de salud.

Al respecto, entre otros, consideró, que, en relación con el artículo sobre la *regionalización* del sistema de salud, preocupaba el cambio de la palabra *territorialización*, la cual se expresaba como obligatoria, por el de regionalización, que además era optativa. Estos conceptos tenían implicaciones adicionales, ya que no es lo mismo que los territorios se integren a que una región se integre, porque, cuando se involucran varias entidades territoriales *per se*, la entidad territorial pierde, ya que son las EAPB las que terminan organizando el sistema, debido a que, por lo general, cuentan con afiliados en todas las regiones. Por consiguiente, podría darse un empoderamiento de las EAPB, en detrimento de las entidades territoriales en salud. Además, esto debilitaría la gobernanza de los entes territoriales. De otra parte y respecto a la Superintendencia Nacional de Salud, es de conocimiento público que se queda corta para ejercer sus funciones de inspección, vigilancia y control en todo el país, por lo que era necesaria su desconcentración. Para esto, era importante capacitar y calificar a las entidades territoriales para que estas, por delegación, no solo cumplan funciones de IVC

sobre prestadores de servicios de salud, sino también sobre las aseguradoras.

En relación con el artículo sobre gestión integral del riesgo en salud, consideró que realmente no cambiaba mucho en relación con lo que hoy sucedía dentro del SGSSS. Sin embargo, realmente preocupaba lo referente al autocuidado de personas y comunidades. Aunque teóricamente es válido, no lo es en la práctica, porque los límites para una enfermedad no son precisos y hay enfermedades que tienen altas externalidades, como las enfermedades de transmisión sexual o las ocasionadas por las pandemias, donde una sola persona contagiada es un riesgo para toda la comunidad, por lo que no queda claro dónde empezaría el riesgo individual y dónde el colectivo. Además, si bien es cierto que la responsabilidad del autocuidado es en primer lugar de la persona, también es cierto que es necesario que el sistema de salud impulse ese autocuidado.

En referencia al artículo referido al modelo de atención en salud, era necesario que se diferenciara entre redes integradas y redes integrales de salud ³, ya que la primera guarda relación con sistemas interinstitucionales comprendidos como una unidad operacional, lo que no necesariamente implica la disposición de todos los servicios necesarios para abordar el mayor número de situaciones posibles sin el propósito

³ Corte Constitucional, Sentencia C-313 de 2014.



de atender la demanda de la salud en todos sus ámbitos. El modelo implementado en Bogotá es un claro ejemplo: hay varias subredes que se articulan y prestan los servicios en todos los niveles de atención. Por otra parte, las redes integradas son aquellas que en su estructura cuentan con instituciones y tecnologías de cada una de las especialidades para garantizar una cobertura global de las contingencias que se puedan presentar en materia de salud; son las que están en el marco de la Política Pública de Atención Integral en Salud (PAIS).

El modelo planteaba que la población debía inscribirse en un prestador primario, el cual debía contar con actividades de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación a cargo de un médico familiar (especialista con 3 años de formación académica). De estos prestadores primarios surgen las Redes integrales de Atención en Salud (RIAS), que pasan al prestador complementario o a los centros de excelencia (IPS que maneja una patología específica con el máximo nivel de complejidad), según corresponda. Al respecto, la Defensoría proponía la ampliación de la posibilidad de inscripción, es decir, que no solo fuera la población la que debía inscribirse, sino que se crearan equipos básicos interdisciplinarios, especialmente en zonas dispersas, para que, con base en la información inicial que al respecto tiene el Ministerio de Salud y Protección Social, caracterizaran a las personas, las orientaran y las atendieran (demanda activa) y, si fuera necesario, las canalizaran a través de las RIAS al nivel de atención requerido. Estos equipos podían ser liderados por médicos generales, quienes, además de estar altamente capacitados, alcanzaban a cubrir la demanda requerida. También era indispensable que la atención primaria en salud (APS) fuera acompañada por actividades intersectoriales para impactar positivamente los determinantes sociales; además, esto tiene como beneficio que las autoridades locales identificaran de manera temprana los factores desencadenantes de la enfermedad.

Acerca del artículo que hablaba sobre la calidad del servicio público esencial de salud, esta entidad consideraba que era necesario actualizar todo el sistema obligatorio de garantía de la calidad, para que este fuera aplicable en todos los niveles de atención. Además, estaba en desacuerdo en que la SNS estuviera a cargo de la vigilancia en el cumplimiento de «todos» los agentes del sector, ya que estaba en contradicción con el artículo 4 del mismo proyecto de ley con respecto a la desconcentración, con lo que dejó a un lado las actividades que en este tema pueden adelantar las entidades territoriales.

El proyecto de ley también incluía un capítulo sobre seguridad y emergencia sanitarias, el cual, a su vez, contenía un artículo relacionado con conformación de la comisión intersectorial para la orientación, seguimiento y evaluación de la Política de Estado de Seguridad Sanitaria, que ya había creado la Ley 1438 de 2014. También dejó por fuera la representación de los profesionales de la salud; para la Defensoría, son actores indispensables y deberían ser parte de dicha comisión. Igualmente, se consideraba importante que dicha comisión fuera tripartita, conformada por la primera autoridad sanitaria del Gobierno nacional, por representantes de las agremiaciones científicas y por un representante de las asociaciones nacionales de usuarios, con la opción de apoyarse en cualquiera de los gremios o autoridades responsables para resolver los factores determinantes de la salud. Asimismo, la comisión intersectorial no consideraba un componente del derecho fundamental a la salud: la aceptabilidad del servicio por parte de los usuarios de acuerdo con su nivel cultural, social, económico, así como con su georreferenciación.

El artículo 13 del proyecto que trataba sobre la capacidad nacional para la producción y acceso a principios activos, medicamentos y tecnologías en salud era positivo, ya que le permitía a Colombia volver a la producción de principios activos, tanto de síntesis química como biológicos, vacunas, medicamentos y otras tecnologías en salud. En Colombia, hasta el año 2000, se producían algunas vacunas; pero se dejaron de hacer, entre otros motivos, porque en su momento se consideró que era más económico importarlas. Sin embargo, hoy, con lo que ha acontecido con las vacunas del COVID-19 —se depende al 100% de su importación—, el retraso en su suministro ha evidenciado la importancia de volver a la producción nacional.

Con respecto al artículo de medidas sanitarias en el marco de la emergencia sanitaria, aunque es claro que la pandemia ocasionada por el COVID-19 reitera su importancia, para la Defensoría era equivocado el hecho de que no hubiese libertad de medidas y de que estas fueran supeditadas a la situación de la actual pandemia. Todas las pandemias no son iguales, por lo que se debe reaccionar atendiendo a las condiciones que se presenten; es necesario e indispensable que las medidas se adecuen a las circunstancias y condiciones que se presenten. El proyecto volvía permanente las medidas adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, a través de Decreto para la atención de la actual pandemia, situación que —como se explicó— no debe ser. También era importante que el Ministerio de Salud diseñara estrategias



de sensibilización y motivación económica o social que incentivaran o promovieran la disponibilidad de personal sanitario donde, según las circunstancias, fuera pertinente. Igualmente, tampoco se consideraba de manera expresa la participación de las entidades de socorro:

- defensa civil
- bomberos oficiales
- organizaciones particulares (Cruz Roja Colombiana) y demás ONG nacionales.

En relación con el capítulo de aseguramiento, reforzaba el fortalecimiento del SGSSS, sin hacer mención del sistema de salud, lo que, en teoría, no era una reforma a la salud, ya que solo hacía alusión a uno de sus componentes.

En este sentido y en relación con la función esencial del aseguramiento individual, a los beneficios únicos en salud, a la unificación del plan de benéficos de salud y a su financiación, el artículo 15 de la ley estatutaria en salud estableció que el sistema de salud garantizaría el derecho fundamental a la salud a través de la prestación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral de la salud, en el entendido de que todas las prestaciones en salud están incluidas y de que se financiarán con recursos públicos, a excepción de las exclusiones, las cuales fueron taxativamente señaladas. A la Defensoría le preocupaba que aún se siguiera hablando de coberturas en relación con lo UPC y con lo no UPC en clara contravía de lo que establece la ley estatutaria en salud.

Para esta entidad no estaba claro el artículo que desarrollaba los componentes de la UPC, ya que la UPC variable debía ser adicional, un valor agregado a las EAPB que lo merecieran, y los dos puntos enunciados en el artículo para entregarla estaban dentro de lo que dichas aseguradoras deben hacer con los recursos públicos que reciben para garantizar el PBS. Por otra parte, si el objeto es incentivar a los actores, también era importante que los recursos que se obtuvieran por el componente variable pudieran reconocerse de igual forma a la red de prestadores involucrada en la atención de la población de cada una de las RIAS.

Ahora, con respecto al artículo 39 —que establecía el aseguramiento de pacientes de enfermedades raras y huérfanas—, a criterio de la Defensoría, favorecía la fragmentación del sistema, ya que establecía un modelo adicional de atención en salud para los pacientes de enfermedades huérfanas, por lo que, de manera enfática,

señalaba su oposición a este, ya que dicho modelo —diferenciado y complementario al modelo de aseguramiento actual— desconocía, entre otras cosas, el proceso que se adelantaba desde hace más de 10 años en la Mesa Nacional de Enfermedades Huérfanas, liderada por el Ministerio de Salud y Protección Social y de la cual surgió el Plan Nacional para la Gestión de las Enfermedades Huérfanas o Raras, compuesto por cinco líneas estratégicas. Esta entidad consideró que desde ahí debía impulsarse el diseño y la implementación del modelo de atención integral dentro del modelo de aseguramiento existente. Además, el pretender crear un modelo adicional para las enfermedades huérfanas podría impactar de manera negativa el acceso a los servicios en salud, debido a los costos asociados al tratamiento de estas enfermedades, lo que generaría inequidad y vulneración de la protección establecida por la jurisprudencia constitucional, al ser población sujeta de especial protección por parte del Estado. Ahora, en relación con las fuentes requeridas para el modelo, es de conocimiento público que no hay integración de los sistemas de información y que, hoy, no existe una base de datos consolidada que permita hacer los cálculos de los costos implicados en la atención de esta población.

En relación con los gastos de administración que se les reconoce a las aseguradoras, al establecerse el giro directo por parte de la ADRES a las prestadoras, se reducía la carga administrativa de las aseguradoras, por lo que debía revisarse el porcentaje por prima de administración. En este sentido, la Defensoría sugería al Ministerio de Salud y Protección Social la definición, de acuerdo con un estudio de costos del valor que, por prima de administración, debería ser para las aseguradoras.

Con respecto a la transformación del Instituto Nacional de Cancerología (INC), esta entidad consideraba que este artículo debía eliminarse del proyecto de ley, porque no aportaba nada adicional a lo que ya existía. El INC ya es una entidad estatal de naturaleza especial, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio propio, adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, de acuerdo con el Decreto 1876 de 1994.

En relación con lo establecido en el capítulo VI sobre transaccionalidad y mecanismos de pago, el artículo que establecía la contratación entre agentes del Sistema no incluía el tema de subsidios a la oferta para lugares de zonas dispersas como la Guajira, Chocó y los conocidos antiguos territorios, entre otros. Igualmente, a criterio de esta entidad,



dichos contratos debían ser vigilados por la Contraloría General de la Nación y los servicios no debían ser sujetos de autorización expedidas por la EAPB, en consideración a que ya se encuentran implícitos.

El capítulo VII del proyecto de ley estaba dedicado al talento humano en salud, y el artículo 71 establecía la modificación al artículo 22 de la Ley 1164 de 2007. Aunque para la Defensoría este artículo aplicaba cuando, por ejemplo, un médico general empieza a hacer actividades quirúrgicas de medicina plástica, no lo era tanto respecto a los médicos generales de los municipios o en servicio social obligatorio, por lo general alejados, quienes deben realizar actividades de atención en salud en el momento y ejecutarlas en las circunstancias que puedan (ej. cesáreas). Por lo tanto, era importante que se planteara la necesidad de generar ciertas excepciones, atendiendo a las circunstancias de tiempo, modo y lugar en las que se encuentren los médicos generales, para evitar también el incremento de remisiones por circunstancias que los médicos generales por su formación pueden resolver. Por consiguiente, era necesario regular y reglamentar las excepciones, ya que no podían ser taxativas. Para ello, se debía concertar con la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas y con los tribunales de ética médica. Igualmente sucedía para personal sanitario no profesional, como es el caso de los promotores de salud, agentes en salud y personal de atención prehospitalario en población dispersa y de difícil acceso.

Ahora, con respecto al régimen del talento humano del sector salud en las empresas sociales del estado, para la Defensoría del Pueblo, este artículo debía estudiarse con mayor profundidad, por lo que consideraba que debía debatirse dentro del Proyecto de Ley 331 de 2020, del cual fue tomado por la comisión incidental para traerlo a este proyecto de ley.

En relación con el capítulo VIII de financiamiento y sostenibilidad, para la Defensoría del Pueblo era positivo el retiro, en esta tercera versión, del artículo sobre los conglomerados empresariales en salud, planteados en la ponencia, ya que de esta forma se impedía que la salud se convirtiera en una oportunidad de negocio al permitir el ingreso de inversionistas que no eran actores del sector salud. Asimismo, para dar sostenibilidad financiera a las instituciones prestadoras de salud —públicas y privadas, ubicadas en territorios dispersos y de difícil acceso—, como se mencionó, debía considerarse el subsidio a la oferta a través de los entes territoriales.

En conclusión, la Defensoría del Pueblo estableció, en relación con el proyecto de ley, que

- La garantía del goce efectivo del derecho fundamental a la salud es el núcleo central de la ley estatutaria en salud (Ley 1751 de 2015), y que este proyecto, como se mencionó, no desarrollaba la ley estatutaria en salud, solo la enunciaba en algunos de sus artículos;
- el proyecto de ley no era una reforma al sistema de salud, sino que era otra reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud;
- el proyecto de ley no desarrollaba la ley estatutaria en salud, al contrario, en algunos aspectos, como se explicó, la contradecía
- el proyecto de ley fortalecía a las aseguradoras (EAPB) y debilitaba a las Entidades Territoriales y a la Red Pública;
- el proyecto no se centraba en el usuario, tal como lo determina la ley estatutaria en salud, y vulneraba los principios y elementos del derecho fundamental a la salud;
- el proyecto de ley no era acorde a la realidad actual.

1.2.2.1.7 Ranking EPS

La Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC) realizó en 2020 un estudio de percepción de prácticas indebidas de las EPS en su relación con las IPS y un seguimiento a la circular 014 de 2020 de la Superintendencia Nacional de Salud (Supersalud). Los resultados, en primera medida, indicaron que los pagos, auditorías y las tarifas son las mayores dificultades en la relación de EPS con IPS, debido a prácticas como glosas injustificadas; inconsistencias en cuentas por pagar y cuentas por cobrar, y la falta de objetividad en los procesos de auditoría (ACHC, 2020a).

El estudio que evaluó 18 EPS a través de 85 de las instituciones prestadoras de servicios de salud afiliadas a la ACHC también arrojó que la Nueva EPS, Medimás, Coomeva EPS y Ambuq, de acuerdo con los criterios definidos por la Supersalud, son las entidades aseguradoras que más incurrieron en prácticas indebidas en su relación con los hospitales y clínicas.

Además, el estudio reitera una serie de prácticas indebidas de las EPS: la restricción injustificada a la radica facturas, negación o dilación de recepción de soportes, cargue y descargue de las facturas, negación o retraso de los procesos de conciliación de las cuentas por cobrar y glosas injustificadas, no legalización o liquidación oportuna de los acuerdos de voluntades y la falta de nota técnica como anexo de los contratos, entre otros. Se esperaba que superaran estas dificultades, pero siguen siendo frecuentes.



Por lo anterior, la ACHC le solicitó a la Superintendencia Nacional de Salud tomar las medidas necesarias para evitar que dichas prácticas se sigan presentando, ya que impiden el adecuado flujo de recursos en el sistema. Adicionalmente, solicitaron la aceleración del Acuerdo de Punto Final, el desarrollo de nuevas compras de cartera y la liberación de las reservas técnicas de las EPS.

1.2.2.1.8 Afiliación de no afiliados al sistema de seguridad social en salud⁴

La Resolución 1128 de 2020 estableció que, cuando una persona requiera los servicios de salud y sea focalizada por la entidad territorial, aunque no esté afiliada al SGSSS o aunque tenga novedad de terminación de la inscripción en la EPS, la IPS o la entidad territorial deberá realizar su inscripción a través del Sistema de Afiliación Transaccional (SAT) o directamente ante la EPS, según corresponda.

Al respecto, se consideran prácticas no autorizadas de las EPS negar la inscripción por razones de su edad o de su estado; interponer barreras para la inscripción y la prestación de servicios, y terminar la inscripción de un afiliado que esté internado en una IPS.

La fecha de inscripción en la EPS se considera la del registro de la novedad de afiliación en SAT o de radicación del formulario de afiliación en la EPS, con excepción de los casos en los que se inicie la atención en una IPS o cuando, por motivos de salud, no se entreguen los documentos para afiliación. En este caso, la afiliación se contará desde esa fecha, y la EPS debe autorizar inmediatamente la atención integral en salud del afiliado.

Para garantizar el derecho a la libre elección de EPS, cuando el usuario no pueda hacerlo, la IPS o la entidad territorial deberá inscribirlo en la EPS autorizada con mayor número de afiliados en el respectivo municipio, a través del SAT. Luego, el usuario podrá ejercer su derecho a elegir EPS dentro de los 90 días siguientes.

Las EPS cuentan con 15 días para actualizar la información en el SAT, lo que incluye el registro de la IPS primaria en el municipio y distrito donde la EPS esté habilitada por la Superintendencia Nacional de Salud. Las IPS que atiendan personas que al momento de la prestación no están afiliadas deben:

1. Verificar en la Base de Datos Única de Afiliados el documento para su edad y condición (que no esté afiliado, activo, suspendido o en protección laboral).
2. Inscribirla en el SAT el día que inicie la prestación del servicio y comunicarle al afiliado la EPS en la cual quedó inscrito; si por algún motivo la IPS no lo puede hacer, debe comunicarse de manera inmediata con la entidad territorial de su jurisdicción, para que remita a la EPS el formulario único de afiliación y demás soportes, a través de mecanismos de intercambio de información electrónico, a más tardar el día hábil siguiente a la fecha de inicio de la atención.
3. Cuando por motivos de salud la persona no pueda suministrar información, la IPS deberá tomarle las huellas dactilares para identificar al usuario con la Registraduría Nacional del Estado Civil o la Fiscalía General de la Nación, así como realizar la afiliación de oficio a través de la entidad territorial de su jurisdicción, que debe remitir a la EPS el formulario único de afiliación con los respectivos soportes.
4. Si remiten a la persona a un centro de atención de mayor complejidad, la primera institución es responsable de afiliarla.

En el mismo sentido y atendiendo lo establecido en el Decreto 780 de 2016, los padres de los recién nacidos no afiliados deberán inscribirse de oficio en la EPS, con documento de identificación válido, también; también deben hacerlo los menores de 18 años identificados pero no afiliados que requieran servicios de salud. Para la inscripción de los padres, la IPS deberá exigir el registro civil de nacimiento del menor.

1.2.2.2 Prestación de servicios

En el entendido de que la prestación de servicios de salud garantiza el acceso, optimiza el uso de los recursos y mejora la calidad de los servicios que se prestan a la población, a continuación, se relacionan algunas de estas medidas:

1.2.2.2.1 Salud Pública

En relación con las acciones en salud pública adelantadas en 2020, el Ministerio de Salud y Protección Social (Minsalud, 2021c) informa:

Respecto al Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), señaló que durante el año 2020 y con ocasión de la pandemia, reorganizó las acciones y tácticas de vacunación, las cuales se registraron en los *Lineamientos generales para el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) en el contexto de la pandemia de la COVID-19* (Minsalud, 2020k), para que los

⁴ Minsalud, Resolución 1128 de 2020.



servicios de inmunización esenciales en salud se mantuvieran mientras la respuesta al COVID-19 lo permitiera, con el fin de minimizar el riesgo de morbilidad y mortalidad por enfermedades prevenibles a través de la vacunación.

Sin embargo, con corte en julio de 2020, se observó una disminución en el número de dosis aplicadas con respecto al 2019. Esto puso en riesgo a la población y a los logros alcanzados en materia de erradicación, eliminación y control de las enfermedades prevenibles por vacunas; también aumentó el riesgo de brotes que aumentarían la morbimortalidad por enfermedades (Minsalud, 2020c).

En este sentido, se observó que la cobertura de la vacuna BCG y la pentavalente 3 en población menor a un año estaba entre el 43,1% y 43,4%; la triple viral, en población de un año, en el 44,1%, y los refuerzos a los 18 meses y 5 años con DPT y triple viral, en 41,2% y 41,7%, respectivamente.

La anterior situación llevó a la necesidad de establecer un plan estratégico de intensificación de la vacunación que involucrara a todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS); a los entes territoriales; a las IPS públicas y privadas, y a las demás entidades relacionadas. Su objetivo era adaptar las estrategias y tácticas de vacunación a las necesidades y características del territorio, y a la situación ocasionada con la pandemia, así como el fortalecimiento en la prestación de los servicios de vacunación (intramural y extramural).

Colombia recibió de la OMS, en septiembre de 2019, un premio que reconoce su compromiso con la Iniciativa de Eliminación contra el Sarampión y la Rubéola. Este cobró mayor importancia con la migración venezolana: desde el 2018, se aplicó la dosis cero de la vacuna a colombianos y a migrantes. Al respecto, en la semana epidemiológica 24 de 2020 (INS, 2020), el Instituto Nacional de Salud notificó 503 casos sospechosos de sarampión y rubéola: una disminución del 81,4% en relación con el 2019; un caso confirmado, importado de Suiza, y 362 casos.

Minsalud reportó movilizaciones para donaciones internacionales en apoyo para la atención de migrantes, además del incremento de los recursos transferidos a los entes territoriales (secretarías de salud departamental y municipal). Asimismo, Colombia lideró la expedición de la Tarjeta Unificada de Vacunación para la región, que busca unificar esfuerzos en la protección de esta población y que utiliza más de una docena de países. Esta tarjeta busca volver más eficiente

la atención a los migrantes que viajan por la región, fortalece los sistemas de información, evita la revacunación y permite identificar cuáles dosis deben aplicarse.

En relación con la lucha para la eliminación de la malaria, Minsalud informó el ingreso del país a la Iniciativa Regional para la Eliminación de la Malaria (IREM), lo que representa apoyo técnico y financiero para enfrentar cerca del 60% del total de la carga de la enfermedad por esta patología.

Esta iniciativa busca la reducción de un 75% de la malaria en 6 municipios de los departamentos de Chocó (Quibdó, Atrato, Lloró, Medio Atrato, Río Quito y Bagadó), el distrito de Buenaventura y Tumaco, así como la eliminación de la malaria en 4 municipios de frontera con Panamá pertenecientes al Chocó (Acandí, Juradó, Río sucio y Unguía). Tiene previsto adelantar actividades hasta el 2022, fecha en la que finaliza la IREM.

Durante 2020, representantes del IREM, el Ministerio de Salud y Protección Social, el Instituto Nacional de Salud y la OPS hicieron seguimiento a los corregimientos de Tutunendo y Bahía Solano, en Chocó, y a la ESE de primer nivel del hospital Ismael Roldan Valencia, para analizar los avances alcanzados en la implementación de esta iniciativa (ONU, 2020b). Asimismo, Colombia continuó con la implementación de acciones tendientes a interrumpir la transmisión de la malaria, a través de procesos de focalización y microplanificación a nivel territorial, con el fin de adelantar las intervenciones necesarias (Minsalud, 2011). Según el Instituto Nacional de Salud, en la semana epidemiológica 43, Colombia estaba en situación de alarma: acumulaba 65.293 casos de malaria, y Chocó aportaba el 27,2% de los casos. Esta situación se complicó con el COVID-19, que ocasionó problemas de acceso a los servicios por temor al contagio y problemas de movilidad.

En relación con la Política Integral de Salud Mental⁵, durante 2020, el Ministerio de Salud y Protección Social informó que, a raíz del COVID-19, la importancia de la salud mental había sido más evidente, a raíz del temor al contagio, las medidas de aislamiento y la desinformación. Con el fin de disminuir situaciones de soledad, aburrimiento, miedo, rabia, insomnio y otros síntomas, se abrió la línea nacional de apoyo en salud mental. Con corte de octubre de 2020, había atendido 11.400 llamadas, y beneficiado a cerca de 1450 personas y a 300 establecimientos educativos en 24 departamentos del país, priorizados según criterios como altos índices de consumo de

⁵ Minsalud, Resolución 4888 de 2018.



sustancias psicoactivas, embarazo temprano, violencias basadas en género y conducta suicida, municipios con Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET), zonas de especial intervención, entre otros.

El proyecto Salud para la Paz es una iniciativa de cooperación internacional en la que participan el Ministerio de Salud y Protección Social, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) y el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA). Esta da cumplimiento al acuerdo de paz y busca mejorar la calidad de vida de los habitantes de las zonas más apartadas del territorio nacional a través de la atención médica, del fortalecimiento de los hospitales locales y del mejoramiento de los servicios integrales de atención primaria en salud, en los 25 municipios de 14 departamentos donde se ubican los 26 espacios territoriales de capacitación y reincorporación (ETCR). Además, busca fortalecer las condiciones de salud sexual y reproductiva, salud mental, prevención del consumo de sustancias psicoactivas y salud infantil y nutricional (Minsalud, s.f.).

Durante el 2020, por la emergencia sanitaria, el proyecto modificó algunas de sus estrategias para mantener segura a la población beneficiada (Minsalud, s.f.). Al respecto, entregó elementos de protección personal al personal de salud que trabaja en hospitales de municipios que integran el PDET, es decir, en los que los profesionales brindan atención sanitaria a las víctimas del conflicto armado. Con esto se buscó proteger a cerca de 3500 trabajadores de la salud.

1.2.2.2.2 Programa AI Hospital

La Ley 100 de 1993 condujo a que los hospitales se consideraran autosostenibles. Esto requiere que se garantice una mejor gestión administrativa y financiera para que sigan existiendo. Para esto, se establecieron estrategias de mediciones continuas a la eficiencia y productividad de las ESE, con lo que se fortalecieron los aspectos menos productivos.

El programa Acción Integral en Hospitales Públicos (AI Hospital) cubre la totalidad de las empresas sociales del estado. Permite monitorear los 930 hospitales a los que les hace seguimiento según 24 indicadores de gestión; 7 de estos indicadores son de salud pública y están a cargo de las entidades territoriales, 17 son de gestión de gestión hospitalaria (Ochoa, 2020). Esto mejora la oportunidad de contratar intervenciones colectivas para que se aplique

realmente la ruta de promoción y mantenimiento de la salud; también gestiona mejor la prevención y seguimiento de patologías de alto impacto, con lo que mejora el acceso real a estos servicios.

En diciembre de 2020, el indicador de monitoreo y seguimiento había presentado un porcentaje de avance del 69,87%. En marzo del mismo año, «el indicador país, con un 77,5%, disminuyó 9 puntos con respecto a diciembre de 2019. A su vez, 201 hospitales calificados en verde (21%) presentaron una disminución frente a los 274 hospitales que tenían esta categoría en diciembre» (Ochoa, 2020).

Sin embargo, el COVID-19 deterioró los indicadores financieros y trajo más deudas con el talento humano. Ante esto, el Ministerio de Salud y Protección Social ofreció asistencia técnica y acompañamiento a las entidades territoriales y hospitales públicos durante el alistamiento, y fortaleció los servicios para dar respuesta a la pandemia (Minsalud, 2020d). Esta respuesta de Minsalud incluyó normas para mejorar la liquidez de la red de prestadores (el Acuerdo de punto final), y la movilización de recursos para apoyar la operación y el ajuste al modelo AI Hospital Contigo, de acuerdo con las necesidades de la población por el aislamiento⁶.

De este modo, Minsalud se articuló con la OPS para aportar equipos, abastecimiento y talento humano, con lo que fortaleció regiones como Amazonas y Chocó; además, reactivó AI Hospital Contigo en Vichada, gracias a la revisión de acciones y la asistencia técnica prestadas al hospital San Juan de Dios. Igualmente, se realizó seguimiento a los hospitales Divino Niño (Tumaco) y Luis Ablanque la Plata (Buenaventura), con lo que se avanzó en el modelo AI Hospital Contigo (Minsalud, 2020e).

1.2.2.2.3 Continuidad de servicios de salud en Colombia⁷

Ante la demanda hospitalaria por el COVID-19, se procuró garantizar la continuidad de los servicios de salud, mejorar la seguridad del talento humano en salud y mitigar el riesgo de desabastecimiento de los medicamentos utilizados para sedar a pacientes en las UCI. Para esto, Minsalud emitió la Circular 052 de 2020, que fijó las directrices para las secretarías de salud, las EAPB, los regímenes especiales, las

⁶ Minsalud, Resolución 521 de 2020.

⁷ Minsalud, Circular 052 de 2020.



IPS y las administradoras de riesgos laborales (ARL), según sus competencias.

En el caso de las secretarías, entre otras directrices, Minsalud ordenó suspender los procedimientos no urgentes o no prioritarios que requirieran medicamentos para sedación, analgesia y relajación neuromuscular; tomó medidas para mitigar el impacto de la pandemia en los servicios de salud; hizo seguimiento a la red prestadora de elementos de protección personal para el talento humano en salud, y monitoreó las acciones adelantadas para conformar equipos multidisciplinarios para la salud.

En el caso de las aseguradoras, entre otras, Minsalud vigiló el pago oportuno de los servicios prestados a sus afiliados, para que fluyeran los recursos; la disponibilidad de camas para hospitalización y de UCI para casos COVID-19; la atención en salud de la población afiliada, y la entrega de medicamentos a domicilio para personas mayores de 70 años con enfermedades crónicas o en tratamientos de inmunosupresión.

En el caso de los prestadores, entre otras, Minsalud ordenó garantizar el derecho de los pacientes a la información. Y dictó estrategias para optimizar el uso de los medicamentos; la disponibilidad del talento humano en salud; los equipos biomédicos; los insumos médicos, medicamentos y elementos de protección personal; la disponibilidad de camas para hospitalización y UCI para los casos de COVID-19, entre otras.

En el caso de las administradoras de riesgos laborales (ARL), entre otras, Minsalud pidió lineamientos y actividades para prevenir el contagio por COVID-19; también les encargó identificar las necesidades de equipos de protección personal para el talento humano, y solicitó que se coordinaran acciones con los prestadores de salud y las EAPB para asegurar atención oportuna y seguimiento a las personas contagiadas que hagan parte del talento humano en salud.

1.2.2.2.4 Impacto de los servicios en salud por la pandemia COVID-19

El estudio Evaluación rápida de la continuidad de los servicios de salud esenciales durante la pandemia de COVID-19 (OMS, 2020) se hizo en 159 países. Descubrió que, entre marzo y junio de 2020, el 90% de los países encuestados sufrieron interrupciones en sus servicios de salud.

En este sentido, concluyó que se suspendieron los servicios rutinarios y optativos en la mayoría de los países, y que, en los países de bajos ingresos, se suspendieron servicios críticos como la detección y el tratamiento del cáncer y el tratamiento contra el VIH. Igualmente, se identificaron interrupciones en servicios de diagnóstico y tratamiento del paludismo (46%), detección y tratamiento de los casos de tuberculosis (42%) y tratamiento antirretrovírico (32%); es posible que se hayan suspendido deliberadamente tratamientos de odontología, atendiendo a protocolos gubernamentales, que tendrán efectos nocivos a corto, medio y largo plazo.

Los servicios de urgencias se suspendieron en el 22% de los países; las transfusiones de sangre urgentes, en el 23%, y la cirugía de urgencia, en el 19%. Esto, además, puede explicarse por la oferta y la demanda: se redujo la asistencia de pacientes, debido al miedo, al confinamiento y a las dificultades financieras.

1.2.2.2.5 Enfermedades huérfanas

Durante el año 2020, Antioquia fue el departamento con mayor prevalencia de enfermedades huérfanas (21%), seguido de Bogotá (17%), Valle del Cauca (13%), Cundinamarca (10%) y Santander (5%), y cerca del 40% de los pacientes con enfermedades huérfanas viven zonas rurales. Según el Registro Nacional de Pacientes con Enfermedades Huérfanas, el 80% son de origen genético y el 75% de los pacientes están afiliados al Régimen Contributivo (Vivas, 2021).

Las enfermedades que concentran más del 20% del total de los casos son la esclerosis múltiple (5,6%), la enfermedad de Von Willebrand (4,7%), el déficit congénito del factor VIII (4,7%), el síndrome de Guillain-Barré (3,7%) y las enfermedades de las neuronas motoras (2,5%).

Las enfermedades huérfanas son aquellas que son crónicamente debilitantes y graves, amenazan la vida y tienen una prevalencia de 1 por cada 5000 personas. El Gobierno las reconoce como un asunto de interés nacional, a fin de garantizar a quienes las sufran acceso a los servicios de salud, tratamiento y rehabilitación (Minsalud, 2013). En Colombia se han registrado 2198 enfermedades huérfanas, mientras que en el mundo se han identificado más de 6000 de estas patologías, que se incluyen en el Listado Nacional de Enfermedades Huérfanas⁸.

8 Minsalud, Resolución 5265 de 2018.



El Registro Nacional de Pacientes con Enfermedades Huérfanas⁹ actualiza de forma permanente y almacena los datos básicos de las personas diagnosticadas. Busca un mayor control sobre las tasas de incidencia, prevalencia, mortalidad y casos detectados por área geográfica, además de adoptar el enfoque de atención integral, que se centra en la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación e inserción social. Con corte del 31 de diciembre de 2020, se reportaron 58.032 personas en el Registro Nacional de Enfermedades Huérfanas.

1.2.2.3 Financiamiento

El financiamiento en la atención de salud se centra en la movilización, acumulación y asignación de recursos para cubrir las necesidades de la salud de la población, ya sea de manera individual o colectiva. Los sistemas de financiación se diseñan para proporcionar a toda la población el acceso a servicios sanitarios de prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación de calidad suficiente para que sean eficaces, y para garantizar que el uso de estos servicios no exponga a los usuarios a dificultades financieras (OPS, s.f.).

1.2.2.3.1 Acuerdo de punto final

El saneamiento de las cuentas en el sector salud fue una de las propuestas de campaña del presidente Duque. Esta decisión se plasmó en el artículo 237 del Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 (PND), como acuerdo de punto final para el Régimen contributivo. El Decreto 521 de 2020 reglamentó la sostenibilidad financiera del Sistema General de Seguridad Social en Salud; este decreto estableció los criterios para «la estructuración, operación y seguimiento del saneamiento definitivo de los recobros por concepto de servicios y tecnologías de salud no financiados con cargo a la UPC del Régimen contributivo» (López Casas, 2020).

En este sentido, el Gobierno ofreció un presupuesto, mediante endeudamiento, de 6,7 billones de pesos para pagar las deudas que el sistema tenía con el Régimen contributivo (unos 5,2 billones) y con el Régimen subsidiado (1,2 billones). Estas deudas corresponden a servicios de salud no cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud —hoy «Plan de Beneficios en Salud»—; estos servicios se prestaron a los afiliados de las EPS y, luego, estas los «recobraron» al sistema de salud (ACHC, 2020b).

El acuerdo de punto final comprende estrategias para lograr la conciliación y el saneamiento de la cartera entre los agentes del sistema de salud, el flujo necesario para pagar las deudas asociadas a los servicios y tecnologías en salud no financiados por la UPC, lograr cambios en las prácticas financieras del sector, promover el gasto eficiente, obtener una mayor estabilidad para los actores del SGSSS y prevenir una nueva acumulación de cuentas sin conciliar (Minsalud, 2021c).

Para lograr lo anterior, los ministerios de Hacienda y Crédito Público, el Ministerio de Salud y Protección Social y la ADRES hicieron, entre otras cosas, lo siguiente:

- establecieron el monto posible de la deuda nacional a partir de cruces de información con las EPS con mayores deudas;
- definieron, identificaron, valoraron y clasificaron las posibles deudas por servicios no PBS reconocibles y no reconocibles;
- definieron los instrumentos legales para el saneamiento (Plan Nacional de Desarrollo);
- desarrollaron mecanismos financieros para pagar y administrar la deuda Nacional;
- trabajaron en la definición de las metas, rutas y políticas requeridas para la racionalización del gasto eficiente y la optimización en el uso de los recursos, a través de los cuales se garantiza el aseguramiento en salud y la consecuente prestación eficiente de los servicios de salud.

En atención a lo anterior y para efectos de desarrollar las políticas públicas del acuerdo de punto final, se incluyeron las siguientes estrategias en la Ley del PND (Minsalud, 2021c): los artículos 237 y 238 contemplan medidas de reconocimiento y pago de obligaciones por concepto de los servicios y tecnologías no PBS y habilitaron fuentes para el pago de las deudas territoriales; el artículo 231 estableció que la Nación asumirá la competencia frente al pago de estos servicios y tecnologías en salud del Régimen subsidiado generadas a partir del 1.º de enero de 2020, para evitar la acumulación de deudas y que las entidades territoriales centren sus esfuerzos en lograr el saneamiento de la deuda acumulada de años anteriores; el artículo 233 estableció la distribución de los recursos del SGP incrementando el monto definido para la financiación el componente de aseguramiento en salud de los afiliados al Régimen Subsidiado, y el artículo 242 contempló nuevas medidas de control del gasto, conformó un grupo de expertos y una ruta para el diseño del acuerdo y estableció el cronograma de trabajo para su materialización.

⁹ Ley 1392 de 2010



El acuerdo de punto final rige para las deudas del Estado generadas antes del 25 de mayo de 2019, que, además, debe cumplir con requisitos como

- que la tecnología haya sido prescrita por un profesional de la salud;
- que haya sido ordenada por una acción de tutela;
- que exista factura del prestador, que la misma haya sido suministrada al paciente y que exista integralidad en la atención;
- no ser parte de recobros de procesos penales, fiscales o administrativos;
- que no haya caducado o prescrito la cuenta;
- que los servicios no estén excluidos de acuerdo a los lineamientos de la ley estatutaria en salud (López Casas, 2020).

Con respecto a la deuda (López Casas, 2020), las aseguradoras cuentan con líneas de trabajo para recuperar los recursos:

- en relación con las deudas muy antiguas, ya demandadas por las EPS, dichas aseguradoras pueden decidir entre presentar la cuenta ante el acuerdo o continuar en el proceso;
- deudas que ya agotaron el proceso administrativo ante el FOSYGA o la ADRES y que aún no han prescrito o caducado, las cuales, con seguridad, serían presentadas ante el acuerdo;
- deuda corriente, que corresponde a cuentas presentadas a partir de abril de 2018 y que aún no han sido auditadas. La deuda generada a partir de mayo 25 de 2019 hasta febrero de 2020 no hace parte del APF.

Para reclamar ante la ADRES, existen dos mecanismos: el recobro, en el cual la EPS le paga al prestador, proveedor u operador logístico la tecnología no incluida en el plan de beneficios y luego le solicita el reembolso a dicha administradora; el segundo es el cobro, que sucede cuando el proveedor suministra la tecnología, presenta la cuenta a la EPS y esta lo tramita ante la ADRES, que lo paga directamente al proveedor-prestador (López Casas, 2020).

Sin embargo, debido al poco avance del acuerdo en las aseguradoras del Régimen contributivo, la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC) le pidió al presidente Duque su intervención directa para materializar el Acuerdo, ordenando que cumplan con los mecanismos dispuestos para dicho saneamiento y que garanticen, así, el pago de la deuda a las IPS (ACHC, 2020b). Al respecto, aseguran que, según el cronograma diseñado por la ADRES, las EPS del contributivo ya debían haber facturado cerca de

3 billones de pesos, pero que solo hay radicadas cuentas por 170.000 millones y 20.000 millones aprobados.

Con respecto a las deudas corrientes, en un reciente informe sobre la cartera del sector salud de diciembre del 2019, la Supersalud concluyó que la brecha en la cartera entre las EPS y las IPS (hospitales y clínicas) es de 2,8 billones de pesos (Supersalud, 2020a). En ese sentido, mientras que en diciembre de 2019 las cuentas por cobrar de los hospitales bordearon los 18 billones de pesos, el reconocimiento de las aseguradoras fue de 16,8 billones.

Según el Ministerio de Salud, los pagos realizados ascendieron a \$1,2 billones en el sector, lo cual incluye el saldo de la liquidación de la extinta EPS Caprecom, la glosa transversal y la actualización del pago previo. Además, se avanzó en la liquidez sectorial desde la ADRES a través de incrementos en giros del 11% en recursos generales, 6% en el Régimen Contributivo, 14% en el Régimen Subsidiado y 33% en recobros (Minsalud, 2021c).

1.2.2.3.2 Presupuestos máximos

Los presupuestos máximos¹⁰ son el valor anual calculado que la ADRES transfiere a las EPS para que estas los gestionen y garanticen a sus afiliados los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la UPC en los componentes de medicamentos, alimentos para propósito médico especial, procedimientos y servicios complementarios. Los recursos aplican para entidades promotoras de salud de ambos regímenes y son objeto de seguimiento por parte de la ADRES.

Con los presupuestos máximos, se busca superar el mecanismo de recobros utilizado por las EPS respecto a servicios no UPC, que crecían de manera acelerada cada año (Minsalud, 2020f). Para evitar esto, el Ministerio entrega un presupuesto máximo a cada EPS, el cual es transferido de manera mensual con la UPC. Este busca cubrir y contratar todos los servicios y medicamentos que requieren los colombianos. Las EPS son las encargadas de gestionar y administrar estos recursos; los recobros se reservan únicamente para medicamentos clasificados como vitales no disponibles y para pacientes diagnosticados por primera vez con una enfermedad huérfana.

¹⁰ Minsalud, Resolución 586 de 2021.



Para determinar el valor del presupuesto máximo, el Ministerio realiza un ejercicio técnico basado en información histórica de los recobros, frecuencias de uso los servicios y tecnologías en salud entregadas, y fija un factor de crecimiento¹¹. Si bien estos valores son definidos, estos pueden modificarse o ajustarse por solicitud de revisión de las EPS o EOC. Es así como, con Resolución 2459 de 2020, el Ministerio de Salud y Protección Social ajustó los valores definidos como presupuestos máximos para algunas EPS del país, ante lo cual presentó los valores que debían girarse durante 2020, con plazo máximo del 31 de diciembre.

1.2.2.3.3 Unidad de pago por capitación (UPC)

La UPC es la unidad de pago por capitación que se paga a las EPS por cada uno de sus afiliados. Para calcularla, el Ministerio elabora un estudio de suficiencia y de los mecanismos de ajuste del riesgo para determinar los recursos que garanticen la financiación de las tecnologías en salud y servicios durante cada año, lo que le permite determinar la suficiencia de la UPC en los dos regímenes y determinar los porcentajes diferenciales para las zonas de UPC¹². Para hacerlo, entre otros, se tienen en cuenta aspectos como información reportada por las EPS correspondiente a la vigencia anterior a través de la plataforma PISIS, donde se conforma una base final de servicios prestados, a los cuales se les realiza análisis técnicos actuariales; información disponible con respecto a los cambios en la estructura demográfica de la población relevante, perfil epidemiológico, la tecnología disponible en el país y las condiciones financieras del Sistema para la protección integral de las familias, la maternidad y la enfermedad general en las fases de promoción y fomento de la salud, y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad.

El valor de la UPC calculado para el año 2020¹³, para el Régimen contributivo, fue de \$892.591,20, que correspondía a un valor diario de \$2.479,42, y de \$981.849,60 para los municipios y departamentos con dispersión geográfica, que correspondía a una prima adicional del 10%. Para garantizar el reconocimiento y pago de incapacidades por enfermedad general de origen común, incluido el pago de las incapacidades superiores a 540 días, se fijó el 0,38% del Ingreso Base de Cotización, valor que incluyó lo correspondiente a los aportes de los trabajadores independientes que debió asumir

la EPS. Las licencias de maternidad y paternidad se pagaron con recursos de la ADRES.

Para el Régimen subsidiado, el valor de la UPC fue de \$829.526,40, con un valor diario de \$2.304,24 y una prima adicional por dispersión geográfica del 11,47%, que correspondía a \$924.674,40, con un valor diario de \$2.568,54.

Con Resolución 2503 de 2020, se fijó el valor de la UPC para el año 2021 y los incrementos por progresividad de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud: la UPC del Régimen contributivo quedó en \$932.826, y la del Régimen subsidiado, en \$872.496, con un incremento del 5,18%.

1.2.2.3.4 Flujo de recursos

Con el fin de garantizar el flujo de recursos en el sector salud y de suplir las necesidades del sistema de salud durante la emergencia sanitaria, el Gobierno nacional realizó una serie de adiciones y modificaciones a leyes ya existentes. En este sentido, emitió el Decreto Legislativo 800 del 4 de junio del 2020, que tiene por objeto adoptar medidas para el flujo de recursos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y mantener la afiliación a este de las personas que hayan perdido su capacidad de pago (Minsalud, 2020g).

Al respecto, se adicionó un párrafo al artículo 237 de la ley 1955 del 2019, con el fin de que las entidades recobrantes y la ADRES pudieran suscribir acuerdos de pago parcial para el reconocimiento anticipado del 25% del valor de las solicitudes de recobro, el cual sería girado directamente a los prestadores y proveedores —reportados previamente por las entidades recobrantes—, para que estos priorizarán el pago de salarios, prestaciones económicas y demás obligaciones contractuales al personal médico, asistencial y de apoyo.

Con respecto a los excedentes de la cuenta maestra del Régimen subsidiado de salud, se podían usar en el saneamiento de las deudas con prestadores de las EPS en las que tienen participación las entidades territoriales, para la permanencia de la EPS mixta, así como en el pago de los servicios prestados por concepto de urgencias a la población migrante regular no afiliada o irregular.

Asimismo, se adicionó un párrafo al artículo 60 de la Ley 715 de 2015, para que los recursos de las cuentas cedidas —destinados al funcionamiento de las secretarías de salud— se utilizaran en el pago de las atenciones de salud de la población

¹¹ Minsalud, Resoluciones 205 y 206 de 2020.

¹² Minsalud, Resolución 2503 de 2020.

¹³ Minsalud, Resolución 3513 de 2019.



pobre no asegurada y para el pago de los servicios prestados por concepto de urgencias a la población migrante regular no afiliada o irregular.

Por otro lado, a través del párrafo adicionado al artículo 16 de la Ley 1816 de 2016, estableció que las entidades territoriales podrán destinar los recursos destinados a salud para el pago de los servicios que se hayan prestado o se presten por concepto de urgencias a la población migrante regular no afiliada o irregular.

Para garantizar la disponibilidad de los servicios de UCI y de unidades de cuidado intermedio, la ADRES podría hacer anticipos del valor de la canasta a las IPS públicas y privadas que tengan estos servicios habilitados; las entidades que operan el SOAT debían transferir a la ADRES los recursos generados por la diferencia entre los supuestos base de cálculo de la prima y el riesgo efectivamente corrido por la entidad desde el inicio del aislamiento preventivo obligatorio hasta el 25 de mayo de 2020.

1.2.2.3.5 Tecnologías no UPC

Con Decreto 1810 del 31 de diciembre de 2020, el Gobierno nacional modificó el Decreto 521 del 2020, e incluyó otras tecnologías y servicios excluidos dentro del plan de saneamiento de las finanzas del sistema de salud. Al respecto, el documento señala que la ADRES reconocerá como deudas del sector salud los recobros ordenados por fallos de tutela en los que se ordenen servicios excluidos o servicios sociales complementarios.

Para proceder a reconocer y pagar los servicios y tecnologías en salud no UPC, la ADRES debe adelantar un proceso de auditoría que permita verificar que estos cumplan con los siguientes requisitos¹⁴: que hayan sido prescritos a quien le asistía el derecho; que no fueran financiados con los recursos de la UPC para la fecha de su prestación; que se deriven de la prescripción de un profesional de la salud o del cumplimiento de una orden judicial; que hayan sido facturados por un prestador o proveedor de servicios y tecnologías de salud; que hayan sido suministrados al usuario, y que hayan sido prestados antes del 25 de mayo de 2019, entre otros.

1.3 Criterios jurisprudenciales en salud

En esta sección se relacionan los principales criterios emitidos por la Corte Constitucional durante el año 2020 en temas que, en su mayoría, a pesar de estar regulados en normas, siguen generando vulneración del derecho fundamental a la salud, por lo que son motivo frecuente de protección a través de la acción de tutela.

1.3.1 Derecho al diagnóstico¹⁵

El derecho al diagnóstico consiste en la garantía que tiene todo paciente a exigir a las entidades prestadoras de salud la realización de exámenes, imágenes diagnósticas, procedimientos y demás que sean necesarios para establecer su afectación y para que, de esa forma, el profesional de la salud cuente con la información necesaria para tratar la patología y lograr la recuperación o estabilizar el estado de salud del afectado.

Cuando se afecta este derecho, la Corte Constitucional ha establecido que la EPS está en la obligación de valorar nuevamente al usuario, para que así se determinen los procedimientos médicos necesarios que logren establecer el verdadero estado de salud del paciente y su consecuente atención médica.

1.3.2 El principio de integralidad en salud y el tratamiento integral¹⁶

El principio de integralidad se estableció tanto en la Ley 100 de 1993, artículo 2, como en la ley estatutaria en salud, artículo 8. La primera norma lo establece como «la cobertura de todas las contingencias que afectan la salud, la capacidad económica y en general las condiciones de vida de toda la población»; la segunda especifica que «los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud», entendiendo que, cuando haya duda respecto a si un servicio o tecnología se encuentra incluido o no en el PBS, debe entenderse que sí está incluida, en virtud de este principio, que comprende lo esencial para lograr el objetivo

¹⁴ Minsalud, Decreto 521 de 2020.

¹⁵ Corte Constitucional, Sentencia T-512 de 2020.

¹⁶ Corte Constitucional, Sentencia T-513 de 2020.



médico con relación a la patología diagnosticada, para que así se garantice que la persona reciba atención completa en salud.

Esta integralidad no solo se limita a garantizar los servicios necesarios para superar las dificultades físicas y mentales, sino también para lograr su recuperación o para procurarle una existencia digna a través de la mitigación de sus dolencias. En este sentido, la Corte Constitucional ha reiterado que, en virtud del principio de integralidad, las entidades deben autorizar, practicar y entregar sin fraccionamiento todas las tecnologías en salud que el profesional médico considere indispensables para tratar la patología del paciente.

El tratamiento integral, de otra parte, supone la atención «interrumpida, completa, diligente, oportuna y con calidad» del usuario¹⁷, lo que implica que el servicio de salud abarque de manera permanente la totalidad de las tecnologías en salud que el profesional tratante determine como necesarias para la recuperación o mantenimiento de la salud del paciente. Por tal motivo, para que el juez ordene el tratamiento integral, debe verificar la negligencia de la aseguradora en el cumplimiento de sus deberes y constatar que se trata de un sujeto de especial protección constitucional o que sus condiciones en salud son «extremadamente precarias»¹⁸.

El principio de integralidad es un mandato dirigido a todas las actuaciones de las EAPB. El tratamiento integral es una orden emitida por un juez constitucional ante la negligencia de dichas entidades para asegurar la atención en salud a personas cuyas especiales condiciones de salud requieran de protección reforzada, ante la reiterada negligencia de las aseguradoras.

1.3.3 La continuidad en el derecho a la salud¹⁹

El principio de continuidad se consagró en la Ley 100 de 1993, artículo 153, dentro de los principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que les otorga protección a los afiliados con respecto a la garantía de su atención en salud y que, al ser un principio, debía asegurar actuaciones de todas las instituciones y autoridades del sector de la salud.

Durante el desarrollo jurisprudencial, la Corte Constitucional²⁰ ha considerado que este principio se da en conexión con los principios de efectividad, eficiencia y buena fe, que constituyen el fundamento sobre el cual se construye la confianza legítima, esto es, la garantía que tiene la persona de la no suspensión de su tratamiento una vez iniciado.

Con la expedición de la Ley Estatutaria de Salud, este principio se estableció en el artículo 6, literal d: «Las personas tienen derecho a recibir los servicios de salud de manera continua. Una vez la provisión de un servicio ha sido iniciada, este no podrá ser interrumpido por razones administrativas o económicas».

Dicha corporación ha establecido en diversos pronunciamientos, parámetros que deben aplicarse para el cumplimiento de este principio:

i) las prestaciones en salud, como servicio público esencial, deben ofrecerse de manera eficaz, regular, continua y de calidad; ii) las entidades que tienen a su cargo la prestación de este servicio deben abstenerse de realizar actuaciones y de omitir las obligaciones que supongan la interrupción injustificada de los tratamientos; iii) los conflictos contractuales o administrativos que se susciten con otras entidades o al interior de la empresa no constituyen justa causa para impedir el acceso de sus afiliados a la continuidad y finalización óptima de los procedimientos ya iniciados²¹.

Según la Corte Constitucional, la importancia de este principio radica en que permite amparar el inicio, desarrollo y terminación de los tratamientos médicos, lo que se ajusta al criterio de integralidad en la prestación²². Así, se puede limitar la discrecionalidad que tienen las EPS para realizar traslados entre IPS o en la cancelación de contratos con alguna entidad dentro de su red de prestadores, al exigir que se garantice la terminación de los tratamientos en curso.

En el caso de traslados de IPS, la jurisprudencia de la Corte²³ ha establecido que el usuario tiene el derecho de escoger la institución que le preste los servicios en salud que requiere únicamente dentro de la red de prestadores que le ofrece su aseguradora, con excepción de cuando se trate de una urgencia, cuando haya autorización expresa de la EPS para

17 Corte Constitucional, Sentencia T-275 de 2020.

18 Corte Constitucional, Sentencia T-259 de 2019.

19 Corte Constitucional, Sentencia T-413 de 2020.

20 Corte Constitucional, Sentencia T-573 de 2005.

21 Corte Constitucional, Sentencia T-1198 de 2003; Corte Constitucional, T-454 de 2008; Corte Constitucional, T-124 de 2016.

22 Corte Constitucional, Sentencia T-092 de 2018.

23 Corte Constitucional, Sentencia T-481 de 2016.



que la atención se brinde en una IPS sin convenio y cuando se demuestre la negligencia o incapacidad de la IPS en la atención de los usuarios²⁴.

Sin embargo, la libertad de las EPS de elegir las IPS también se encuentra limitada en el sentido de que debe garantizar la calidad del servicio, y es por ello por lo que no pueden adoptar de forma intempestiva inconsulta e injustificada dichas decisiones, especialmente cuando estén en curso tratamientos de usuarios. Además, debe acreditar que la nueva institución esté en capacidad de suministrar la atención requerida, que no desmejorará el nivel de calidad. También debe mantener o mejorar las cláusulas iniciales de calidad del servicio prometido²⁵.

En conclusión, el principio de continuidad implica que «i) las razones de carácter meramente administrativo o económico no son justificación suficiente para interrumpir un tratamiento en curso en determinada IPS; ii) los conflictos contractuales entre la EPS y la IPS o internos en cada una de estas no son justa causa para impedir el desarrollo de los tratamientos con continuidad; iii) el traslado de IPS está justificado cuando se preservan las condiciones de calidad y no está en curso un tratamiento específico del cual depende la vida o integridad de la persona y otra entidad ha asumido el servicio»²⁶.

1.3.4 Derecho a la salud de extranjeros con permanencia irregular en Colombia²⁷

La Corte Constitucional, en sentencia T-197 de 2019, ha señalado que, por regla general y en virtud del principio de solidaridad, todos los extranjeros migrantes —incluidos los irregulares— tienen derecho a recibir atención básica y de urgencias en el territorio nacional: «se trata de un contenido mínimo esencial del derecho a la salud», que busca comprender que toda persona que se encuentre en Colombia tenga derecho a un mínimo vital con respecto a su dignidad humana, es decir, el derecho a recibir una atención mínima por parte del Estado en casos de urgencia.

Al respecto, dicha corporación señala que la Ley 1815 de 2016, art. 57, asignó una partida presupuestal para financiar la atención inicial de urgencias a los nacionales de los países fronterizos, independientemente de su estatus migratorio, con cargo a las entidades territoriales y en subsidio a la Nación, hasta que la persona se afilie al Sistema. Asimismo, el Decreto 866 de 2017, artículo 2.9.2.6.3, estableció que las entidades territoriales pueden utilizar los recursos excedentes de la subcuenta de eventos catastróficos y accidentes de tránsitos (ECAT)) cuando corresponde a la atención inicial de urgencias, la persona no cuente con subsidio en salud (Ley 1438 de 2011, art. 32), no cuente con seguro que cubra el costo de la atención, no tenga capacidad de pago, sea nacional de un país fronterizo y cuando la atención haya sido brindada en la red pública hospitalaria del departamento.

La Corte también ha revisado casos como el de las maternas²⁸ y el de personas con patologías de alto costo²⁹. En el primer caso ha determinado que la atención en salud, con base en los principios de eficiencia, solidaridad y universalidad, va más allá de la urgencia, por lo que se debe garantizar a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. En el segundo caso, por ser servicios ambulatorios que demandan la autorización de las entidades territoriales, reiteró que la atención de urgencias puede llegar a incluir el tratamiento de enfermedades catastróficas como el cáncer cuando el médico tratante lo solicite como urgente e indispensable y argumente que retrasarlo pondría en riesgo la vida de la persona.

Por lo anterior, sin desconocer la obligación de los extranjeros de regularizar su situación migratoria en el territorio nacional, los extranjeros irregulares tienen derecho a la atención inicial de urgencias, en virtud del principio de solidaridad, hasta que la persona sea afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Este debe poner «todos los medios necesarios y disponibles para estabilizar la situación de salud del paciente, preservar su vida y atender sus necesidades básicas»³⁰.

24 Corte Constitucional, Sentencia T-603 de 2010; Corte Constitucional, T-745 de 2013; Corte Constitucional, T-171 de 2015.

25 Corte Constitucional, Sentencia T-413 de 2020.

26 Corte Constitucional, Sentencia T-413 de 2020.

27 Corte Constitucional, Sentencia T-529 de 2020.

28 Corte Constitucional, Sentencia SU-677 de 2017.

29 Corte Constitucional, Sentencias T-210 de 2018; Corte Constitucional, Sentencia T-348 de 2018; Corte Constitucional, Sentencia T-074 de 2019; Corte Constitucional, Sentencia T-197 de 2019; Corte Constitucional, Sentencia T-298 de 2019; Corte Constitucional, Sentencia T-452 de 2019.

30 Corte Constitucional, Sentencia T-529 de 2020.



1.3.5 Garantía de tratamientos de reproducción asistida³¹

La Corte Constitucional, en relación con la garantía de tratamientos de reproducción asistida, ha acogido varias posturas jurisprudenciales. En este sentido, algunas de sus salas han negado su reconocimiento cuando la finalidad principal ha sido la de facilitar la capacidad reproductiva de los pacientes; las salas de revisión han amparado los derechos fundamentales y han autorizado su realización, desde la perspectiva de los derechos al libre desarrollo de la personalidad, a la igualdad y no discriminación y a conformar una familia, así como de los derechos reproductivos³².

Entre las decisiones de las salas de revisión, se han adoptado dos posturas. La primera ha admitido la garantía de los tratamientos de fertilidad cuando se busca preservar el principio de continuidad en la prestación del servicio de salud; cuando de la práctica del procedimiento de fertilidad dependen los derechos fundamentales a la vida, la salud y la integridad personal del paciente; cuando en la práctica de exámenes o procedimientos diagnósticos se ha precisado una condición de salud asociada a la infertilidad para el suministro de medicamentos, o cuando la infertilidad es un síntoma o consecuencia de otro tipo de patologías. La segunda, cuando se concluye que la imposibilidad de acceder al tratamiento resulta en una vulneración de los derechos reproductivos.

En relación con los tratamientos de fertilización *in vitro*, las salas de revisión, hasta el 2015, negaban su autorización salvo cuando el propósito era la garantía de continuidad en la prestación del servicio de salud. A partir de 2015, con la Sentencia T-274 de 2015, se empiezan a autorizar con base en la posible afectación de otros derechos fundamentales (libertad, vida privada y familiar, libre desarrollo de la personalidad, igualdad y derechos reproductivos), pero exige a los accionantes un aporte económico para contribuir a la financiación de dichos tratamientos.

La jurisprudencia de la Corte Constitucional entiende los derechos reproductivos como derechos fundamentales. Por esto, son exigibles a través de la acción de tutela, ya que reconocen y protegen dos aspectos fundamentales: la autodeterminación reproductiva, que implica la facultad de

decidir libremente sobre la posibilidad de procrear o no, y el acceso a servicios de salud reproductiva³³.

Al respecto, la Corte Constitucional considera que la exclusión sin excepciones de la garantía de acceso a los tratamientos de fertilización *in vitro* genera un déficit de protección para las personas y parejas diagnosticadas con infertilidad que no cuenten con capacidad de pago para acceder a técnicas científicas, en atención a que obstaculiza su proyecto de vida, afecta sus derechos reproductivos (autonomía reproductiva, libre desarrollo de la personalidad, vida privada y familiar y conformación de una familia) y amenaza su derecho a la salud (bienestar psicológico)³⁴.

Asimismo, de acuerdo con lo señalado en la Ley 1953 de 2019 y en la Sentencia C-093 de 2018, el acceso a los tratamientos de reproducción asistida con cargo a recursos públicos no puede considerarse como la regla general, ya que, al no estar cubierta por la UPC, está sujeta a requisitos como edad, condición de salud de la pareja infértil, números de ciclos de baja o alta complejidad que deban realizarse conforme a la pertinencia médica y condición de salud, capacidad económica de la pareja, frecuencia y tipo de infertilidad³⁵. Estos tratamientos se otorgan como mecanismo de protección individual.

En relación con su financiamiento, la Corte Constitucional ha reconocido que, al ser los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) limitados, no existe la obligación de asumir la totalidad de la oferta de servicios relacionados con prestaciones de salud, que deben responder a criterios de necesidad y prioridades de salud. Al financiar completamente los tratamientos de fertilización *in vitro*, se generaría un impacto significativo en la sostenibilidad financiera del sistema, comprometería su viabilidad, así como la garantía de los principios de universalidad, eficiencia y solidaridad; además, iría en contravía de la Ley 1953 de 2019 y la Sentencia C-093 de 2018. Por tal motivo, dicha corporación advirtió que su financiamiento debe ser parcial y en circunstancias excepcionales como las mencionadas (riesgo inminente de derechos fundamentales cuando carecen de capacidad económica, orden de médico tratante y agotamiento de otros procedimientos y alternativas de tratamiento)³⁶.

31 Corte Constitucional, Sentencia SU-074 de 2020.

32 Corte Constitucional, Sentencia SU-074 de 2020.

33 Corte Constitucional, Sentencia T-732 de 2009; Corte Constitucional, Sentencia C-327 de 2016.

34 Corte Constitucional, Sentencia SU-074 de 2020.

35 Ley 1953 de 2019, artículo 4.

36 Corte Constitucional, Sentencia SU-074 de 2020.



En conclusión, para que una pareja pueda acceder al financiamiento parcial del tratamiento de reproducción asistida, debe contar con concepto favorable del médico especialista adscrito a la EPS o de un grupo de especialistas cuando la orden es de médico particular; la ADRES deberá recibir la solicitud y verificar el cumplimiento de los requisitos de capacidad económica y la vulneración de los derechos fundamentales; y el concepto que la ADRES debe remitir a la EPS para que esta practique el procedimiento de fertilización in vitro, a través de los médicos de su red de prestadores o mediante convenios.

1.3.6 Protección constitucional a pacientes con patologías catastróficas³⁷

Para el caso de personas que sufren de una enfermedad ruinosa o catastrófica, por disposición constitucional y desarrollo legal³⁸, cuentan con protección especial en su derecho a acceder a los servicios de salud. Esto es más relevante cuando son personas en situación de debilidad manifiesta.

Las EAPB, además de tener la obligación de garantizar de forma oportuna y eficiente las tecnologías en salud requeridas por los usuarios, también deben adoptar medidas para que se eliminen las barreras injustificadas que impidan su acceso, ya sea por circunstancias físicas o económicas, pues, de lo contrario, se vulnerarían los derechos a la salud, vida digna e integridad del paciente.

1.3.7 Servicios y tecnologías en salud incluidos, no incluidos expresamente y excluidos de financiamiento con recursos públicos³⁹

La ley estatutaria en salud (1751 de 2015), en su artículo 15, estableció la obligación de que el Sistema General de Seguridad Social en Salud garantice el derecho fundamental a la salud a través de «la prestación de servicios y tecnologías estructurados sobre una concepción integral de la salud». Se incluye toda tecnología en salud a menos que esté expresamente excluida.

Para regular esta ley, el Ministerio de Salud ha proferido diferentes resoluciones para actualizar el plan de beneficios en salud con cargo a la unidad de pago por capitación (PBSUPC); para establecer el procedimiento de prescripción y pago de servicios y tecnologías no cubiertas por el PBSUPC, y para adoptar el listado de servicios y tecnologías excluidos de financiación con los recursos públicos de salud. Esto se traduce en tres posibilidades sobre servicios y tecnologías en salud: que se encuentren incluidos en el PBS, que no estén expresamente incluidos en el PBS (autorizados por recobro) y que estén expresamente excluidos del PBS.

Si, como en el primer caso los servicios y tecnologías en salud se incluyen en el PBS, los cubre la UPC; si, como en el segundo caso, no se incluyen expresamente en el PBS, pueden usar la plataforma Mi Prescripción (MIPRES) y seguir el procedimiento de recobro ante la administradora de los recursos del sistema general de seguridad social en salud (ADRES), según lo regula la Resolución 1885 de 2018; si, como en el tercer caso, están expresamente excluidos del PBS, no los cubren los recursos públicos.

Con respecto a la autorización de servicios no incluidos expresamente en el PBS, la Corte Constitucional en reiteradas jurisprudencias ha establecido que el juez de tutela puede autorizarlos cuando

i) La falta del servicio médico vulnera o amenaza los derechos a la vida o a la integridad personal de quien lo requiere; ii) el servicio no puede ser sustituido por otro que se encuentre incluido en el PBS; iii) ni el interesado ni su núcleo familiar pueden costear las sumas que la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio se encuentra autorizada a cobrar y no pueden acceder al servicio por otro plan distinto que lo beneficie; (iv) el servicio médico ha sido ordenado por un médico adscrito a la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio a quien lo solicita, o se puede deducir razonablemente que la persona requiere dicho servicio.⁴⁰

³⁷ Corte Constitucional, Sentencia T-012 de 2020.

³⁸ Ley 100 de 1993; Resolución 5261 de 1994; Ley 972 de 2005; ley estatutaria en salud [entre otras].

³⁹ Corte Constitucional, Sentencia T-245 de 2020.

⁴⁰ Corte Constitucional, Sentencia T-491 de 2018.



En relación con el tercer caso, los expresamente excluidos, dicha corporación también ha establecido que un juez de tutela tiene la facultad de inaplicar las normas que regulan las exclusiones cuando

*a. la ausencia del fármaco o procedimiento médico lleve a la amenaza o vulneración de los derechos a la vida o la integridad física del paciente, bien sea porque se pone en riesgo su existencia o se ocasione un deterioro del estado de salud que impida que esta se desarrolle en condiciones dignas; b. no exista dentro del plan obligatorio de salud otro medicamento o tratamiento que supla al excluido con el mismo nivel de efectividad para garantizar el mínimo vital del afiliado o beneficiario; c. el paciente carezca de los recursos económicos suficientes para sufragar el costo del fármaco o procedimiento y carezca de posibilidad alguna de lograr su suministro a través de planes complementarios de salud, medicina prepagada o programas de atención suministrados por algunos empleadores; d. el medicamento o tratamiento excluido del plan obligatorio haya sido ordenado por el médico tratante del afiliado o beneficiario, profesional que debe estar adscrito a la entidad prestadora de salud a la que se solicita el suministro.*⁴¹

Sin embargo, la Corte Constitucional también ha establecido que el juez de tutela debe considerar al momento de inaplicar una exclusión que no es suficiente la orden del médico tratante adscrito a la EPS, ya que además se requiere el cumplimiento de los requisitos establecidos en la Sentencia C-313 de 2014, y que la orden médica es relevante para establecer objetivamente si la tecnología excluida es pertinente para el tratamiento que requiere el paciente⁴².

Por lo anterior y en atención a estos casos, el análisis que realiza el juez de tutela para ordenar o no de manera excepcional la tecnología requerida por el usuario es fundamental, ya que no hay una norma que regule el procedimiento judicial o administrativo con la cual sea posible requerir el suministro de lo excluido, por lo que el juez puede llegar al convencimiento de que la persona, en atención a sus necesidades y enfermedades que padece, lo requiere⁴³.

1.3.8 Diferencia entre el servicio de enfermería y el cuidador primario

La Resolución 3512 de 2019 define la atención domiciliaria como «modalidad extramural de prestación de servicios de salud extrahospitalaria que busca brindar una solución a los problemas de salud en el domicilio o residencia y que cuenta con el apoyo de profesionales, técnicos o auxiliares del área de la salud y la participación de la familia». En concordancia con ello, el artículo 26 de la misma resolución establece que, al ser una alternativa a la atención hospitalaria institucional, se encuentra financiada por la UPC cuando el profesional de la salud así lo determine.

La Corte Constitucional⁴⁴ ha establecido que la enfermera, como profesional de la salud, no debe asumir la carga que, en virtud del principio de la solidaridad, le corresponde asumir a los familiares, por lo que, para que esta prestación sea brindada, es necesario que se verifiquen las actividades que adelantaría la profesional, las cuales tienen que estar en función de atender los problemas de salud del paciente, es decir, el servicio debe contar con un componente especializado.

En cuanto al cuidador, dicha corporación lo ha diferenciado del servicio de enfermería en que este implica un apoyo físico y emocional para personas en condición de dependencia para que puedan seguir con actividades básicas que su condición de salud impide. No es necesario que un cuidador cuente con conocimientos calificados, por lo que es exigible que lo sean sus familiares, en primer lugar, a raíz de los lazos de afecto que los unen y de las obligaciones que el principio de solidaridad impone a quienes tienen estos vínculos.

De acuerdo con lo anterior, el servicio de enfermería debe estar incluido en el Plan de Beneficios en Salud. Siempre que exista una orden médica que determine su necesidad, lo financiará la UPC, por ser un servicio de salud que requiere un profesional, en tanto que el cuidador cumple funciones consideradas ajenas a los servicios de salud, razón por la que, en principio, no está financiado. Sin embargo, la Corte Constitucional ha establecido que se constituye una obligación que debe ser asumida por el Estado cuando los familiares de un paciente que requiere cuidados permanentes no tienen la capacidad física ni económica para brindarlos⁴⁵.

41 Corte Constitucional, Sentencia C-313 de 2014.

42 Corte Constitucional, Sentencia T-364 de 2019; Corte Constitucional, Sentencia T-491 de 2018.

43 Corte Constitucional, Sentencias T-760 de 2008; Corte Constitucional, Sentencia T-014 de 2017; Corte Constitucional, Sentencia T-314 de 2017.

44 Corte Constitucional, Sentencia T-475 de 2020.

45 Corte Constitucional, Sentencia T-423 de 2019.



1.3.9 Servicio de transporte⁴⁶

El servicio de transporte hace parte de las prestaciones que el sistema de salud debe proporcionar en virtud del principio de integralidad, ya que garantiza el acceso a la atención en salud. De no hacerlo, vulnera los derechos fundamentales de la persona que lo necesita⁴⁷.

La Corte Constitucional, en reiteradas sentencias, ha establecido que las aseguradoras tienen la obligación de prestar los servicios en salud a través de su red prestadora y en el lugar de residencia de sus afiliados, de tal manera que no tengan que desplazarse a otros municipios. Si esto no se cumple, deben cubrirles el servicio de transporte con los recursos de la UPC, porque se presume que existe la posibilidad de hacerlo. Hay una excepción para lo anterior: aquellos municipios que, debido a su dispersión geográfica y a la densidad geográfica, se les ha reconocido una UPC diferencial para sufragar los costos adicionales en la prestación de servicios como el transporte.

De acuerdo con lo anterior, se aplican dos subreglas: en los territorios donde se destine la prima adicional por dispersión geográfica, los gastos de transporte se cubrirán con cargo a ese rubro; en los lugares en los que este concepto no se reconozca, se pagarán con cargo a la UPC básica⁴⁸.

Ahora, en relación con la prestación del servicio dentro de una misma ciudad, por regla general, es obligación de las EPS garantizar el transporte cuando

i) el usuario o su núcleo familiar carecen de la capacidad económica para sufragar el gasto y ii) que la prestación del servicio es necesaria para asegurar la atención en salud»; y, para el caso del cubrimiento del transporte para el acompañante, también procede cuando: «i) el paciente sea dependiente; ii) requiera atención permanente para atender sus necesidades y; iii) se carezca de los recursos para financiar el transporte.»⁴⁹

Así las cosas, si el servicio de transporte no está incluido en el PBS y los usuarios no tienen cobertura por la UPC, las aseguradoras deben iniciar el trámite establecido en la Resolución 1885 de 2018 (Mipres).

⁴⁶ Corte Constitucional, Sentencia T-513 de 2020.

⁴⁷ Ley estatutaria de salud, artículo 6.

⁴⁸ Corte Constitucional, Sentencia T-259 de 2019.

⁴⁹ Corte Constitucional, Sentencia T-513 de 2020.



1.3.10 El régimen de exoneración de cuotas moderadoras y copagos⁵⁰

Para la Corte Constitucional, la exoneración de copagos y cuotas moderadoras, además de darse en los casos reglados por las normas legales⁵¹, también puede otorgarse cuando la asequibilidad del cobro de las cuotas moderadoras les impida a las personas acceder a los servicios de salud. En este caso, dicha corporación ha sido clara en que no se le puede exigir pago al usuario; en que deben cubrirla las aseguradoras cuando la persona que necesita el servicio médico carezca de capacidad económica para asumir el valor de la cuota moderadora, y en que, cuando el paciente requiera un servicio médico, pero aun con la capacidad económica para asumirlo tiene dificultades para hacerlo⁵², le corresponde a la EPS garantizar la atención y, si es el caso, brindar oportunidades y formas de pago.

En relación con las enfermedades huérfanas⁵³, la jurisprudencia constitucional ha concluido que toda persona que padezca una enfermedad calificada de alto costo —en las que se incluye las enfermedades denominadas como *huérfanas*— adquiere el estatus de sujeto de especial protección constitucional y está eximida de la obligación de realizar el aporte de copagos, cuotas moderadoras o cuotas de recuperación, independientemente del régimen al cual se encuentre afiliada.

Lo anterior, además, se funda en el Acuerdo 260 de 2004, artículos 6 y 7, que determina como excepciones que el usuario se someta a prescripciones regulares de un programa especial de atención integral y cuando sea diagnosticado con una enfermedad catastrófica o de alto costo. Adicionalmente, el Decreto 1954 de 2012, artículo 4, establece un reporte inicial de los datos del censo de pacientes con enfermedades huérfanas a la Cuenta de Alto Costo, lo que implica que dichas enfermedades hayan sido reconocidas por la regulación del sistema de salud como enfermedades de alto costo. En este sentido, sentencias como la T-399 de 2017 han concluido que la inclusión de las enfermedades huérfanas a la mencionada cuenta implica su reconocimiento en el marco legal vigente como enfermedades de alto costo.

1.3.11 Procedencia excepcional de la acción de tutela para resolver

⁵⁰ Corte Constitucional, Sentencia T-513 de 2020.

⁵¹ Acuerdo 260 de 2004, art 7; Ley 1306 de 2009, artículo 12; Ley 1388 de 2010, artículo 4; Ley 1412 de 2010, artículos 2 y 3; Ley 1438 de 2011, artículos 18, 19 y 54; Ley 1448 de 2011, artículo 3; Ley 1618 de 2013, artículo 9 [entre otros].

⁵² Corte Constitucional, Sentencia T-513 de 2020.

⁵³ Corte Constitucional, Sentencia T-245 de 2020.

controversias contractuales en planes adicionales de salud⁵⁴

Para que proceda la acción de tutela en el caso de controversias contractuales sobre planes adicionales de salud, debido a su naturaleza subsidiaria, es necesario que el interesado haya agotado los medios de defensa judicial establecidos, a menos que estos no sean idóneos o eficaces, o que la invoque de manera transitoria para prevenir un perjuicio irremediable, en cuyo caso dicha protección iría hasta que el juez natural adopte una decisión.

Los medios «[son idóneos] cuando [son] materialmente apt[os] para producir el efecto protector de los derechos fundamentales»; efectivos, «cuando está[n] diseñad[os] para brindar una protección oportuna a los derechos amenazados o vulnerados»⁵⁵.

En principio, dichas controversias deben resolverse según las normas civiles y comerciales, debido a que al Estado no le corresponde la satisfacción de la atención complementaria en salud que ofrezcan este tipo de planes. La tutela procede excepcionalmente cuando se trata de personas jurídicas privadas que participan en la prestación del servicio público de salud, los usuarios se encuentran en estado de indefensión, cuando existen contratos considerados de adhesión (cláusulas redactadas por las empresas poco discutidas con el usuario) y cuando la vía ordinaria no es idónea ni eficaz⁵⁶.

La jurisprudencia constitucional, con el propósito de salvaguardar el derecho a la salud de los usuarios de planes adicionales de salud, ha establecido que los contratos no pueden celebrarse ni renovarse con personas no afiliadas al plan de beneficios; que deben darse bajo los principios de buena fe y confianza mutua, y que son válidas las preexistencias únicamente cuando estas se sean enunciadas en las cláusulas o en sus anexos —no son oponibles al usuario cuando son generales o imprecisas—⁵⁷.

Asimismo, las empresas, antes de firmar los contratos, deben realizar exámenes médicos para detectar las preexistencias y determinar las exclusiones expresas. Así, el usuario puede determinar si continúa o no con el proceso. Además, las empresas deben cumplir con todas las cláusulas del contrato y ser diligentes en la prestación de la atención médica requerida; no pueden modificar unilateralmente el contrato durante su ejecución ni pueden trasladar a la EPS la responsabilidad en la atención médica de las enfermedades cubiertas en el contrato.

⁵⁴ Corte Constitucional, Sentencia T-274 de 2020.

⁵⁵ Corte Constitucional, Sentencia T-313 de 2017.

⁵⁶ Corte Constitucional, Sentencia T-274 de 2020.

⁵⁷ Corte Constitucional, Sentencia T-591 de 2009.

2. Aspectos metodológicos

2.1 Objetivos

2.1.1 Objetivo general

- Formular recomendaciones a partir del análisis del comportamiento de las tutelas interpuestas en Colombia durante el año 2020 para incidir en la garantía del goce efectivo de los derechos a la salud y a la seguridad social.

2.1.2 Objetivos específicos

- Cuantificar las tutelas interpuestas y los derechos más invocados, la relación de estos con los derechos a la salud y la seguridad social, y su tendencia.
- Señalar la orientación judicial de las decisiones en primera instancia tanto de las tutelas en general como de los derechos a la salud y a la seguridad social.
- Identificar las entidades territoriales del país donde se interponen las tutelas en general y en los derechos a la salud y la seguridad social.
- Determinar las entidades contra las cuales se interpone el mayor número de tutelas en general por violaciones a los derechos a la salud y la seguridad social.
- Determinar el tipo de entidades contra las cuales se interpone el mayor número de tutelas por violaciones a los derechos a la salud y a la seguridad social.
- Identificar los contenidos más frecuentes de las tutelas que invocan los derechos a la salud y a la seguridad social, lo que incluye las variables de mayor relevancia, como diagnósticos, contenidos del PBS, entre otras.
- Caracterizar las solicitudes más frecuentes en las tutelas interpuestas por los pacientes diagnosticados con enfermedades mentales.

2.2 Metodología

El análisis de la información comprende las acciones de tutela radicadas en la Corte Constitucional de Colombia en el año 2020, las cuales solo comprenden información de 9 meses, por la pandemia del COVID-19, que llevó al cierre temporal de algunas instituciones —entre ellas, la Corte Constitucional y varios juzgados—. Esto limitó a los ciudadanos que iban a acudir a ellos para interponer acciones por violaciones de sus derechos fundamentales. Durante los meses de abril, mayo y junio, la Corte no realizó revisiones de tutelas.

El estudio es de tipo descriptivo, de corte longitudinal, dado que se toma mensualmente la totalidad de las tutelas que llegan a Corte Constitucional de Colombia. El periodo de análisis es de 9 meses del año 2020 (enero, febrero, marzo, julio, agosto, septiembre, octubre, noviembre y diciembre), correspondiente a la base de datos de tutelas suministrada por la Corte Constitucional el 4 de marzo de 2021. La unidad de observación son las tutelas interpuestas por los ciudadanos en Colombia. El universo lo constituyen la totalidad de las tutelas radicadas en la corte durante el año inmediatamente anterior a la publicación de los datos.

El estudio de las tutelas se compone para su análisis de tres partes que se describen a continuación:

1. Comprende el análisis comparativo de todas las tutelas interpuestas en el país durante 2020, frente a las tutelas interpuestas en 2019. En este análisis se determina el comportamiento, los derechos invocados, las entidades accionadas y los lugares donde se interpusieron, entre otras variables.
2. Se centra en el universo de tutelas que invocaron el derecho a la salud y a la seguridad social en los últimos dos años; además, verifica las variables de la primera fase, se analizan aspectos relacionados con la orientación de las decisiones de los jueces y se identifican los tipos de entidades demandadas. Adicionalmente se establece un indicador de número de tutelas por cada 10.000 afiliados en todas las EPS mediante dos procedimientos: i) Se toman todas las tutelas que invocaron el derecho a la salud en 2020 en cada EPS y se dividen por el número de afiliados en cada entidad al final de año; este resultado es multiplicado por 10.000 y ii) Para cada mes, se toman las tutelas en cada entidad y se dividen por el número de afiliados; estos resultados mensuales se multiplican por 10.000. El indicador anual se calcula mediante la suma de los indicadores parciales. En este procedimiento se estimaron los meses faltantes en la base de datos con corte de abril, mayo y junio, mediante el método de promedios móviles de longitud tres. Los indicadores se presentan con los dos procedimientos, que arrojan resultados similares.
3. La última parte comprende un análisis específico de los hechos narrados por los accionantes en las tutelas que contienen los derechos a la salud y a la seguridad social.



Dicho análisis está basado en muestras independientes representativas, que se seleccionaron mediante muestreo aleatorio estratificado por departamento, identificando todos los servicios solicitados en las tutelas.

En relación con el derecho a la salud, se clasificaron según las coberturas del PBS: servicios y tecnologías de salud incluidos en el PBS, servicios y tecnologías de salud no incluidos (no PBS) y exclusiones. Para dicha clasificación se tuvo en cuenta la normatividad vigente en diciembre de 2020⁵⁸.

Las tecnologías de salud se clasificaron en servicios, medicamentos y fitoterapéuticos, alimentos y suplementos dietarios, cosméticos y productos de aseo, dispositivos e insumos, aseguramiento en salud, elementos que no son asistenciales pero sí se tutelan y otros. Para la clasificación se tuvo en cuenta la normatividad vigente en diciembre de 2020 (véase anexo D):

1. Los servicios establecidos en la Resolución 3100 de 2019, que define los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud, y adopta el *Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud*;
2. Las categorías medicamentos y fitoterapéuticos, alimentos y suplementos dietarios, cosméticos y productos de aseo, dispositivos e insumos, de acuerdo con las definiciones del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima);
3. El aseguramiento en salud según los principales procesos tutelados;
4. Los elementos que no son asistenciales pero sí se tutelan, incluyen viáticos de alojamiento, transporte y cuidadores;
5. La categoría de otros, ubican aquellos elementos no incluidos en las anteriores.

Por efectos de la pandemia, la recolección de la información para el 2020 se hizo directamente sobre la variable «hechos», incluida en la base de datos suministrada por la Corte Constitucional. Los datos fueron registrados tal como aparece en los hechos narrados por los accionantes en las tutelas, y se incluyeron marca o principio activo, gramaje, concentración y presentación, en el caso de los medicamentos y especificaciones especiales en las otras solicitudes de servicios, de tal manera que se identificaran claramente si era PBS, no PBS o excluidos.

La cuantificación se hizo con base en todas solicitudes en cada una de las tutelas (en una tutela pueden venir desde una hasta 27 solicitudes distintas), ponderadas de acuerdo con la variable de estratificación.

Por último, se hace un análisis de las tutelas de salud interpuestas por pacientes con enfermedades mentales.

Con respecto al derecho a la seguridad social, se hace una clasificación de acuerdo con lo registrado en la solicitud, sin tener en cuenta las tutelas que invocaron el derecho a la salud para evitar duplicidad de registros.

2.2.1 Descripción de la muestra

2.2.1.1 Muestra de las tutelas que invocaron el derecho a la salud

Marco muestral: tutelas registradas en la base de datos de la Corte Constitucional de Colombia durante 2020 (9 meses).

Población objetivo: tutelas interpuestas en 2020 en las cuales los colombianos invocaron el derecho fundamental a la salud.

Modelo de muestreo: tipo aleatorio estratificado por departamento con asignación proporcional, con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 1,45%.

Tamaño de la muestra: 2920 tutelas.

Unidad de análisis: tutela en la cual el accionante invocó como derecho vulnerado el derecho fundamental a la salud, solo o en conjunto con otros derechos.

Resultados: Se presentan utilizando un factor de expansión en función de la misma variable de estratificación.

2.2.1.2 Muestra de las tutelas que invocaron el derecho a la seguridad social

Marco muestral: tutelas registradas en la base de datos de la Corte Constitucional de Colombia durante 2020.

Población objetivo: tutelas que contienen vulneraciones al derecho a la seguridad social y no contienen el derecho a la salud.

Modelo de muestreo: tipo aleatorio estratificado por departamento con asignación proporcional, con un nivel de confianza del 95% y un margen de error de 2,3%.

Tamaño de la muestra: 1400 tutelas.

Unidad de análisis: tutela en la cual el accionante invocó como derecho vulnerado el derecho a la seguridad social y no invocó el derecho fundamental a la salud.

Resultados: Se presentan utilizando un factor de expansión en función de la misma variable de estratificación.

⁵⁸ Minsalud, Resolución 312 del 26 de diciembre de 2019; Minsalud, Resolución 244 del 31 de enero de 2019.



3. Resultados

3.1 La tutela en Colombia durante 2020

La acción de tutela continúa siendo el mecanismo más utilizado por los ciudadanos para proteger sus derechos fundamentales. El año 2020 fue atípico a raíz de la pandemia ocasionada por el COVID-19. La acción de tutela, como uno de los principales mecanismos establecidos por la Constitución Política para proteger los derechos fundamentales, también se vio afectada, y su disminución fue notable y significativa. Lo anterior, entre otras cosas, se debe al desconocimiento de la mayoría de los usuarios sobre el método implementado por la rama de justicia para acudir a esta protección constitucional en medio del confinamiento (Consejo Superior de la Judicatura, s. f.), a su escasa o casi nula publicidad y al miedo al contagio, por la misma condición en salud que los afecta.

La pandemia perjudicó a todos los sectores. Durante el 2020, la Corte constitucional solo reportó información de 9 meses, pues, durante los meses de abril, mayo y junio, no se grabaron expedientes, dado que las instalaciones de la Corte permanecieron cerradas y en dicho periodo no se hicieron revisiones de tutelas. Por esta razón, las variaciones anuales son mayores, y adquieren relevancia cuando hacen referencia a comparación de promedios mensuales.

De esta forma, durante 2020 se observa una disminución del 52,18% en relación con 2019, aunque esta se reduce a 36,21% cuando se comparan promedios mensuales. En los 9 meses de 2020, se registraron 290.531 acciones por presuntas violaciones a un derecho fundamental (tabla 1). La información que fundamenta este estudio se obtuvo de los expedientes que se remitieron a la Corte Constitucional de Colombia durante 9 meses de 2020, para la posible revisión señalada en el artículo 33 del Decreto 2591 de 1991.

Es importante recordar que, según este artículo, todos los fallos de tutela que se emitan en todos los juzgados del país deben remitirse a la Corte Constitucional para su eventual revisión. Dicha corporación dispone de treinta días para seleccionar las sentencias; cualquiera de sus magistrados puede hacerlo; tanto el defensor del pueblo como el procurador general de la nación pueden insistir en la selección de una o más tutelas para su revisión.

En este sentido, la Corte Constitucional ha proferido sentencias que son precedente constitucional, por lo que cuentan con fuerza vinculante. En estas, es imperativo el principio de igualdad de trato en la aplicación de la ley y la seguridad jurídica; además, garantizan la unidad del ordenamiento jurídico.



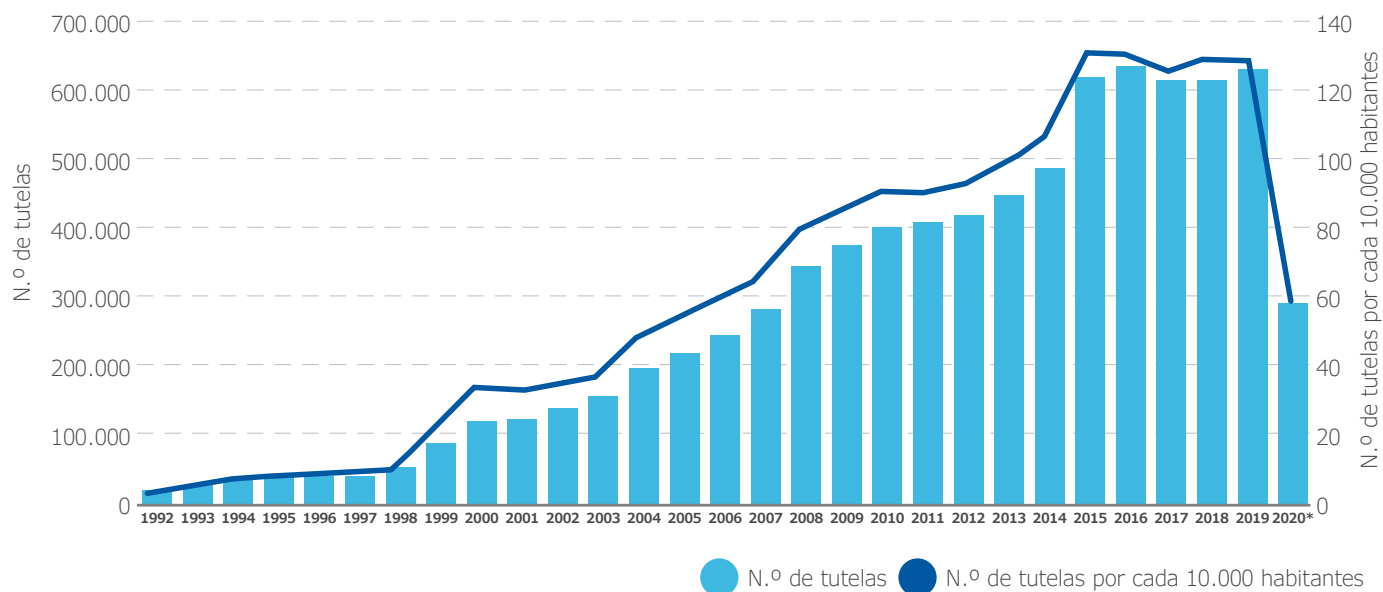


Tabla 1. Registro de tutelas en Colombia (periodo 1992-2020)

Año	N.º de 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
2012	424.400	4,70	91,13	3,51
2013	454.500	7,09	96,45	5,84
2014	498.240	9,62	104,54	8,38
2015	614.520	23,34	127,49	21,95
2016	617.071	0,42	126,58	-0,71
2017	607.499	-1,55	123,25	-2,64
2018	607.308	-0,03	125,84	2,11
2019	620.257	0,52	125,57	-0,22
2020*	290.531	-52,18	57,68	-54,07

Fuente: Corte Constitucional, proyecciones de población DANE y censo 2018 Cálculos: Defensoría del Pueblo *Solo 9 meses

Gráfica 1. Número de tutelas interpuestas en Colombia [periodo 1992 - 2020]



Fuente: Corte Constitucional / Proyecciones de población DANE y censo 2018. Cálculos: Defensoría del Pueblo. * Solo 9 meses

El indicador de número de tutelas por cada 10.000 habitantes se ubicó en 57,68 acciones, frente a 125,57 de 2019, con una disminución de 54,17%. Es importante tener en cuenta —en adelante— que la disminución —como se mencionó— se dio a raíz de la pandemia COVID-19 y a la falta de tres meses en el suministro de información, no porque las circunstancias que producían las diferentes vulneraciones hayan disminuido, situación que se evidenció en las PQRS interpuestas ante los diferentes entes del Estado.

3.1.1 Los derechos invocados en las tutelas

El derecho de derecho de petición fue el más invocado en Colombia durante 2020, pues se interpusieron 123.202 acciones, lo que representó el 42,41% de las tutelas; no obstante, su promedio mensual disminuyó un 32,83%. Los primeros cinco derechos se mantuvieron en las mismas posiciones del año 2019, aunque todos disminuyeron en el promedio mensual. Hay que destacar el aumento de este promedio para la interposición de tutelas en los derechos a la dignidad humana, a la integridad personal, a la libre locomoción, a elegir y ser elegido, a la igualdad y a la vida. En relación con el derecho a la salud, su participación en las tutelas disminuyó a 28,19%, lo que indica que los usuarios del sistema de salud fueron los más afectados, debido al miedo al contagio, a las restricciones a la presencialidad y al cierre de juzgados (tabla 2 y gráfica 1).

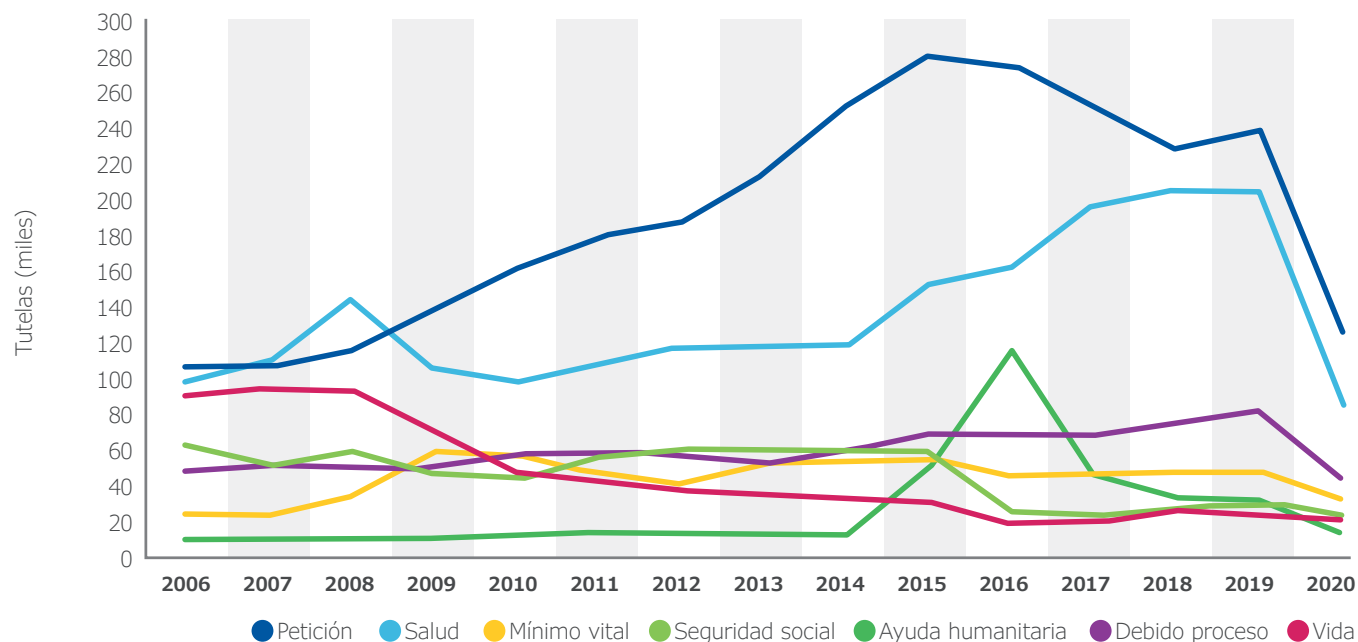


Tabla 2. Derechos invocados en las tutelas (periodo 2019 – 2020)

Derechos invocados	2019			2020*			Variación % en el promedio
	N.º de tutelas	Part. en tutelas [%]	Promedio mensual	N.º de tutelas	Part. en tutelas [%]	Promedio mensual	
Petición	244.553	39,43	20.379	123.202	42,41	13.689	-32,83
Salud	207.368	33,43	17.281	81.899	28,19	9100	-47,34
Debido proceso	76.447	12,33	6371	36.846	12,68	4094	-35,74
Mínimo vital	39.284	6,33	3274	25.139	8,65	2793	-14,68
Seguridad social	21.887	3,53	1824	14.415	4,96	1602	-12,19
Vida	15.325	2,47	1277	11.568	3,98	1285	0,65
Dignidad humana	1188	0,19	99	6010	2,07	668	574,52
Estabilidad laboral reforzada	10.938	1,76	912	5827	2,01	647	-28,97
Trabajo	8472	1,37	706	5693	1,96	633	-10,40
Ayuda humanitaria	23.154	3,73	1930	4202	1,45	467	-75,80
Reparación a población víctima de desplazamiento	7107	1,15	592	3782	1,30	420	-29,05
Igualdad	3574	0,58	298	3768	1,30	419	40,57
Acceso a la administración de justicia	5400	0,87	450	3732	1,28	415	-7,85
"Habeas data"	5832	0,94	486	3634	1,25	404	-16,92
Educación	5309	0,86	442	3203	1,10	356	-19,56
Integridad personal	336	0,05	28	1580	0,54	176	526,98
Vivienda digna	3618	0,58	302	1278	0,44	142	-52,90
Libertad	1082	0,17	90	1112	0,38	124	37,03
Familia	1572	0,25	131	865	0,30	96	-26,63
Buen nombre	1458	0,24	122	800	0,28	89	-26,84
Agua potable	1097	0,18	91	573	0,20	64	-30,36
Libre locomoción	319	0,05	27	531	0,18	59	121,94
Elegir y ser elegido	444	0,07	37	513	0,18	57	54,05
Otros	8610	1,39	718	4918	1,69	546	-23,84
Tutelas interpuestas	620.257		51.688	290.531		32.281	-37,55

Nota. En una tutela puede invocarse más de un derecho. Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo. *Solo 9 meses

Gráfica 2. Derechos más invocados en las tutelas (periodo 2006 - 2020)



En relación con el derecho de petición, se constató que aumentó su participación en 2020 (42,41%), en contraste con la disminución que presentaron los derechos a la salud y a la ayuda humanitaria.

Este derecho está contemplado en el artículo 23 de la Constitución Política de Colombia, y les permite a los ciudadanos presentar solicitudes y peticiones a las diferentes autoridades, con el fin de obtener información de carácter particular o general. Sin embargo, el hecho de que las entidades obligadas a responder no lo hagan de manera clara, precisa y de fondo hace que los ciudadanos acudan a interponer tutelas, lo que congestiona los despachos judiciales. En muchos casos, dicha situación es claramente prevenible si se actúa de conformidad con la norma.

Las vulneraciones del derecho fundamental a la salud se ubicaron en segundo lugar, con 81.899 acciones, que representan el 28,19% del total de tutelas. Esto significa una disminución en el promedio mensual de 47,34% en relación con 2019. Este derecho, que se fortaleció con la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, establece que abarca cuatro elementos esenciales

que los Estados deben garantizar: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad —además, están inescindiblemente relacionados—. El primero comprende la dotación e infraestructura necesaria para darle un soporte concreto a la materialización del derecho a la salud; el segundo implica la accesibilidad efectiva a dichos servicios disponibles; el tercero se relaciona con que todos los servicios, establecimientos y bienes a los que se puede acceder sean aceptados por los beneficiarios, en ejercicio de su autonomía, condición de discapacidad, género, diversidad cultural y condiciones especiales según el ciclo de vida; el cuarto, aun cuando se disponga de una infraestructura adecuada y el acceso a esta alcance la mayor cobertura, si los servicios que se prestan no están sujetos a estándares básicos de calidad, no se garantiza el derecho.

En el tercer lugar se ubicó la solicitud de protección al debido proceso, derecho que apareció en 36.846 acciones y que sumó el 12,68% de participación, un cálculo similar al de 2019. Este derecho, contemplado en el artículo 29 de la Constitución Política de Colombia, comporta otros derechos como los siguientes⁵⁹:

59 Corte Constitucional de Colombia, Sentencia C-163 de 2019.



- La jurisdicción, que implica garantías de acceso igualitario ante los jueces para obtener decisiones motivadas, impugnar las decisiones y hacer efectivo el cumplimiento de lo ordenado.
- El derecho al juez natural, que es el funcionario con competencia legal para actuar dentro de un determinado proceso, de acuerdo con los hechos, las personas y la división del trabajo establecida por la Constitución y la Ley.
- El derecho a la defensa, que implica la presunción de inocencia.

El derecho al mínimo vital se situó en el cuarto lugar, con 25.139 acciones y una participación del 8,65%, lo que significó un incremento del 2,32%. Este derecho no está consagrado expresamente en la Constitución Política de 1991; sin embargo, su fundamento se desprende de la aplicación de tratados internacionales y de su íntima relación con otros derechos como el de la vida, la dignidad, la salud, el trabajo, la igualdad y la seguridad social. Asimismo, su importancia radica en la garantía de unas condiciones mínimas sin las cuales una persona no podría asegurar su subsistencia.

En quinto lugar, se encuentra el derecho a la seguridad social, con 14.415 acciones que, en términos porcentuales, representó un aumento en la participación de 1,43 respecto al año 2019. Este derecho, contemplado en el artículo 48 de la Constitución Política, es irrenunciable e incluye el derecho a contar con prestaciones sociales que les permitan a las personas protegerse ante la falta de ingresos provenientes del trabajo, con ocasión de invalidez, enfermedad, maternidad, accidente laboral, vejez o muerte de un familiar.

Como en todos los años, los derechos predominantes en cada municipio fueron el de la salud y el de petición. En 936 municipios se presentó al menos una tutela por vulneración al derecho a la salud, y en 557 de ellos fue el derecho más tutelado. El derecho de petición se solicitó en 973 municipios, y en 476 de ellos se convirtió en el más frecuente (mapas 1 y 2).

A pesar de la disminución de las acciones de tutela, por los motivos antes expuestos, el derecho fundamental a la salud sigue siendo el más accionado en muchos municipios del territorio colombiano, debido, principalmente a la falta de especialistas y de IPS de mayor complejidad.

A continuación, se analizan los derechos que, en 2020, obtuvieron más de 10.000 tutelas, exceptuando los derechos a la salud y a la seguridad social, que, por ser los ejes centrales de este estudio, se analizarán más adelante.

3.1.1.1 Derecho de petición

El derecho de petición es la facultad que tiene todo ciudadano de presentar solicitudes respetuosas a las autoridades, escritas o verbales, por motivos de interés general o particular, y de obtener pronta respuesta, así como de acceder a documentos públicos, salvo las excepciones establecidas por la ley. Este derecho está contemplado en el artículo 23 de la Constitución Política de Colombia y en la Ley 1755 de 2015.

Las entidades obligadas deben dar respuesta en los términos establecidos en la ley, y esta debe ser clara, concreta y de fondo —es decir, congruente con lo solicitado—. Asimismo, lo resuelto debe comunicarse al peticionario, lo que no implica que necesariamente se deba acceder a lo solicitado.

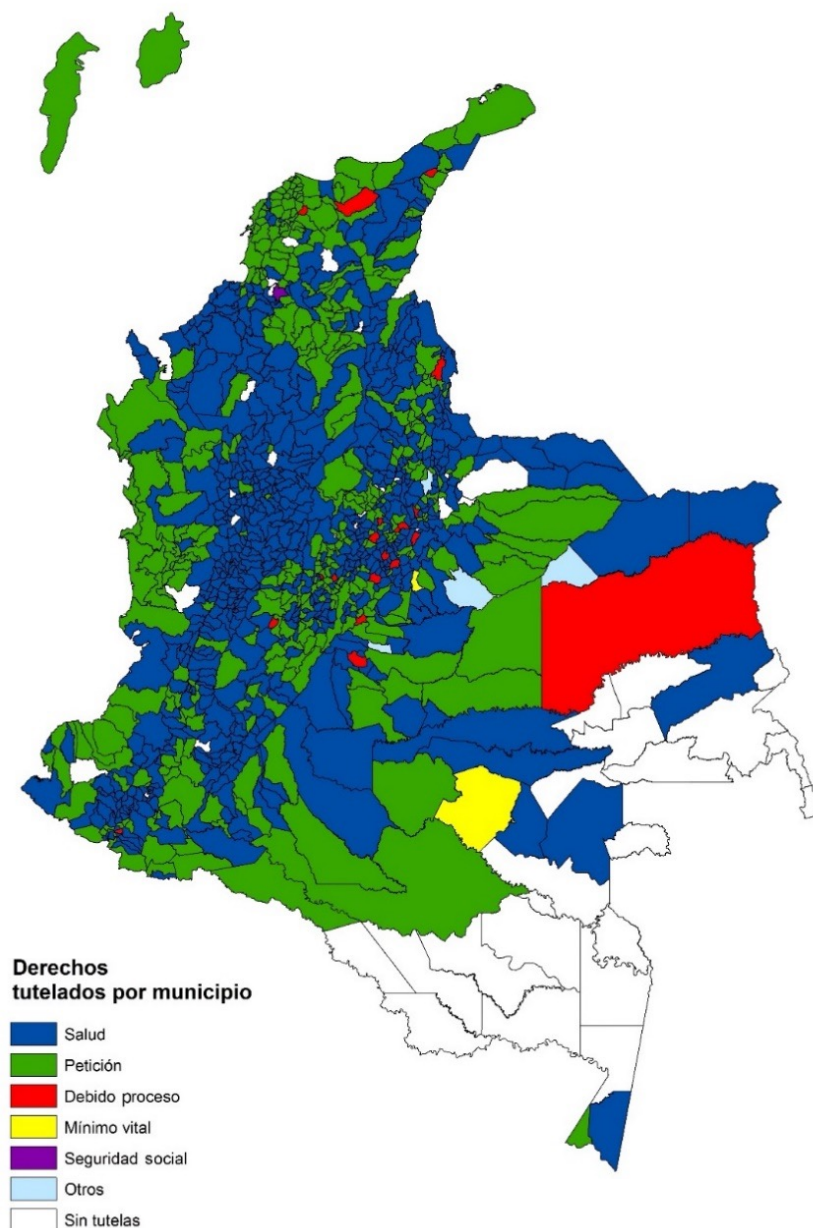
Las peticiones son de diferentes tipos. El primero corresponde a las de interés general: buscan que se preste un servicio o se cumpla una función, y pueden presentarse como quejas, manifestaciones y reclamos. El segundo alude a las de interés particular: aquellas en donde la solicitud es para beneficio único de la persona que hace el requerimiento. El tercero hace referencia a las peticiones de información: solicitan datos sobre la gestión de las autoridades. Del cuarto tipo hacen parte aquellas con las que se busca obtener copia de documentos. El quinto —y último— son las peticiones de consulta: buscan manifestaciones, interpretaciones o que se emitan conceptos acerca de las funciones de la entidad⁶⁰.

En 2020, debido a la pandemia por COVID-19, los términos para dar respuesta a las peticiones radicadas durante la vigencia de la emergencia sanitaria se modificaron. Los cambios incluyeron lo siguiente: en el caso de los derechos de petición de interés general y particular, se pasó de 15 a 30 días siguientes a la recepción; en las peticiones de información y solicitud de documentos, de 10 a 20 días, y en el caso de las peticiones de consultas, de 30 a 35 días.⁶¹

60 Congreso de la República, Ley 1755 de 2015.

61 Ministerio de Justicia y del Derecho, Decreto Legislativo 491 de 2020, artículo 5.

Mapa 1. Derechos más invocados en cada municipio (año 2019)

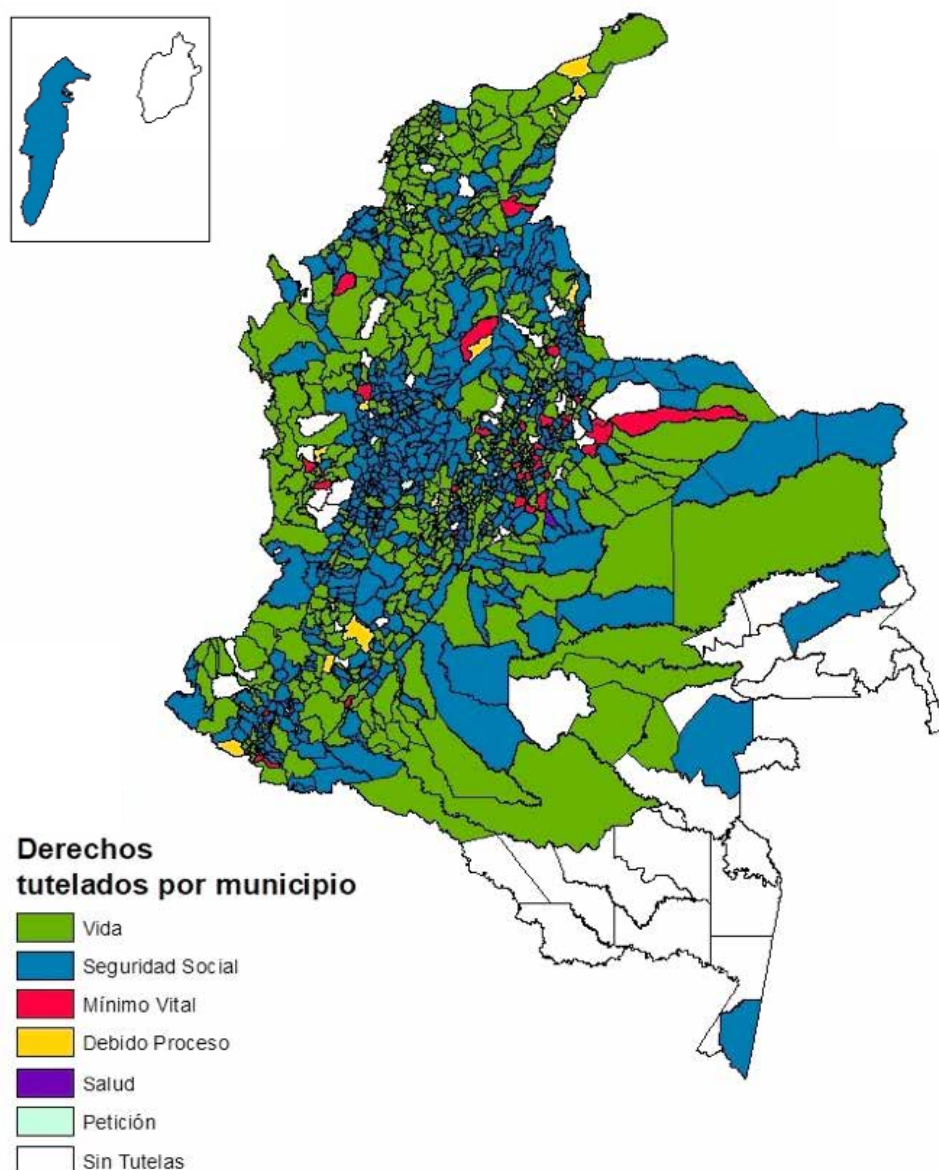


Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo.

En los últimos diez años, el derecho de petición ha sido el más invocado en Colombia, y aunque en el periodo 2015-2020 presentó un descenso en su frecuencia, en 2020 aumentó su participación, si se compara con todas las tutelas interpuestas en Colombia (42,41%). En primera instancia, estas tutelas se concedieron totalmente en el 41,88%; se concedieron de manera parcial en el 1,73%; fueron hechos superados en el 36,58%; fueron improcedentes en el 7,34%; se negaron en el 12,29%, y se rechazaron en el 0,18%. En algunas entidades,

el nivel de concesión en primera instancia fue superior al 70%: por ejemplo, en el Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio (77,45%), Medimás (77,65%), Nueva EPS (70,75%), La Previsora Seguros (70,44%), entre otras. La Unidad para la Atención y la Reparación Integral a las Víctimas (UARIV) fue la entidad contra la cual se interpuso el mayor número de tutelas que invocaron este derecho (16,26%).

Mapa 2. Derechos más invocados en cada municipio (año 2020)



Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo.

En relación con el derecho que nos ocupa en este apartado, la decisión en primera instancia fue favorable en el 38,88% de los casos, aunque en el 44,62% se configuró como hecho superado y solamente en el 14,42% de los casos se negaron. Se destaca el porcentaje de tutelas como hecho superado, ya que se está volviendo una constante de las entidades dar respuesta cuando el proceso está en trámite, lo que ocasiona desgaste tanto en los usuarios como en los funcionarios judiciales.

Por vulneraciones a este derecho, en segundo lugar, se ubicaron las oficinas de tránsito y similares con el 9,74%; mantuvieron los mismos porcentajes de participación que en 2019. La aprobación total en primera instancia por parte de los jueces fue de 31,53%, y se configuró como hecho superado en el 43,58% de los casos. Adicionalmente, el 12,04% de las acciones se negaron. En orden, y en una menor proporción, le siguieron las alcaldías municipales



(8,53%), Colpensiones (6,5%) y el Inpec/Uspec (4,43%). Las zonas donde se interpusieron el mayor número de tutelas que invocaron el derecho de petición fueron Bogotá (23,3%), Antioquia (19,18%), Valle del Cauca (9,36%), Santander (4,75%) y Caquetá (3,71%). En 971 municipios se interpuso al menos una tutela que invocó este derecho, y las ciudades de Bogotá (23,3%), Medellín (14,49%), Cali (6,47%), Florencia (3,53%) y Bucaramanga (3,4%) fueron las entidades territoriales con el mayor número de ellas.

3.1.1.2 Debido proceso

El debido proceso es un derecho fundamental de aplicación inmediata, que le permite a toda persona exigir un proceso público y expedito, donde las garantías sustanciales y procesales ante una autoridad competente que cuente con independencia e imparcialidad sean aseguradas. Está establecido en el artículo 29 de la Constitución Política de Colombia.

En 2020, la solicitud de protección de este derecho se invocó en 36.846 tutelas, equivalentes al 12,68% del total de acciones interpuestas en Colombia. La favorabilidad total en primera instancia fue del 18,3%, una de las más bajas; la favorabilidad parcial fue del 2%; hecho superado correspondió al 7%; se declaró como improcedentes el 41,7% de los casos, fueron negadas el 30,5% de las acciones y rechazadas el 0,5%. La improcedencia es entendible en virtud de que la mayoría de las acciones son interpuestas por personas privadas de la libertad contra los juzgados, con el fin de acceder a alguno de los beneficios contemplados en las normas, como son reducción de penas, visitas conyugales, traslados de centros penitenciarios, entre otros.

Al igual que en años anteriores, el mayor número de tutelas estuvo dirigido contra centros de servicios judiciales, juzgados, cortes y tribunales (35,6%), seguidos por oficinas de tránsito y similares (16,7%), alcaldías municipales (6,7%), fuerzas militares y de policía (3,4%) y la Comisión Nacional del Servicio Civil (3%).

En Bogotá se concentró el mayor número de tutelas que invocaron este derecho (32,7%), seguida de Antioquia (14,7%), Valle del Cauca (8,3%), Santander (5,3%) y Tolima (3,5%).

En 756 municipios se interpuso al menos una tutela por debido proceso y las ciudades de Bogotá (32,7%), Medellín (10%), Cali (5,6%), Bucaramanga (3,5%),

Barranquilla (3,9%) y Bucaramanga (3,2%) concentraron el mayor número de ellas.

3.1.1.3 Mínimo vital

El mínimo vital se relaciona con los ingresos mínimos que necesita una persona para vivir con dignidad, es decir, para que pueda cubrir sus necesidades básicas como vivienda, salud y educación.

25.139 tutelas invocaron este derecho, lo que representa una participación del 8,65%. La decisión de los jueces en primera instancia favoreció totalmente a los tutelantes en el 53% de los casos, más el 7% de hecho superado; asimismo, las decisiones parcialmente favorables correspondieron al 3,1%, las improcedentes al 22,7%, las negadas al 14,1% y las rechazadas al 0,2%.

Coomeva fue la entidad contra la cual se interpuso el mayor número de tutelas por violación a este derecho (10,6%). La siguieron Colpensiones (7,7%), Nueva EPS (7,5%), Medimás (5%) y Servicio Occidental de Salud (4,9%). El 44,6% de las tutelas en las que se invocó este derecho se dirigió contra las EPS, en gran parte, por negación e inoportunidad en el pago de licencias de maternidad e incapacidades por enfermedad general a las que tienen derecho los afiliados cotizantes, lo que afectó, entre otras, su mínimo vital.

En cuanto a las regiones donde se interpusieron estas tutelas, el mayor número de ellas se concentró en Valle del Cauca (21,5%), Bogotá (16,8%), Antioquia (15,3%), Santander (7%) y Norte de Santander (4,51%). En 646 municipios se interpuso al menos una tutela que invocaba este derecho, y las ciudades de Bogotá (16,8%), Cali (14,7%), Medellín (9,6%), Bucaramanga (5,3%) y Cúcuta (3,9%) fueron las entidades territoriales con el mayor número de ellas.

3.1.1.4 Derecho a la vida

El artículo 2 de la Constitución Política de Colombia establece como uno de los fines esenciales del Estado la protección del derecho a la vida de todas las personas que residen en Colombia; el artículo 11 determina que el derecho a la vida es inviolable, y el artículo 12 señala que nadie puede ser sometido a tratos crueles, inhumanos o degradantes.

Asimismo, normas internacionales ratificadas por Colombia —como la Convención Americana sobre Derechos Humanos



(art. 4, 5 y 7) y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (arts. 6, 7 y 9)— obligan al Estado a respetar y garantizar la vida de todas las personas, sin discriminación de ninguna índole.

De acuerdo con los resultados, la solicitud de protección de este derecho volvió a los primeros lugares, con una participación del 3,98% en las tutelas interpuestas en 2020, y hace parte de los siete derechos que aumentaron el promedio mensual en ese año. El nivel de favorecimiento total en primera instancia fue del 62,7% más 10,4% de hecho superado; además, el favorecimiento parcial correspondió al 5,4%, las declaradas como improcedentes alcanzaron el 9,9%, las negadas el 11,3% y las rechazadas el 0,3%.

El 62,4% de estas tutelas se dirigieron contra las EPS; Nueva EPS, Medimás, Coomeva y Savia EPS fueron las que concentraron el mayor número de ellas. A nivel territorial, Antioquia congregó el 17,2%, seguido por Valle del Cauca (14,1%), Bogotá (11,9%), Norte de Santander (6,6%) y Santander (6,1%). En 622 municipios se interpuso al menos una tutela que contenía este derecho. Bogotá (11,9%), Cali (8,5%), Medellín (8,5%), Cúcuta (4,6%) y Bucaramanga (3,9%) constituyen las ciudades con el mayor número de tutelas.

3.1.2. Despachos judiciales y decisión en primera instancia

En general, en 2020, el porcentaje de favorecimiento total a los ciudadanos en primera instancia fue de 47,9%, aunado al 20,9% de hecho superado (tabla 3). Según decisión en primera instancia, los juzgados promiscuos municipales fueron los que más favorecieron a los accionantes (58,03%); los siguieron los juzgados civiles del circuito especializado (53,5%), los juzgados de familia del circuito (52,9%), los juzgados de menores (51,8%) y los juzgados civiles municipales (51,6%). Los porcentajes más bajos de favorecimiento se observaron en las tutelas tramitadas ante la Corte Suprema de Justicia (8,72%), el Consejo de Estado (12,1%), los consejos seccionales de la judicatura (16,8%) y los tribunales superiores (19,8%).

El porcentaje de favorecimiento total de los fallos en primera instancia, el cual tuvo un descenso de 7 puntos, puede explicarse por la disminución de las acciones de tutelas

en salud, que, tal como se ha comprobado en los estudios previos y en este, son las que cuentan con el mayor grado de favorabilidad.

Las tutelas con mayor favorecimiento total en primera instancia fueron las que invocaron el derecho a la salud (73,9%); el 11,5% se configuró como hecho superado, y el 4,9% se concedió parcialmente: tienen un alto grado de pertinencia. El segundo derecho con alto grado de aceptabilidad es el derecho a la vida: se concedió totalmente en el 62,7%; 10,4%, como hecho superado, y se concedió parcialmente el 5,4%. Los derechos menos favorecidos en primera instancia fueron el de elegir y ser elegido (8,6%), a la libertad (16,1%) y al debido proceso (18,3%), como los más significativos.

A nivel de entidad demandada (mayores a 1000 tutelas), Barrios Unidos (Quibdó) presentó el porcentaje más alto de fallos en contra en primera instancia (90%), seguida de Comparta (84,4%), Asmet Salud (84%), Mutual Ser (83,8%) y Comfamiliar Nariño, todas ellas, aseguradoras del Régimen subsidiado.

3.1.3. Lugar de origen de las tutelas

En 1059 municipios —es decir, en el 94,4% de los 1122 que existen en el país—, se interpuso al menos una tutela por violación a uno o más derechos fundamentales: 21 municipios menos que en 2019.

Bogotá, con 56.468 tutelas (19,4%), fue la entidad territorial con el uso más frecuente de esta acción constitucional. La siguieron Antioquia (17,9%), Valle del Cauca (11,2%), Santander (5,4%) y Norte de Santander (4,6%). Por otro lado, los departamentos con el menor uso de la tutela fueron Vaupés, Vichada, Guainía, Guaviare y Amazonas, en gran parte por la baja densidad poblacional y el escaso acceso a la administración de justicia (tabla 4).

En relación con el número de tutelas por cada 10.000 habitantes, Caquetá fue el departamento con el indicador más alto, seguido de Caldas, Risaralda, Quindío y Norte de Santander (tabla 5).

Tabla 3. Despachos judiciales y decisión en primera instancia (periodo 2019-2020)

Derechos invocados	2019			2020*		
	N.º de tutelas	Part. en tutelas[%]	Decisión favorable en primera instancia %	N.º de tutelas	Part. en tutelas[%]	Decisión favorable en primera instancia %
Juzgado promiscuo municipal	80.584	12,99	66,54	35.193	12,11	58,03
Juzgado civil del circuito especializado	3371	0,54	52,68	1551	0,53	53,51
Juzgado de familia del circuito	3260	0,53	55,00	1555	0,54	52,93
Juzgado de menores	122	0,02	53,28	56	0,02	51,79
Juzgado civil municipal	120.661	19,45	60,07	55.482	19,10	51,66
Juzgado promiscuo del circuito	4161	0,67	52,56	1505	0,52	51,30
Juzgado promiscuo de familia	8777	1,42	53,21	4548	1,57	50,44
Juzgado penal municipal	134.259	21,65	57,48	60.233	20,73	50,15
Juzgado de pequeñas causas	35.528	5,73	57,95	20.197	6,95	48,32
Juzgados administrativos	43.480	7,01	54,27	21.963	7,56	47,67
Juzgado penal del circuito	42.228	6,81	51,48	20.197	6,95	46,82
Juzgado de ejecución de penas	17.595	2,84	43,29	7569	2,61	45,49
Juzgado penal para adolescentes	3393	0,55	47,54	1553	0,53	44,75
Juzgados laborales	27.035	4,36	51,66	12.893	4,44	44,14
Juzgado de familia	16.716	2,70	50,42	7336	2,53	43,31
Juzgado civil del circuito	41.151	6,63	49,61	18.976	6,53	42,07
Juzgado penal del circuito especializado	6498	1,05	52,51	3048	1,05	41,86
Tribunal administrativo	1551	0,25	24,82	1057	0,36	21,00
Tribunal superior	19.713	3,18	20,40	10.537	3,63	19,79
Consejo Seccional de la Judicatura	170	0,03	8,82	95	0,03	16,84
Consejo de Estado	3070	0,49	12,54	1797	0,62	12,13
Corte Suprema de Justicia	6924	1,12	10,20	3166	1,09	8,72
Sin identificar	10	0,00	10,00	24	0,01	26,09
Total	620.257	100,0	54,90	290.531	100,0	47,78

Fuente: Corte Constitucional Cálculos: Defensoría del Pueblo *Información de 9 meses



Los motivos más frecuentes de las tutelas en salud, en el departamento de Caquetá, son la falta de capacidad instalada; la falta de talento humano en salud especializado, que desborda las remisiones a ciudades que cuentan con cuarto nivel y más, lo que genera la exigencia de servicios adicionales para los pacientes y sus acompañantes —como los viáticos para pasajes, hospedaje, y alimentos—, y la negación en la entrega de medicamentos.

En el departamento del Caquetá⁶², se cuenta con tres hospitales de segundo nivel en los municipios de Florencia, La Montañita y Morelia; en los demás, hay puestos de salud de primer nivel, con personal limitado y las especialidades

básicas. El sector rural, por su parte, cuenta con una red casi inexistente; en los pocos puestos de salud su infraestructura está deteriorada, tienen problemas de insumos y mínima o nula presencia de profesionales en salud, además de la dificultad para atender problemas de salud mental. Según esta publicación, el COVID-19 aumentó la precariedad del sistema de salud en el sector rural, lo que hizo que muchas de las comunidades, por miedo al contagio, establecieran limitantes para ingresar a sus territorios, con puestos de control y desinfección, para evitar la propagación del virus.

A continuación, se hace un análisis de las entidades territoriales en donde se interpusieron más de 10.000 tutelas en el 2020.

62 Periódico digital Amazoniaypaz. Sistema de salud en el Caquetá en los tiempos del COVID-19. Noviembre 11 de 2020. <https://www.uniamazonia.edu.co/amazoniaypaz/sistema-de-salud-en-el-caqueta-en-los-tiempos-del-COVID-19/>

Tabla 4. número de tutelas en Colombia según departamento (periodo 2019-2020)

Departamento	2019			2020*			Variación % en el promedio
	N.º de tutelas	Part. en tutelas [%]	Promedio mensual	N.º de tutelas	Part. en tutelas [%]	Promedio mensual	
Bogotá D. C.	117.315	18,91	9776	56.468	19,44	6274	-35,82
Antioquia	116.389	18,76	9699	52.010	17,90	5779	-40,42
Valle del Cauca	62.581	10,09	5215	32.493	11,18	3610	-30,77
Santander	32.120	5,18	2677	15.626	5,38	1736	-35,13
Norte de Santander	28.328	4,57	2361	13.454	4,63	1495	-36,68
Caldas	19.394	3,13	1616	11.349	3,91	1261	-21,98
Tolima	20.035	3,23	1670	9914	3,41	1102	-34,02
Risaralda	19.198	3,10	1600	9220	3,17	1024	-35,97
Bolívar	20.086	3,24	1674	8099	2,79	900	-46,24
Atlántico	20.572	3,32	1714	7924	2,73	880	-48,64
Cundinamarca	15.474	2,49	1290	7539	2,59	838	-35,04
Huila	12.623	2,04	1052	6589	2,27	732	-30,40
Caquetá	12.867	2,07	1072	6492	2,23	721	-32,73
Boyacá	12.026	1,94	1002	6108	2,10	679	-32,28

Tabla 4. número de tutelas en Colombia según departamento (periodo 2019-2020)

Córdoba	13.121	2,12	1093	6108	2,10	679	-37,93
Meta	15.670	2,53	1306	5903	2,03	656	-49,77
Cesar	13.934	2,25	1161	4961	1,71	551	-52,53
Quindío	8697	1,40	725	4933	1,70	548	-24,37
Nariño	10.292	1,66	858	4921	1,69	547	-36,25
Cauca	9868	1,59	822	4798	1,65	533	-35,17
Magdalena	13.060	2,11	1088	4351	1,50	483	-55,58
Sucre	5827	0,94	486	3895	1,34	433	-10,87
Arauca	4240	0,68	353	1732	0,60	192	-45,53
Casanare	3187	0,51	266	1628	0,56	181	-31,89
La Guajira	3260	0,53	272	1176	0,40	131	-51,90
Chocó	2576	0,42	215	973	0,33	108	-49,64
Putumayo	4634	0,75	386	836	0,29	93	-75,95
San Andrés	1139	0,18	95	313	0,11	35	-63,36
Amazonas	532	0,09	44	271	0,09	30	-32,08
Guaviare	397	0,06	33	162	0,06	18	-45,59
Guainía	355	0,06	30	155	0,05	17	-41,78
Vichada	251	0,04	21	100	0,03	11	-46,88
Vaupés	209	0,03	17	30	0,01	3	-80,86
Total	620.257	100,00	51.688	290.531	100,00	32.281	-37,55

Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo. *Solo 9 meses

3.1.3.1. Tutelas en Bogotá

Con 56.468 acciones, Bogotá continúa como la región donde se presentó el mayor número de tutelas en Colombia. El derecho de petición (50,8%) fue el más invocado; seguido por los derechos al debido proceso (21,3%), a la salud (12%), al mínimo vital (7,5%) y a la seguridad social (4,8%).

Estas fueron las entidades con el mayor número de acciones en la capital: el centro de servicios judiciales, juzgados y cortes (15,8%); las oficinas de tránsito y similares (9,8%); la Unidad

para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas (8,7%); Colpensiones (4,3%), y los ministerios (4,2%). En primera instancia, los jueces favorecieron totalmente a los bogotanos en el 33,6% de los casos; 22,9% se consideró hecho superado, y 2,1% se concedió parcialmente.

Bogotá es la principal entidad territorial con más tutelas. Esto es congruente con que su población tiene más conocimiento sobre la acción de tutela y el acceso a esta. Es importante resaltar que, cuanto mayor sea conocimiento de este mecanismo de protección constitucional, mayor será la exigibilidad.



Tabla 5. Número de tutelas por cada 10.000 habitantes según departamento (periodo 2019-2020)

Departamento	2019	2020*	Variación %
	N.º de tutelas por 10.000 habitantes	N.º de tutelas por 10.000 habitantes	
Caquetá	316,81	158,14	-50,08
Caldas	192,34	111,43	-42,06
Risaralda	201,55	95,94	-52,40
Quindío	158,75	88,82	-44,05
Norte de Santander	180,97	83,03	-54,12
Antioquia	177,69	77,88	-56,17
Tolima	150,04	73,99	-50,69
Bogotá D. C.	154,51	72,92	-52,81
Valle del Cauca	138,86	71,69	-48,37
Santander	143,55	68,51	-52,28
Arauca	151,37	58,87	-61,11
Huila	113,53	58,69	-48,30
Meta	148,94	55,51	-62,73
Boyacá	97,70	49,15	-49,69
San Andrés	182,29	49,14	-73,04
Sucre	62,72	41,03	-34,58
Cesar	111,26	38,30	-65,58
Casanare	74,36	37,41	-49,70
Bolívar	94,28	37,13	-60,61
Amazonas	68,42	34,30	-49,88
Córdoba	72,55	33,40	-53,97
Cauca	66,75	32,16	-51,82
Guainía	71,76	30,61	-57,34
Magdalena	94,04	30,49	-67,58
Nariño	63,18	30,23	-52,15
Atlántico	77,98	29,11	-62,67
Putumayo	130,99	23,28	-82,23

Tabla 5. Número de tutelas por cada 10.000 habitantes según departamento (periodo 2019-2020)

Cundinamarca	50,15	23,25	-53,65
Guaviare	46,86	18,69	-60,11
Chocó	47,71	17,86	-62,56
La Guajira	35,15	12,18	-65,35
Vichada	22,69	8,85	-60,99
Vaupés	48,92	6,71	-86,29
Índice Nacional	125,57	57,68	-54,07

Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo. *Solo 9 meses

3.1.3.2. Tutelas en Antioquia

El departamento de Antioquia fue la segunda región con más tutelas en el país (52.010); presentó una disminución del 40,42% en el promedio mensual, en relación con el 2019. El derecho más invocado fue el de petición, con el 45,4% de las tutelas; seguido de los derechos a la salud (29,3%), al debido proceso (10,4%), al mínimo vital (7,4%) y a la seguridad social (4,5%).

En 122 municipios se interpuso al menos una tutela por violación de uno o más derechos fundamentales. Medellín fue la ciudad con el mayor número (64%), seguida de Bello (3,9%), Itagüí (3,5%), Envigado (2,7%) y Apartadó (2,4%).

Estas fueron las entidades con más tutelas durante 2020: la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas (17,3%), Savia Salud/Alianza Medellín (8,7%), oficinas de tránsito y similares (7,6%), Colpensiones (6,6%) y las alcaldías (5,3%).

En primera instancia, los jueces favorecieron totalmente a los antioqueños (49,2% de los casos); 23,6% se declaró hecho superado; 2,9% se concedió parcialmente; se negó el 10,9%, y 13,3% se declaró improcedente.

3.1.3.3. Tutelas en Valle del Cauca

El departamento del Valle del Cauca fue el tercero con el mayor número de tutelas en el país, pues allí se interpusieron 32.493 acciones. Esta cifra reflejó una disminución del 30,8% en relación con el promedio

mensual de 2019, debido a la pandemia de COVID-19, tal como ya se ha reiterado. El derecho más invocado fue el de petición con 35,5%; lo siguieron los derechos a la salud (30,7%), al mínimo vital (16,6%), al debido proceso (9,5%) y a la seguridad social (5%).

En 42 municipios se presentó al menos una tutela. Cali acumuló el 63,7% de estas; lo siguieron Palmira (8,1%), Tuluá (5,8%), Cartago (4,5%) y Buga (4,1%).

La entidad más demandada fue la EPS Coomeva (9,2%); la siguieron el Servicio Occidental de Salud (7,1%), las alcaldías (5,7%), las oficinas de tránsito (5,3%), Colpensiones (5,3%) y Emssanar (4,8%).

En primera instancia, los jueces favorecieron totalmente a los vallecaucanos (53,2% de los casos); 17,5% se dio como hecho superado; 2% se concedió parcialmente; se negó el 12,5%, y se declaró improcedente el 14,5%.

3.1.3.4. Tutelas en Santander

Con 15.626 tutelas, Santander se constituyó como la cuarta entidad territorial con más acciones en el país. Tuvo una disminución en el promedio mensual del 35,13% con respecto al año anterior.

En 83 municipios del departamento se interpuso al menos una tutela. Bucaramanga fue la ciudad que concentró el mayor número de ellas (67,8%); la siguieron Barrancabermeja (7,1%), Floridablanca (4,4%), San Gil (3,2%) y Girón (2,3%).



El derecho más tutelado fue el de petición (37,5% de las acciones); lo siguieron los derechos a la salud (29,8%), al debido proceso (12,6%), al mínimo vital (11,3%) y a la seguridad social (5%).

En relación con las entidades más tuteladas en el departamento, Nueva EPS fue la entidad con más acciones (7,7%). La siguieron el centro de servicios judiciales, juzgados, cortes y tribunales (6,2%); las alcaldías (5,9%), Coomeva (4,6%) y Medimás/Cafesalud (4,3%).

En primera instancia, los jueces favorecieron totalmente a los santandereanos (48,3% de los casos); 18,8% se configuró como hecho superado; se concedió parcialmente el 3,4%; se negó el 11,7%, y se declaró improcedente el 17,6%.

3.1.3.5. Tutelas en Norte de Santander

Con 13.454 acciones, este departamento ocupó el quinto lugar por número de tutelas interpuestas. Esta cifra mostró una disminución del 36,7% con respecto al promedio mensual de 2019.

En 38 municipios se interpuso al menos una tutela. Cúcuta fue la ciudad con el mayor número de ellas (74,1%); la siguieron Ocaña (13,2%), Pamplona (5,36%), Villa del Rosario (1,5%) y Los Patios (1,2%).

El derecho a la salud fue el más invocado (44,5%); lo siguieron los derechos de petición (31,4%), al debido proceso (9,2%), al mínimo vital (8,5%) y a la vida (5,7%).

En primera instancia, los jueces favorecieron totalmente a los nortesantandereanos en el 57,2% de los casos; 18,4% se configuró como hecho superado; 2,3% se concedió parcialmente; se negó el 10,2%, y 11,7% se declaró improcedente.

Estas fueron las entidades con el mayor número de tutelas: Medimás/Cafesalud (9,7%), Nueva EPS (6,2%), las alcaldías (5,4%), el centro de servicios judiciales, juzgados, cortes y tribunales (5,2%) y las secretarías de salud (5%).

En este departamento, los problemas de acceso a los servicios en salud se siguen presentando, entre otros, por la migración venezolana, ya que dicha población busca, esencialmente, la atención para patologías de alto costo y la atención prenatal.

3.1.3.6. Tutelas en Caldas

Este departamento, con 11.349 acciones, ocupó el sexto lugar por número de tutelas y presentó una disminución de 22% en el promedio mensual con respecto al 2019.

En 27 municipios se interpuso al menos una tutela. Manizales (61,3%) fue la ciudad con el mayor número de ellas; la siguieron La Dorada (14%), Chinchiná (5,2%), Riosucio (2,3%) y Salamina (2,1%).

El derecho a la salud fue el más invocado (45,8%); lo siguieron los derechos de petición (28,8%), al debido proceso (8,3%), al mínimo vital (8,1%) y a la seguridad social (7,5%).

Estas fueron las entidades con el mayor número de tutelas: Medimás (11,5%), Asmet Salud (9,1%), Colpensiones (8,6%), Nueva EPS (7,9%) y Salud Total (5,3%).

En primera instancia, los jueces favorecieron totalmente a los caldenses en el 58,4% de los casos; el 17,9% se declaró hecho superado; el 4,5% se concedió parcialmente; se negó el 8,7%, y el 10,5% se declaró improcedente.

3.1.4 Entidades con el mayor número de tutelas

Tal como ha ocurrido en los últimos años, la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas se constituyó en 2020 como la entidad con el mayor número de tutelas en Colombia, con una participación del 8,15%, inferior en 2,49% a la observada en 2019. La siguieron, en orden decreciente, el Centro de Servicios Judiciales, Juzgados, Cortes, Tribunales (6,54%); las oficinas de tránsito y similares (5,98%); las alcaldías (5,54%), y Colpensiones (4,52%) (tabla 6).

A continuación, se hace un análisis de las entidades que en 2020 tuvieron más de 10.000 tutelas.

3.1.4.1. Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas (UARIV)

Las acciones de tutela en contra de la UARIV se radican, entre otros motivos, por la falta de información clara y veraz para reclamar indemnizaciones y por la negativa a incluir a los tutelantes en el Registro Único de Víctimas (RUV) con el argumento de que, según lo dispuesto en la Ley 1448 de 2011, el hecho victimizante no ocurrió en el marco del conflicto



armado interno. Es importante resaltar en este tema que la Corte Constitucional ha establecido que, en materia de solicitudes de inclusión en el RUV, se debe respetar el debido proceso, en especial en lo relacionado con la motivación de los actos administrativos que resuelven dichas solicitudes y con la aplicación vigente de la definición de víctima.

La Unidad para las Víctimas es una unidad administrativa especial del orden nacional, con personería jurídica y autonomía administrativa y patrimonial, adscrita al Departamento Administrativo para la Prosperidad Social.

La UARIV, de acuerdo con lo establecido en la Ley 1448 de 2011 y en el Decreto reglamentario 4802 de 2011, coordina el Sistema Nacional de Atención y Reparación Integral a las Víctimas, conformado por entidades públicas nacionales y territoriales, y por organizaciones

públicas y privadas que colaboran con la Unidad en la reparación integral a las víctimas.

Entre otras, estas son sus funciones:

- aportar insumos para el diseño, adopción y evaluación de la Política Pública de Atención Asistencia y Reparación Integral a las Víctimas, con enfoque diferencial;
- articular la oferta institucional para la atención, asistencia y reparación de las víctimas;
- coordinar la asignación y transferencia a las entidades territoriales de los recursos para la ejecución de los planes, proyectos y programas;
- realizar acompañamiento y seguimiento a los hogares víctimas;
- Contribuir con la inclusión en los programas sociales desarrollados por el Gobierno nacional.

Tabla 6. Entidades con más tutelas en el país (periodo 2019-2020)

	2019			2020*			Variación % en el promedio
	N.º de tutelas	Part. en tutelas (%)	Promedio mensual	N.º de tutelas	Part. en tutelas (%)	Promedio mensual	
Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas	66.059	10,64	5505	23.801	8,15	2645	-51,96
Centro de Servicios Judiciales, Juzgados, Cortes, Tribunales	36.931	5,95	3078	19.079	6,54	2120	-31,12
Oficinas de tránsito y similares	39.041	6,29	3253	17.448	5,98	1939	-40,41
Alcaldías	28.223	4,54	2352	16.169	5,54	1797	-23,61
Colpensiones	24.208	3,90	2017	13.210	4,52	1468	-27,24
Nueva EPS	26.397	4,25	2200	12.942	4,43	1438	-34,63
Medimás/Cafesalud	34.003	5,48	2834	12.437	4,26	1382	-51,23
Cooameva	28.922	4,66	2410	9458	3,24	1051	-56,40
Inpec, Uspec y penitenciarias	16.445	2,65	1370	9449	3,24	1050	-23,39
Fuerzas militares y de policía	17.125	2,76	1427	8601	2,95	956	-33,03
Ministerios	11.683	1,88	974	6457	2,21	717	-26,31
Instituciones prestadoras de salud (IPS)	10.045	1,62	837	5287	1,81	587	-29,82



Tabla 6. Entidades con más tutelas en el país (periodo 2019-2020)

Empresas de servicios públicos y operadores celulares	9379	1,51	782	5176	1,77	575	-26,42
Bancos, entidades financieras y tarjetas de crédito	7740	1,25	645	5168	1,77	574	-10,97
Salud Total	10.159	1,64	847	4870	1,67	541	-36,08
Magisterio, fondo del magisterio y Fiduprevisora	9059	1,46	755	4826	1,65	536	-28,97
Savia Salud/Alianza Medellín	14.926	2,40	1244	4679	1,60	520	-58,20
Universidades, SENA y centros educativos	7862	1,27	655	4454	1,53	495	-24,46
Asociación Mutual La Esperanza «Asmet Salud»	8854	1,43	738	3770	1,29	419	-43,23
Secretarías de salud y direcciones de salud	5909	0,95	492	3626	1,24	403	-18,18
Sura EPS	6067	0,98	506	3605	1,23	401	-20,77
Gobernaciones	5334	0,86	445	3352	1,15	372	-16,21
Servicio Occidental de Salud S.O.S	7850	1,26	654	3163	1,08	351	-46,28
Sanitas	5028	0,81	419	3078	1,05	342	-18,38
Comparta	8563	1,38	714	2768	0,95	308	-56,90
Secretarías de educación	5176	0,83	431	2658	0,91	295	-31,53
Emssanar	7033	1,13	586	2525	0,86	281	-52,13
Fondo de pensiones y cesantías Porvenir - Horizonte	3845	0,62	320	2386	0,82	265	-17,26
Coosalud	5529	0,89	461	2260	0,77	251	-45,50
Fiscalía General de la Nación	4437	0,71	370	2174	0,74	242	-34,67
Famisanar	4386	0,71	366	2114	0,72	235	-35,73
Fondo de pensiones y cesantías Protección	3407	0,55	284	1824	0,62	203	-28,62
Conjuntos y unidades de vivienda	2857	0,46	238	1719	0,59	191	-19,78
ARL Positiva	3764	0,61	314	1662	0,57	185	-41,13
Comisión Nacional del Servicio Civil	3384	0,54	282	1657	0,57	184	-34,71
Saludvida	6759	1,09	563	1571	0,54	175	-69,01
Superintendencias	2919	0,47	243	1373	0,47	153	-37,28
Registraduría Nacional del Estado Civil y Consejo Electoral	2981	0,48	248	1372	0,47	152	-38,63
Capital Salud	3039	0,49	253	1352	0,46	150	-40,68

Tabla 6. Entidades con más tutelas en el país (periodo 2019-2020)

Convida	2691	0,43	224	1310	0,45	146	-35,09
ICBF/Comisarias de familia	2316	0,37	193	1187	0,41	132	-31,66
Compensar	1761	0,28	147	1147	0,39	127	-13,16
Asociación Mutual Barrios Unidos de Quibdó	3013	0,49	251	1130	0,39	126	-49,99
Juntas de calificación de invalidez	1867	0,30	156	1126	0,39	125	-19,59
Comfenalco Valle	1973	0,32	164	1075	0,37	119	-27,35
Asociación Mutual Ser	2702	0,44	225	1024	0,35	114	-49,47
Ministerio Público	2177	0,35	181	1019	0,35	113	-37,59
Arl Sura	1843	0,30	154	1001	0,34	111	-27,58
Otros	95.321	15,35	7943	48.397	16,58	5377	-32,30
Total	620.992	100,0	51.749	291.936	100,0	32.437	-37,32

Nota: En una tutela puede existir más de un demandado. Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo. *Solo 9 meses

El 37,74% de las tutelas contra la UARIV se originó en Antioquia; la siguieron Bogotá (20,59%), Caquetá (17,44%), Meta (3,77%) y Valle del Cauca (2,74%). En 277 municipios se interpuso al menos una tutela contra esta entidad. Las ciudades con más acciones fueron Medellín (31,13%), Bogotá (20,59%), Florencia (16,74%), Villavicencio (3,14%) y Cali (1,76%).

En el 84,34% de las tutelas contra la UARIV se invocó el derecho de petición; lo siguieron la ayuda humanitaria (16,04%), la reparación a la población víctima de desplazamiento (14,97%), el debido proceso (2,57%) y el mínimo vital (2,56%). En primera instancia, estas fueron las decisiones de los jueces: concedidas totalmente (36,19%), hecho superado (41,9%), concedidas parcialmente (0,60%), improcedentes (5,46%), negadas (15,63%) y rechazadas (0,14%).

Según la UARIV⁶³, durante el 2020, se logró el retorno, ubicación o integración local de cerca de 2.531.779 víctimas, con entrega de esquemas especiales de acompañamiento familiar; 2.244.716 de víctimas habían superado su situación de vulnerabilidad; 71.382 personas accedieron

a una indemnización u a otra medida de reparación como rehabilitación, satisfacción, garantías de no repetición o restitución; 11.138 mujeres víctimas de violencia sexual fueron vinculadas a la estrategia VIVIFICARTE, y atendieron 111.006 hogares víctimas de desplazamiento forzado, entre otros.

3.1.4.2. Centros judiciales, juzgados, cortes y tribunales

Estos despachos ocuparon el segundo lugar: en conjunto, concentraron 19.079 acciones, con una participación del 6,54%, la cual se incrementó en 0,59% en relación con el 2019. El derecho al debido proceso fue el más invocado (68,78%); lo siguieron el derecho de petición (23,14%), al acceso a la justicia (10,65%), a la libertad (3,28%) y al mínimo vital (2,61%).

El 46,89% de estas acciones se originó en Bogotá; la siguieron Valle del Cauca (7,92%), Antioquia (6,61%), Tolima (5,64%) y Santander (5,08%). En 211 municipios se interpuso al menos una tutela. Las ciudades de mayor concentración que invocaron este derecho fueron Bogotá (46,89%), Cali (5,83%), Medellín (5,6%), Ibagué (5,02%) y Bucaramanga (4,4%). En primera instancia, estas fueron las decisiones de los jueces: concedidas totalmente (16,6%), hecho superado

63 Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas. Informe de rendición de cuentas 2020. <https://www.unidadadvictimas.gov.co/es/informe-rendicion-de-cuentas-2020/64788>



(14,32%), concedidas parcialmente (1,06%), improcedentes (28,56%), negadas (38,51%) y rechazadas (0,95%).

3.1.4.3. Oficinas de tránsito y similares

Las tutelas contra las oficinas de tránsito y similares se mantienen en los mismos niveles de participación de 2019; fueron la tercera entidad con más acciones en el país, con 17.748 tutelas.

Los derechos presentes en estas tutelas fueron petición (68,94%) y debido proceso (35,32%).

Las entidades territoriales con el mayor número de acciones fueron Bogotá (31,69%), Antioquia (22,99%), Valle del Cauca (9,93%), Atlántico (4,46%) y Santander (3,63%). En 369 municipios se interpuso al menos una tutela. Esta fueron las ciudades con las mayores frecuencias: Bogotá (31,69%), Medellín (14,12%), Cali (6,73%), Barranquilla (3,65%) y Bello (2,36%). En primera instancia, estas fueron las decisiones de los jueces: concedidas totalmente (25,44%), hecho superado (32,22%), concedidas parcialmente (1,47%), improcedentes (26,94%), negadas (13,78%) y rechazadas (0,15%).

En relación con las tutelas en contra de las oficinas de tránsito y similares, es importante hacer referencia a la sentencia C-038 de 2020⁶⁴, en la cual la Corte Constitucional decidió una acción pública de inconstitucionalidad presentada contra el parágrafo 1 del artículo 8 de la Ley 1843 de 2017. Este artículo reguló la instalación y puesta en marcha de sistemas automáticos, semiautomáticos y otros medios tecnológicos para la detección de infracciones; pero establecía una responsabilidad solidaria entre el propietario del vehículo y el conductor ante las fotomultas, sin establecer la participación del propietario en dicha infracción.

En este sentido, luego de precisar el alcance del principio de responsabilidad personal en materia sancionatoria — que exige imputación personal de las infracciones—, dicha corporación concluyó que dicha solidaridad no era aplicable a las sanciones impuestas por el Estado, debido a que iría en contra de la garantía al debido proceso con la que cuentan los ciudadanos, a que la carga de la prueba le corresponde al Estado, al principio de la presunción de inocencia y al ejercicio pleno de su derecho a la defensa. Además, no respetaba el

principio de responsabilidad personal de las sanciones, que implica demostrar que la infracción fue cometida por aquel a quien la ley culpa, y que se cometió de manera culpable.

Por lo anterior, conminó al Congreso de la República a legislar al respecto, ya que, al tratarse de normas de contenido sancionatorio, los sujetos responsables, las infracciones y las sanciones, deben estar determinados por el legislador de manera previa y cierta, como garantías del derecho al debido proceso. Sin embargo, advirtió que este hecho no implicaba que el sistema de detección de infracciones fuera inconstitucional, por lo que podía seguir funcionando. Igualmente, advirtió que la solidaridad sigue vigente en lo que respecta a vehículos vinculados a empresas de transporte.

3.1.4.4. Alcaldías

Las alcaldías municipales fueron las cuartas entidades más tuteladas durante 2020, con 16.169 acciones con una participación de 5,54%, un punto porcentual por encima de lo observado en 2019.

Los derechos más invocados en estas tutelas fueron de petición (65,32%), al debido proceso (15,24%), al mínimo vital (5,99%), al trabajo (4,02%) y a la salud (5,57%).

Estas fueron las entidades territoriales con el mayor número de acciones: Antioquia (17,18%), Valle del Cauca (11,48%), Bogotá (10,68%), Santander (5,75%) y Bolívar (5,2%). En 917 municipios se interpuso al menos una tutela. Estas fueron las ciudades con las mayores frecuencias: Bogotá (10,68%), Medellín (9,67%), Cali (6,52%), Cartagena (3,95%) y Cúcuta (3,15%). En primera instancia, estas fueron las decisiones de los jueces: concedidas totalmente (33,4%), hecho superado (29,82%), concedidas parcialmente (1,66%), improcedentes (19,22%), negadas (15,76%) y rechazadas (0,14%).

3.1.4.5. Colpensiones

Colpensiones fue la quinta entidad más tutelada durante 2020, con 13.210 acciones (una participación de 4,52%), 0,62 puntos porcentuales por encima de lo observado en 2019.

Los derechos más invocados en estas tutelas fueron de petición (60,99%), a la seguridad social (36,82%), al

⁶⁴ Corte Constitucional, Sentencia C-038 de 2020.



mínimo vital (14,46%), al debido proceso (6,55%) y a la salud (1,77%).

Estas fueron las entidades territoriales con el mayor número de acciones: Antioquia (26,1%), Bogotá (18,4%), Valle del Cauca (13 ciento), Caldas (7,4%) y Risaralda (7%). En 207 municipios se interpuso al menos una tutela. Estas fueron las ciudades con las mayores frecuencias: Medellín (22,15%), Bogotá (18,37%), Cali (10,38%), Pereira (6,69%) y Manizales (6,68%). En primera instancia, estas fueron las decisiones de los jueces: concedidas totalmente (55,74%), hecho superado (16,1%), concedidas parcialmente (2,3%), improcedentes (14,65%), negadas (10,96%) y rechazadas (0,26%).

Según Colpensiones⁶⁵, durante el año 2020, se recibieron más de 16.325 solicitudes, entre peticiones, quejas, reclamos, denuncias y de acceso a la información. Es de anotar que entre los motivos identificados por los que los usuarios interponen acciones de tutela están inconsistencias en la historia laboral, traslado de aportes y semanas cotizadas, entre otros.

3.1.4.6. Tutelas contra Nueva EPS

En 2020, Nueva EPS concentró 12.492 tutelas, con una participación de 4,43%, cifra similar a la de 2019. Estos fueron los derechos más invocados en estas tutelas: a la salud (79,13%), al mínimo vital (14,65%), a la vida (9,45%), de petición (6,5%) y a la dignidad humana (3,68%). Estas fueron las entidades territoriales con el mayor número de acciones: Antioquia (15,96%), Valle del Cauca (9,79%), Santander (9,28%), Caldas (6,92%) y Norte de Santander (6,47%). En 521 municipios se invocó al menos una tutela. Las ciudades con el mayor número de tutelas fueron Medellín (6,51%), Bogotá (6%), Bucaramanga (5,57%), Cali (4,73%) y Cúcuta (4,36%). En primera instancia, estas fueron las decisiones de los jueces: concedidas totalmente (79%), hecho superado (7,55%), concedidas parcialmente (4,18%), improcedentes (3,62%), negadas (5,56%) y rechazadas (0,08%).

Según información de la Superintendencia Nacional de Salud⁶⁶, durante el año 2020, llegaron al grupo de tutelas de dicha entidad 37.843 notificaciones judiciales, relacionadas

con acciones de tutela, incidentes de desacato, derechos de petición y requerimientos. En este sentido señalan que los procesos a los que se vinculan corresponden a acciones de tutela elevadas por los usuarios del sistema de salud contra las diferentes aseguradoras por no acceso al servicio de salud; suministro de medicamentos e insumos; pago de incapacidades, procedimientos o cirugías, y derechos de petición. De dichas acciones de tutela informan que el mayor número son contra la Nueva EPS, Medimás, Coomeva EPS, SOA EPS, Emssanar y Famisanar EPS.

La Defensoría, en este sentido, ha identificado como principales problemáticas la falta de oportunidad en citas con especialistas; fallas en el proceso de referencia y contrarreferencia; especialmente en los departamentos conocidos como antiguos territorios, y la falta de resolutivez en las regiones (todo está centralizado).

3.1.4.7. Tutelas contra Medimás EPS

La séptima entidad con el mayor número de tutelas en el país durante 2020 fue Medimás con 12.471 acciones y una participación de 4,27%, cifra 1,23% inferior a la observada en 2019. Esta disminución se debió al menor número de afiliados. En el 81,76% de estas tutelas se invocó el derecho fundamental a la salud, seguido del derecho al mínimo vital (10,2%), a la vida (8,67%), de petición (8,46%) y a la dignidad humana (3,02%).

Antioquia fue el departamento con el mayor número de tutelas (13,61%); lo siguieron Norte de Santander (10,52%), Risaralda (10,51%), Caldas (10,43%) y Valle del Cauca (8,86%). En 450 municipios se interpuso una tutela contra esta entidad. Las ciudades con mayor frecuencia fueron Cúcuta (8,74%), Bogotá (7,44%), Pereira (6,34%), Medellín (5,68%) e Ibagué (3,94%).

En primera instancia, estas fueron las decisiones de los jueces: concedidas totalmente (80,91%), hecho superado (7,83%), concedidas parcialmente (4,65%), improcedentes (3,14%), Negadas (3,39%) y rechazadas (0,07%).

Es de anotar que la Superintendencia Nacional de Salud⁶⁷, debido a los innumerables incumplimientos de MEDIMÁS EPS a las normas vigentes y a las múltiples afectaciones a los

⁶⁵ Colpensiones. Informe de peticiones, quejas, reclamos, denuncias y solicitudes de acceso a la información. https://www.colpensiones.gov.co/Documentos/informe_de_peticiones_quejas_reclamos_denuncias_y_solicitudes_de_acceso_a_la_informacion

⁶⁶ Superintendencia Nacional de Salud. Informe de gestión 2020. <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/planeacion/InformesGestion/GG-62.pdf>

⁶⁷ Superintendencia Nacional de Salud. Resolución 237 del 12 de noviembre de 2020 <https://www.supersalud.gov.co/es-co/Noticias/listanoticias/la-eps-medimas-dejara-de-operar-en-8-departamentos-supersalud>



derechos de los usuarios, mediante la Resolución 2379 de 2020 del 15 de mayo de 2020, revocó su funcionamiento en 8 departamentos de Colombia: Atlántico, Bolívar, Cauca, Cundinamarca, Guainía, la Guajira y Magdalena. Al respecto concluyó, a través de la Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional, en apoyo del análisis realizado a través de los conceptos emitidos por la Superintendencia Delegada para las Medidas Especiales, la Superintendencia Delegada para la Supervisión de Riesgos y la Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario, que dicha aseguradora «incumple de forma reiterada e injustificadas las condiciones de habilitación, técnico-administrativas, tecnológicas o científicas que ponen en riesgo la efectividad de los servicios, la seguridad de los afiliados y la destinación de los recursos del sector», además de «incumplir de forma reiterada e injustificada con el giro oportuno de los recursos a los prestadores de servicios de salud por las obligaciones causadas por concepto de servicios y tecnologías en salud».

Asimismo, la Defensoría del Pueblo identificó en el periodo comprendido entre el 1 de abril y el 6 de mayo de 2020 quejas de usuarios con diagnósticos de cáncer, diabetes, enfermedad pulmonar crónica, enfermedad renal crónica y enfermedades huérfana o raras, en el que la participación de dicha entidad fue del 28% del total de estas.

3.2 La tutela y el derecho a la salud

La jurisprudencia constitucional ha considerado que, el derecho a la salud es un elemento estructural de la dignidad humana, con naturaleza de derecho fundamental autónomo e irrenunciable⁶⁸. En este sentido, la Corte Constitucional, atendiendo lo establecido en la Constitución Política de 1991, ha estudiado la atención en salud, en dos dimensiones de amparo, una como derecho y otra como servicio público a cargo del Estado. En cuanto al primero, ha establecido que debe ser prestado de manera eficiente, oportuna y con calidad, atendiendo los principios de integralidad y continuidad; en tanto que, la salud como servicio, ha advertido que su prestación debe atender a los principios de universalidad, eficiencia y solidaridad.

En esta sección del documento, los resultados se refieren a las acciones de tutela interpuestas durante el año 2020, en las cuales los ciudadanos invocaron el derecho fundamental a la salud, bien fuera como derecho individualizado o en conjunto con otros derechos. Es de anotar que las tutelas que contenían el derecho a la salud como invocado fueron las que más disminuyeron significativamente en el promedio mensual, en razón a la pandemia por el COVID-19, a las restricciones de presencialidad y al cierre de juzgados. Así las cosas, en 2020, el número de tutelas que invocaron el derecho fundamental a la salud disminuyó en su promedio mensual en 47,34%, cifra superior a la disminución observada en todas las tutelas interpuestas en Colombia.

Lo anterior también se manifiesta en la participación del derecho a la salud que pasó de 33,43% en 2019 a 28,19% en 2020, lo que indica, como ya se mencionó, que la pandemia y el miedo al contagio, además del cierre de los juzgados y el desconocimiento de la mayoría de los usuarios del método implementado por la rama de justicia para acudir a esta protección constitucional en medio del confinamiento (Consejo Superior de la Judicatura, s. f.), así como a su escasa o casi nula difusión afectó en mayor proporción a los usuarios de salud (tabla 7 y Gráfica 3).

Igualmente hay que señalar que, en las decisiones de los jueces en primera instancia, el derecho a la salud tuvo el porcentaje más alto de favorecimiento total, entre todos los derechos invocados (73,86%), lo que sumado al 11,54% de hecho superado —cuando el demandado cumple con la pretensión durante el desarrollo de la tutela o cuando el accionante fallece— y al 4,95% de concesión parcial, indica el alto nivel de pertinencia y procedencia de la acción de tutela para acceder al derecho fundamental de la salud.

68 Corte Constitucional, Sentencia T-012 de 2020.

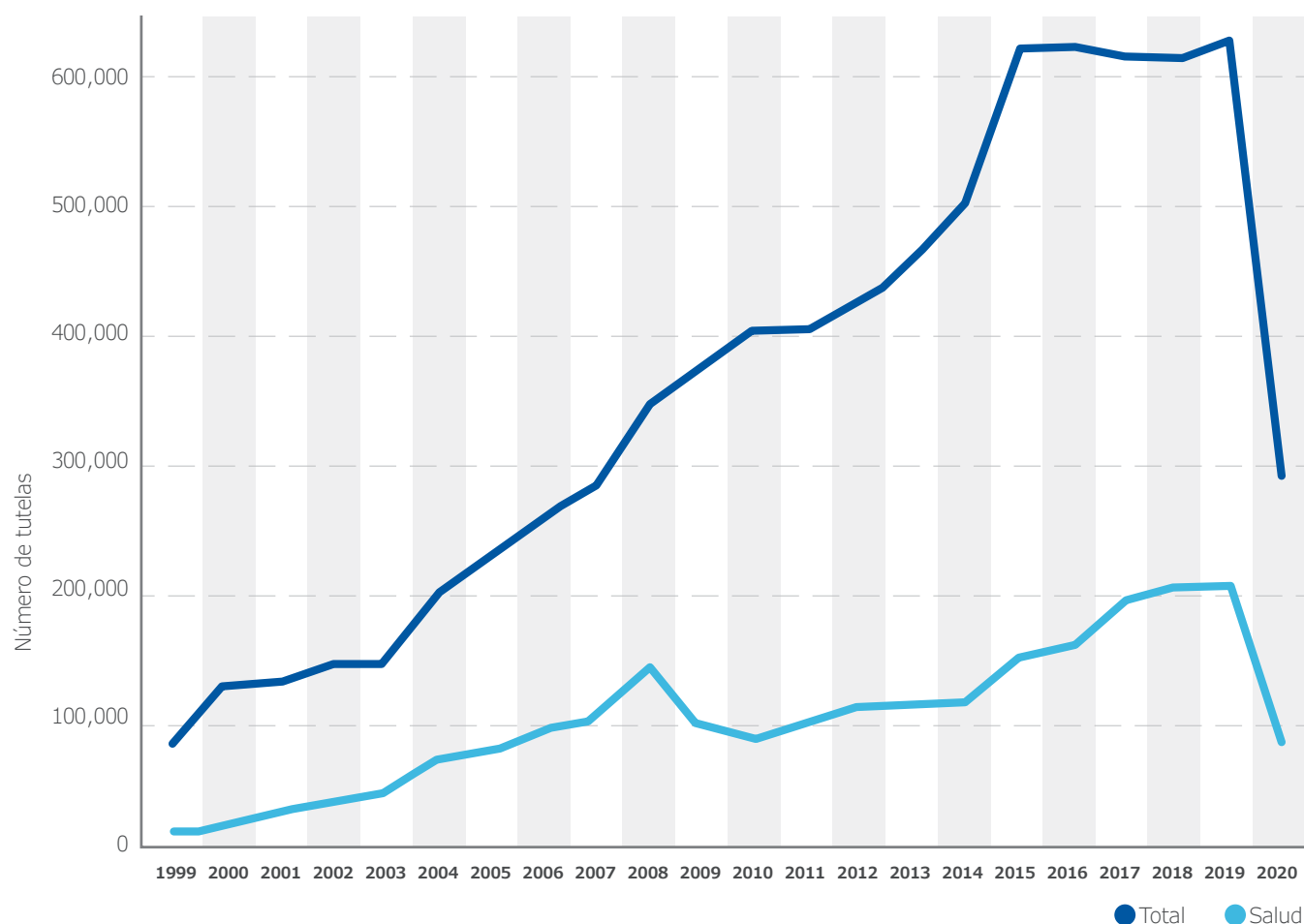


Tabla 7. Participación de las tutelas de salud (periodo 1999-2020)

Año	Tutelas en Colombia		Tutelas en salud		Participación salud %	Tasa de crecimiento en promedio mensual %	
	Total	Promedio mensual	Total	Promedio mensual		Total	Salud
1999	86.313	7193	21.301	1775	24,68	-	-
2000	131.764	10.980	24.843	2070	18,85	52,66	16,63
2001	133.272	11.106	34.319	2860	25,75	1,14	38,14
2002	143.887	11.991	42.734	3561	29,70	7,96	24,52
2003	149.439	12.453	51.944	4329	34,76	3,86	21,55
2004	198.125	16.510	72.033	6003	36,36	32,58	38,67
2005	224.270	18.689	81.017	6751	36,12	13,20	12,47
2006	256.166	21.347	96.226	8019	37,56	14,22	18,77
2007	283.637	23.636	107.238	8937	37,81	10,72	11,44
2008	344.468	28.706	142.957	11.913	41,50	21,45	33,31
2009	370.640	30.887	100.490	8374	27,11	7,60	-29,71
2010	403.380	33.615	94.502	7875	23,43	8,83	-5,96
2011	405.359	33.780	105.947	8829	26,14	0,49	12,11
2012	424.400	35.367	114.313	9526	26,94	4,70	7,90
2013	454.500	37.875	115.147	9596	25,33	7,09	0,73
2014	498.240	41.520	118.281	9857	23,74	9,62	2,72
2015	614.520	51.210	151.213	12.601	24,61	23,34	27,84
2016	617.071	51.423	163.977	13.665	26,57	0,42	8,44
2017	607.499	50.625	197.655	16.471	32,54	-1,55	20,54
2018	607.308	50.609	207.734	17.311	34,21	-0,03	5,10
2019	620.257	51.688	207.368	17.281	33,43	2,13	-0,18
2020*	290.531	32.281	81.899	9100	28,19	-37,55	-47,34
Total	7.865.046		2.333.138		29,66		

Nota: En una tutela puede existir más de un demandado. Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo. *Solo 9 meses

Gráfica 3. Número de tutelas interpuestas en Colombia (periodo 1992 - 2020)



3.2.1 El derecho a la salud y su relación con otros derechos

Después de que el derecho a la salud fue declarado como fundamental de manera autónoma, la interposición de estas tutelas, en asocio con otros derechos fundamentales, ha venido en descenso; sin embargo, durante 2020 se observa una mayor asociación con el derecho a la vida (10,56%), con el derecho a la dignidad humana (3,73%), con el derecho a la seguridad social y con el derecho a la integridad personal (1,56%) (tabla 8).

3.2.2 Despachos judiciales y decisión en primera instancia

En primera instancia, las tutelas que contenían el derecho fundamental a la salud fueron favorables totalmente en el 73,86% de los casos y parcialmente en 4,95%. A lo anterior hay que adicionar que el 11,54% correspondió a hecho superado (que por lo general se presenta cuando, en el transcurso de la acción judicial, el accionado cumple con lo requerido por el accionante; o, porque este último fallece) y solamente el 9,65% fue negado, rechazado o improcedente.

Los jueces que más tramitaron tutelas de salud fueron los penales municipales (27,01%), seguidos de los civiles municipales (23,25%) y de los promiscuos municipales (21,14%). El porcentaje de fallos favorables más altos se observó

Tabla 8. El derecho a la salud asociado con otros derechos (periodo 2019-2020).

Derechos	2019		2020*	
	N.º tutelas	% en tutelas	N.º tutelas	% en tutelas
Salud	207.368	100,00	81.899	100,00
Vida	12.884	6,21	8649	10,56
Dignidad humana	135	0,07	3057	3,73
Seguridad social	1200	0,58	1281	1,56
Integridad personal	87	0,04	1250	1,53
Petición	2160	1,04	1195	1,46
Mínimo vital	932	0,45	1138	1,39
Igualdad	172	0,08	437	0,53
Niños	24	0,01	353	0,43
Debido proceso	312	0,15	333	0,41
Trabajo	170	0,08	185	0,23
Estabilidad laboral reforzada	230	0,11	170	0,21
Acceso a la justicia	126	0,06	79	0,10
Familia	37	0,02	34	0,04
Personalidad jurídica	64	0,03	29	0,04
Educación	74	0,04	25	0,03
Otros	179	0,09	234	0,29
Total tutelas de salud interpuestas	207.368		81.899	

Nota: En una tutela puede existir más de un demandado. Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo. *Solo 9 meses

en los juzgados de menores (con el 85% de favorecimiento total), juzgados promiscuos municipales (78,05%), y juzgados promiscuos del circuito (75,77%); mientras que los más bajos se observaron en la Corte Suprema de Justicia (13,33%) y consejo de Estado (22,22%) (tabla 9).

En primera instancia, en las entidades con más de 500 tutelas anuales, Barrios Unidos de Quibdó fue la entidad con el mayor número de fallos en contra (90,9%), seguida de Mutual Ser (86,06%), Comparta (85,15%), Asmet Salud (84,82%) y Emmsanar (84%), todas pertenecientes al Régimen subsidiado.

Es importante resaltar para el caso de Barrios Unidos de Quibdó, que mediante Resolución 1214 de 2021 emitida por la Superintendencia Nacional de Salud, se ordenó su liquidación, la cual fue inicialmente interrumpida por fallo de tutela del 08 de marzo de 2021, proferida por Juzgado Primero Administrativo Oral del Circuito de Quibdó y que fue resuelta, finalmente, por el Tribunal Administrativo del Chocó, a través de la Sentencia N.º 043 del 28 de abril 2021, al revocar la sentencia de primera instancia.

**Tabla 9. Despachos judiciales y decisión en primera instancia de las tutelas en salud
[periodo 2019-2020]**

Despachos judiciales	2019			2020*		
	N.º tutelas	Part. %	Concedidas en primera instancia%	N.º tutelas	Part. %	Concedidas en primera instancia%
Juzgado de Menores	746	0,36	79,09	20	0,02	85,00
Consejo Seccional de la Judicatura	5	0,00	60,00	5	0,01	80,00
Juzgado Promiscuo Municipal	46.306	22,33	83,37	17.315	21,14	78,05
Juzgado Promiscuo del Circuito	1002	0,48	80,14	454	0,55	75,77
Juzgado Civil del Circuito Especializado	774	0,37	78,17	364	0,44	74,73
Juzgado Promiscuo de Familia	2705	1,30	77,19	1386	1,69	74,68
Juzgado Civil del Circuito	5841	2,82	80,41	2674	3,26	74,64
Juzgado Civil Municipal	51.699	24,93	80,59	19.043	23,25	74,18
Juzgado Penal Municipal	58.666	28,29	78,91	22.121	27,01	73,45
Juzgado Penal del Circuito	8183	3,95	77,75	3714	4,53	73,02
Juzgado Familia del Circuito	14.357	6,92	78,70	329	0,40	71,73
Juzgados Laborales	4085	1,97	76,33	1838	2,24	71,06
Juzgado de Pequeñas Causas	45	0,02	77,78	6043	7,38	70,51
Juzgados Administrativos	6107	2,95	76,13	2949	3,60	70,16
Juzgado Penal del Circuito Especializado	937	0,45	76,52	451	0,55	69,18
Juzgado de Ejecución de Penas	2718	1,31	70,49	1538	1,88	68,99
Juzgado de Familia	2163	1,04	74,76	954	1,16	68,45
Juzgado Penal para Adolescentes	756	0,36	72,35	328	0,40	67,99
Sin identificar	3	0,00	33,33	6	0,01	50,00
Tribunal Superior	217	0,10	41,47	302	0,37	26,49
Tribunal Administrativo	35	0,02	57,14	41	0,05	24,39
Consejo de Estado	2	0,00	50,00	9	0,01	22,22
Corte Suprema de Justicia	16	0,01	18,75	15	0,02	13,33
Total	207.368	100,00	79,92	81.899	100,00	73,86

Nota: En una tutela puede existir más de un demandado. Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo. *Solo 9 meses



Es de anotar que esta entidad contaba con 771.557 afiliados en los departamentos de Chocó, Atlántico, Bolívar, Valle del Cauca, Sucre, Magdalena, Cesar y Córdoba, y tenía medida de vigilancia especial por parte de la Supersalud desde agosto de 2016. Sin embargo, al no lograr superar los problemas en los indicadores financieros, jurídicos y técnico-científicos, además de los problemas de flujo de recursos hacia su red prestadora, que ponía en riesgo a los usuarios en la garantía de su atención, dicha entidad optó por su liquidación⁶⁹.

3.2.3 Lugar de origen de las tutelas de salud

En relación con las tutelas de salud, primero se realiza un análisis detallado de las tutelas por departamentos; luego, los cinco departamentos con el mayor número de tutelas se estandarizan por número de habitantes para permitir un mejor análisis comparativo. Finalmente, se presenta el detalle a nivel municipal, dado que el derecho tutelado con mayor frecuencia —en el 49,6% de los municipios— corresponde al derecho a la salud.

3.2.3.1 Tutelas de salud a nivel departamento

Antioquia obtuvo el mayor número de tutelas en 2020 (18,63%), seguido del Valle del Cauca (12,2%), Bogotá (8,27%), Norte de Santander (7,32%) y Caldas (6,35%). Los primeros 4 departamentos son los mismos de 2019; el quinto, Caldas, reemplaza a Santander. Por otro lado, algunas regiones como Vaupés, Guaviare y Vichada presentan los promedios más bajos en la interposición de tutelas. A pesar de que en todos los departamentos hay disminuciones en el promedio mensual de tutelas de salud, se observaron aumentos en las participaciones de Caldas, Valle del Cauca y Bogotá (tabla 10).

Los resultados expuestos confirman que las acciones de tutela se relacionan con el conocimiento de los usuarios respecto a estas, y con la facilidad que ellos tengan para interponerlas. En este sentido, en regiones como Guaviare, Guainía, Vaupés y Vichada, a pesar de presentar graves problemáticas en salud, tales problemáticas no se ven reflejadas en el número de acciones que se interponen anualmente. Es de resaltar que estos departamentos, por ser zonas dispersas, presentan

problemas de desplazamiento del territorio donde residen al hospital ubicado en la ciudad capital para acceder a los servicios de salud; asimismo es difícil el acceso a la IPS del nivel de atención requerido para tratar la patología, que generalmente está fuera del departamento. Además, es evidente la falta de actividades de promoción y prevención en la salud, la interrupción de los tratamientos y los obstáculos para recibir medicamentos. Estas circunstancias hacen que las condiciones de salud en esta población empeoren con el pasar del tiempo. Adicionalmente, existen problemas con los albergues, a los que no les pagan a tiempo y permanecen sobrepoblados debido a la demora en el retorno de los pacientes a su territorio.

3.2.3.1.1 Tutelas de salud en Antioquia

Tal como sucedió en años anteriores, Antioquia fue el departamento con más acciones que invocaron el derecho a la salud en Colombia, con 15.260 acciones; tuvo, no obstante, una disminución en la participación de 1,4 puntos en relación con el año anterior.

En 118 municipios se interpuso al menos una tutela invocando este derecho. Medellín, con el 43,81%, fue la ciudad con el mayor número, seguida de Itagüí (5,5%), Bello (3,98%), Envigado (3,73%) y Rionegro (3,3%).

Las entidades con más tutelas fueron las siguientes: Savia Salud/Alianza Medellín (28,11%), Coomeva (11,86%), Sura (10,87%), Nueva EPS (10,52%) y Medimás (8,84%).

En relación con las decisiones en primera instancia, en el 72,08% de los casos los jueces favorecieron totalmente a los antioqueños; el 14,02% se constituyó como hecho superado, y concedidas parcialmente, en el 6,93%.

Los principales motivos de interposición de las acciones de tutela en salud se presentaron por la falta de acceso a los servicios de salud, así como de la entrega de medicamentos. En este sentido, la Personería de Medellín, a través del Observatorio del Derecho Fundamental a la Salud realizó visitas de inspección a la red de farmacias de dicha ciudad —en 2020—; se evidenciaron barreras de acceso a los tratamientos médicos: farmacias sin stock suficiente, regentes condicionados a dispensar medicamentos de marcas o de laboratorios específicos y largos recorridos entre farmacias para dispensar una misma fórmula médica (Personería de Medellín, 2020). Adicionalmente, observaron el cobro de varias cuotas moderadoras por una misma fórmula, cobros

69 Supersalud, Resolución 1214 de 2021



Tabla 10. Tutelas de salud por departamento (periodo 2019 - 2020)

Departamento	2019			2020*			Variación% en el promedio
	N.º tutelas	Part. %	Promedio mensual	N.º tutelas	Part. %	Promedio mensual	
Antioquia	41.545	20,03	3462	15.260	18,63	1.696	-51,02
Valle del Cauca	23.160	11,17	1930	9991	12,20	1.110	-42,48
Bogotá D.C.	15.171	7,32	1264	6769	8,27	752	-40,51
Norte de Santander	14.782	7,13	1232	5992	7,32	666	-45,95
Caldas	9940	4,79	828	5202	6,35	578	-30,22
Santander	12.641	6,10	1053	4649	5,68	517	-50,96
Risaralda	9804	4,73	817	3701	4,52	411	-49,67
Tolima	8198	3,95	683	3264	3,99	363	-46,91
Cundinamarca	6061	2,92	505	2542	3,10	282	-44,08
Córdoba	6977	3,36	581	2341	2,86	260	-55,26
Huila	4741	2,29	395	1993	2,43	221	-43,95
Quindío	4388	2,12	366	1943	2,37	216	-40,96
Bolívar	5763	2,78	480	1920	2,34	213	-55,58
Cesar	5937	2,86	495	1910	2,33	212	-57,11
Nariño	4502	2,17	375	1839	2,25	204	-45,54
Boyacá	4143	2,00	345	1736	2,12	193	-44,13
Meta	4931	2,38	411	1670	2,04	186	-54,84
Cauca	4466	2,15	372	1574	1,92	175	-53,01
Atlántico	4147	2,00	346	1481	1,81	165	-52,38
Sucre	2481	1,20	207	1439	1,76	160	-22,67
Arauca	2869	1,38	239	1042	1,27	116	-51,57
Magdalena	3190	1,54	266	915	1,12	102	-61,76
Caquetá	2075	1,00	173	781	0,95	87	-49,82
Casanare	1200	0,58	100	532	0,65	59	-40,89
La Guajira	1089	0,53	91	336	0,41	37	-58,86
Chocó	1010	0,49	84	293	0,36	33	-61,32
Putumayo	681	0,33	57	290	0,35	32	-43,22

Tabla 10. Tutelas de salud por departamento (periodo 2019 - 2020)

Amazonas	302	0,15	25	175	0,21	19	-22,74
San Andrés	449	0,22	37	130	0,16	14	-61,40
Guainía	207	0,10	17	65	0,08	7	-58,13
Vichada	146	0,07	12	55	0,07	6	-49,77
Guaviare	214	0,10	18	48	0,06	5	-70,09
Vaupés	158	0,08	13	21	0,03	2	-82,28
Total	207.368	100,00	17.281	81.899	100,00	9100	-47,34

Nota: En una tutela puede existir más de un demandado. Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo. *Solo 9 meses

sin que los medicamentos fueran entregados, así como el incumplimiento de la Resolución 1604 de 2013, relacionada con tiempos de entrega de pendientes y envíos a domicilio, entre otros.

3.2.3.1.2 Tutelas de salud en Valle del Cauca

Valle del Cauca fue el segundo departamento que más sumó tutelas en el área de la salud. Allí fueron interpuestas 9991 acciones, con una disminución en el promedio mensual del 42,48%.

En 42 municipios se interpuso al menos una tutela invocando este derecho. Cali, con el 52,6%, fue la ciudad con el mayor número, seguida de Palmira (10,87%), Tuluá (6,8%), Cartago (6,47%) y Buenaventura (4,53%).

Las entidades más tuteladas fueron las siguientes: Emssanar (14,53%), Coomeva (14,36%), Servicio Occidental de Salud (11,11%), Medimás/Cafesalud (9,04%) y Nueva EPS (8,51%).

En relación con las decisiones en primera instancia, en el 77,77% de los casos los jueces favorecieron totalmente a los vallecaucanos, y parcialmente, en el 3,32%. Además, hay que mencionar que el 9,14% se constituyó como hecho superado.

3.2.3.1.3 Tutelas de salud en Bogotá

En tercer lugar se ubicó la ciudad de Bogotá con 6679 tutelas: su participación aumentó en 0,95% respecto a 2019. Las entidades con más tutelas en la capital de la República fueron estas: Capital Salud (12,7%), Famisanar (11,57%), Compensar (8,95%), Medimás (8,73%) y Sanitas (7,27%).

En relación con las decisiones en primera instancia, en el 59,34% de los casos los jueces favorecieron totalmente a los capitalinos (una de las más bajas); 15,47% se constituyó como hecho superado, y parcialmente, en el 5,83%.

3.2.3.1.4 Tutelas de salud en Norte de Santander

La cuarta entidad territorial con más tutelas en salud fue el departamento de Norte de Santander en donde se interpusieron 5992 acciones, cifra que muestra un incremento de 0,19% en su participación.

En 32 municipios de esta entidad territorial se interpuso al menos una tutela en salud. Cúcuta fue la ciudad con mayor participación (67,76%), seguida de Ocaña (18,83%), Pamplona (5,26%), Abrego (1,72%) y Villa del Rosario (1,55%).

Medimás fue la entidad con más tutelas (18,16%), le siguieron Nueva EPS (11,78%), Secretarías de salud (10,68%), Comfaoriente (8,8%) y Comparta (8,18%). En el 76,82% de los casos los jueces favorecieron totalmente en primera instancia a los nortesantandereanos; el 11,7% de las tutelas presentaron hecho superado.

El aumento de las tutelas contra las secretarías de salud se debe a la migración venezolana, que busca en Colombia — especialmente en las autoridades de este departamento — la protección de su derecho a la salud. En este sentido, se ha identificado que dicha población busca tratamiento para patologías de alto costo, casi siempre están muy avanzadas; asimismo buscan atención materno-infantil en lo que tiene que ver con la atención al parto y a la primera infancia.

3.2.3.1.5 Tutelas de salud en Caldas

En el quinto lugar se ubicó el departamento de Caldas; desplazó a Santander con 5202 tutelas. En 27 municipios de esta entidad territorial se interpuso al menos una tutela que invocaba este derecho. La ciudad de Manizales registró la mayor cantidad de acciones (49,79%), seguida de La Dorada (15,59%), Chinchiná (7%), Salamina (3,04%) y Riosucio (2,96%).

Las entidades con más acciones de tutela en el departamento fueron estas: Medimás (22,95%), Asmet Salud (19,22%), Nueva EPS (13,71%), Salud Total (8,98%) y Fuerzas Militares y de Policía (5,36%). En decisión de primera instancia, los jueces favorecieron totalmente a los Caldenses en el 76,53% de los casos, y parcialmente, en el 6,84%. Además, el 11,01% de las tutelas presentaron hecho superado.

3.2.3.2 Tutelas de salud a nivel departamento ajustada por habitantes

El indicador nacional *número de tutelas en salud por cada 10.000 habitantes* fue de 16,26, cifra inferior en 61,27% a la

observada en 2019. En 13 departamentos este indicador fue superior al nacional. El departamento de Caldas presentó el indicador más alto; le siguieron Risaralda, Norte de Santander, Arauca y Quindío.

Los departamentos de Guajira, Vaupés, Vichada y Chocó obtuvieron los indicadores más bajos (tabla 11), a pesar de que son departamentos con graves problemáticas en salud debido a su condición de zonas dispersas. Eso impide el acceso en condiciones de igualdad —en comparación con los demás colombianos— a la justicia y a los servicios en salud. Son ejemplos claros de los problemas que enfrentan estas comunidades los que se muestran en las sentencias T-302 de 2017 —que declaró el estado de cosas inconstitucional en el departamento de la Guajira— y T-357 de 2017 —que hizo un llamado de atención en el departamento del Vaupés por la vulneración del derecho fundamental a la salud y de la identidad cultural de 255 comunidades indígenas, a raíz de la ausencia de centros de salud o de unidades básicas de atención, así como de una deficiente prestación del servicio—.

Tabla 11. Número de tutelas en salud por cada 10.000 habitantes según el departamento (periodo 2019 – 2020)

Departamento	2019	2020*	Variación %
	N.º de tutelas en salud por cada 10.000 habitantes	N.º de tutelas en salud por cada 10.000 habitantes	
Caldas	98,58	51,08	-48,19
Risaralda	102,93	38,51	-62,59
Norte de Santander	94,43	36,98	-60,84
Arauca	102,42	35,42	-65,42
Quindío	80,09	34,98	-56,32
Tolima	61,39	24,36	-60,32
Antioquia	63,43	22,85	-63,97
Amazonas	38,84	22,15	-42,98
Valle del Cauca	51,39	22,04	-57,10
San Andrés	71,86	20,41	-71,60
Santander	56,49	20,38	-63,92

**Tabla 11. Número de tutelas en salud por cada 10.000 habitantes según el departamento
[periodo 2019 – 2020]**

Caquetá	51,09	19,02	-62,76
Huila	42,64	17,75	-58,37
Meta	46,87	15,70	-66,49
Sucre	26,71	15,16	-43,24
Cesar	47,41	14,74	-68,90
Boyacá	33,66	13,97	-58,50
Guainía	41,84	12,84	-69,32
Córdoba	38,58	12,80	-66,82
Casanare	28,00	12,22	-56,34
Nariño	27,64	11,30	-59,12
Cauca	30,21	10,55	-65,08
Bolívar	27,05	8,80	-67,45
Bogotá D.C.	19,98	8,74	-56,25
Putumayo	19,25	8,08	-58,05
Cundinamarca	19,64	7,84	-60,10
Magdalena	22,97	6,41	-72,08
Guaviare	25,26	5,54	-78,07
Atlántico	15,72	5,44	-65,39
Chocó	18,71	5,38	-71,25
Vichada	13,20	4,87	-63,12
Vaupés	36,98	4,70	-87,30
La Guajira	11,74	3,48	-70,37
Índice Nacional	41,98	16,26	-61,27

Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo. *Solo 9 meses

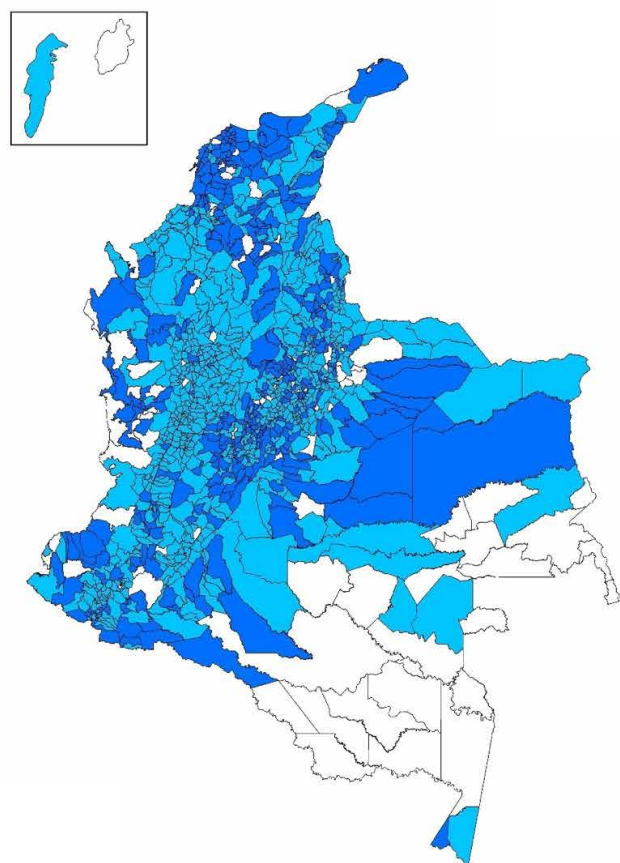
3.2.3.3 Tutelas en salud a nivel municipal

En 935 municipios se interpuso al menos una tutela que invocaba el derecho a la salud, 97 menos que en 2019 (mapas 3 y 4).

Teniendo en cuenta el indicador de número de tutelas por cada 10.000 habitantes, en cada municipio se elaboraron siete rangos para determinar el incremento en cada uno de ellos. De acuerdo con lo anterior, se encontró que el rango de mayor

incremento porcentual correspondió a municipios en los que no se interpusieron tutelas en salud (108,89%), seguido del rango de municipios que tienen entre 1 y 10 tutelas por cada 10.000 habitantes. Esta situación se debe al cierre de juzgados y a la falta de información sobre cómo ejercer el derecho a la administración de justicia durante la pandemia, que no permitieron que los ciudadanos que vieron vulnerado su derecho fundamental a la salud pudieran acudir a interponer tutelas (tabla 12).

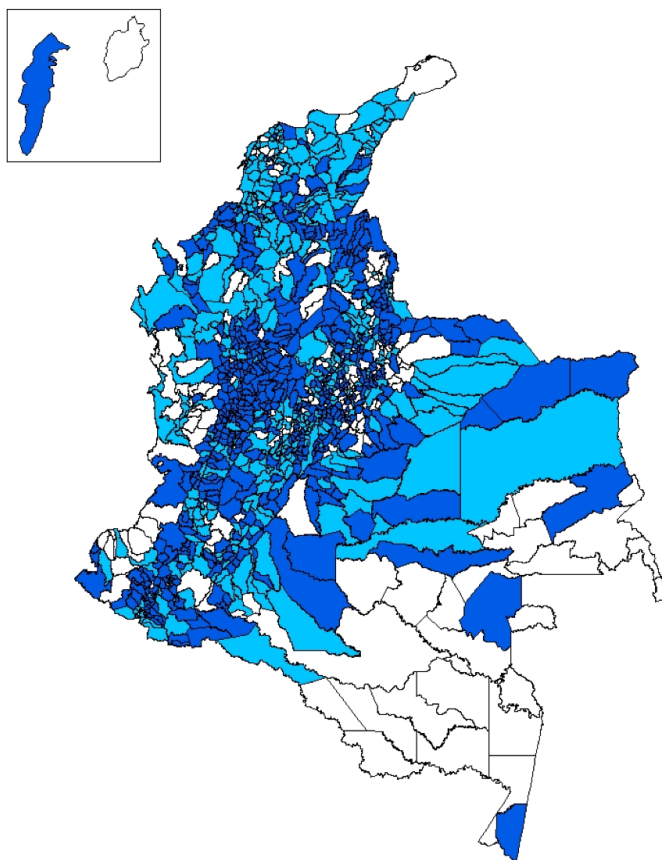
Mapa 3. Municipios con tutelas en salud (año 2019)



■ Municipios donde el derecho a la salud es el más invocado
■ Municipios donde el derecho a la salud es invocado en tutelas
□ Sin tutelas en salud

Fuente: Corte Constitucional Cálculos: Defensoría del Pueblo

Mapa 4. Municipios con tutelas en salud (año 2020)



■ Municipios donde el derecho a la salud es el más tutelado.
■ Municipios donde el derecho a la salud es invocado en las tutelas.
□ Sin tutelas en salud.

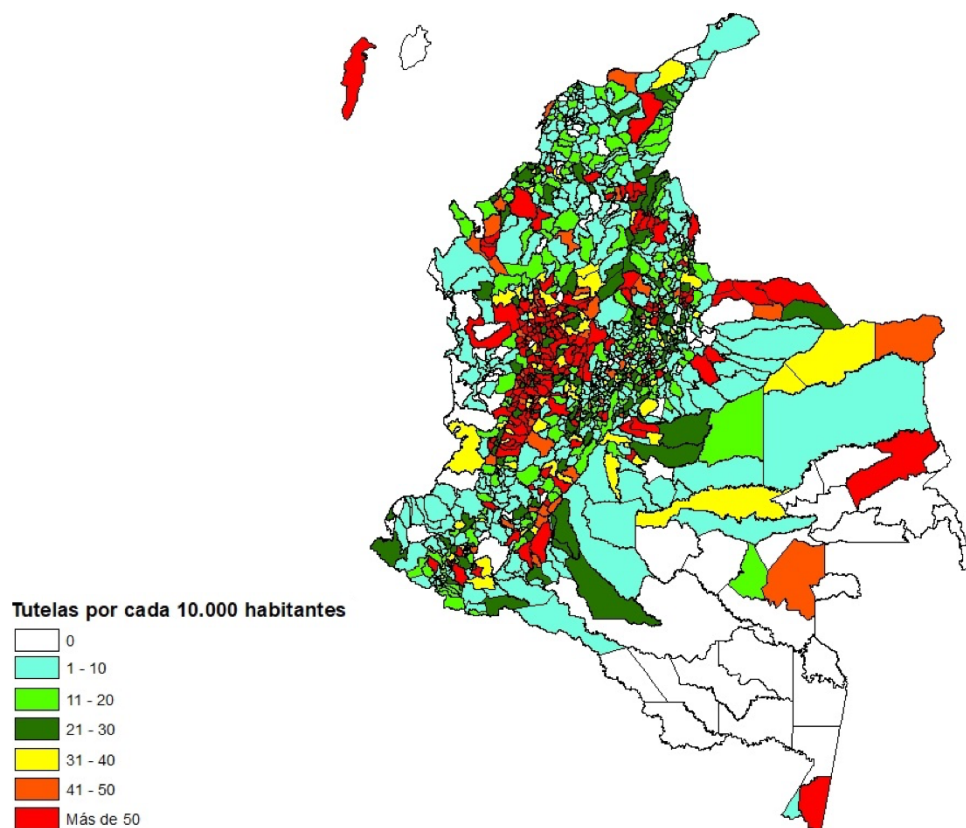
Fuente: Corte Constitucional Cálculos: Defensoría del Pueblo

Tabla 12. Número de municipios según el número de tutelas en salud por cada 10.000 habitantes [periodo 2019 - 2020]

Tutelas por cada 10.000 habitantes	2019		2020*		Variación %
	N.º de municipios	Part. %	N.º de municipios	Part. %	
Sin tutelas en salud	90	8,02	188	16,76	108,89
Entre 1 y 10 tutelas	363	32,35	764	68,09	110,47
Entre 11 y 20 tutelas	214	19,07	131	11,68	-38,79
Entre 21 y 30 tutelas	125	11,14	23	2,05	-81,60
Entre 31 y 40 tutelas	83	7,40	8	0,71	-90,36
Entre 41 y 50 tutelas	56	4,99	4	0,36	-92,86
Más de 50 tutelas	191	17,02	4	0,36	-97,91
Total	1122	100,00	1122	100,00	0,00

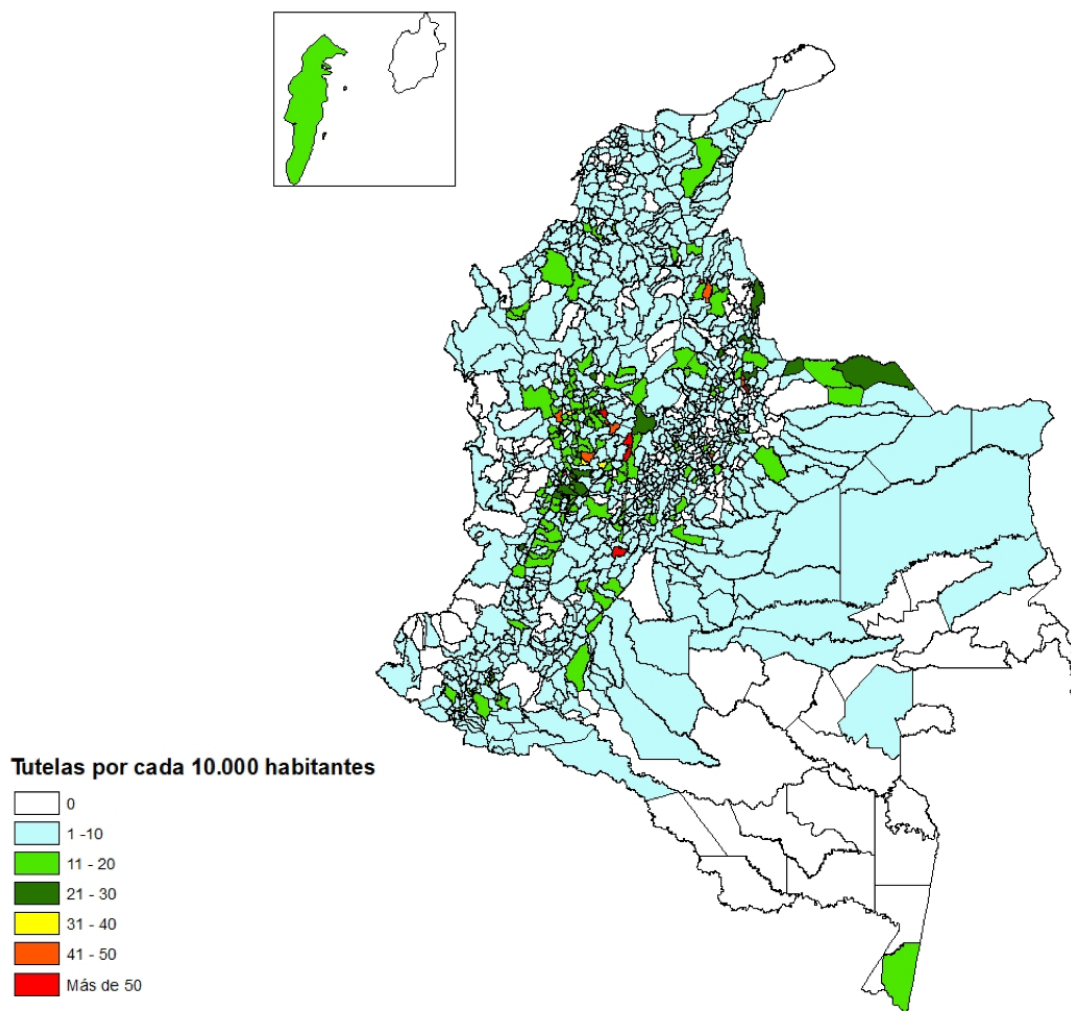
Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo. *Solo 9 meses

Mapa 5. Número de tutelas en salud por cada 10.000 habitantes en cada municipio (año 2019)



Fuente: Corte Constitucional Cálculos: Defensoría del Pueblo

Mapa 6. Número de tutelas en salud por cada 10.000 habitantes en cada municipio (año 2020)



Fuente: Corte Constitucional Cálculos: Defensoría del Pueblo

Como se puede observar en los dos últimos mapas, los municipios en donde no se presentaron tutelas en salud son los que se encuentran en zonas dispersas; ahí el acceso a la justicia es bastante limitado —aún más en condiciones de pandemia—. A la dificultad para desplazarse, por las largas distancias o por no contar con recursos económicos, se suma el hecho de no contar con tecnologías como internet para acceder a la información. Todo eso hace que los pobladores de estos municipios no reciban los servicios ofrecidos por el Gobierno nacional.

3.2.4 Entidades con el mayor número de tutelas de salud

Las EPS Medimás, Coomeva y Nueva EPS se han constituido como las entidades con el mayor número de acciones por vulneración al derecho fundamental a la salud durante los últimos años; el 2020, a pesar de los inconvenientes presentados, no es la excepción.

Nueva EPS resultó ser la entidad más demandada en 2020, con 10.239 tutelas por vulneraciones al derecho a la salud; su participación fue de 12,39, dos puntos porcentuales más que en el año anterior —producto del aumento en sus afiliados—. A esta entidad le siguieron Medimás (10.196), Coomeva (6100) y Savia salud (4417) (tabla 13 y Gráfica 4).

Tabla 13. Entidades más tuteladas por el derecho a la salud (periodo 2019 - 2020)

Entidades	2019			2020*			Variación % en el promedio
	N.º tutelas	Part. %	Promedio mensual	N.º tutelas	Part. %	Promedio mensual	
Nueva EPS	21.569	10,38	1797	10.239	12,39	1.138	-36,71
Medimás/Cafesalud	28.838	13,88	2403	10.196	12,34	1.133	-52,86
Cooimeva	20.849	10,04	1737	6.100	7,38	678	-60,99
Savia Salud/Alianza Medellín	14.351	6,91	1196	4417	5,35	491	-58,96
Asociación Mutua La Esperanza «Asmet Salud»	8507	4,09	709	3596	4,35	400	-43,64
Salud Total	7538	3,63	628	3293	3,99	366	-41,75
Secretarías de salud/ Direcciones de salud	5137	2,47	428	3105	3,76	345	-19,41
Fuerzas militares y de policía	7339	3,53	612	3070	3,72	341	-44,22
Sura EPS	4537	2,18	378	2762	3,34	307	-18,83
Comparta	8193	3,94	683	2640	3,20	293	-57,04
Sanitas	4051	1,95	338	2403	2,91	267	-20,91
Emssanar	6727	3,24	561	2369	2,87	263	-53,04
Magisterio/Fondo de previsión/Fiduprevisora	5620	2,71	468	2540	3,07	282	-39,74
Inpec, Uspec y penitenciarias	4683	2,25	390	2255	2,73	251	-35,80
Coosalud EPS	5140	2,47	428	2059	2,49	229	-46,59
Servicio Occidental de Salud SOS	4862	2,34	405	1655	2,00	184	-54,61
Famisanar	3239	1,56	270	1432	1,73	159	-41,05
Saludvida	6166	2,97	514	1304	1,58	145	-71,80
Capital Salud EPS	2873	1,38	239	1255	1,52	139	-41,76
Convida	2520	1,21	210	1250	1,51	139	-33,86
Asociación Mutua Barrios Unidos de Quibdó	2844	1,37	237	1077	1,30	120	-49,51
Asociación Mutua Ser	2523	1,21	210	940	1,14	104	-50,32
Cajacopi	1638	0,79	137	821	0,99	91	-33,17
Compensar	1252	0,60	104	749	0,91	83	-20,23

Tabla 13. Entidades más tuteladas por el derecho a la salud (periodo 2019 - 2020)

Empresa Cooperativa Solidaria de Salud «Ecoopsos»	1929	0,93	161	699	0,85	78	-51,68
Comfamiliar Huila	2013	0,97	168	690	0,84	77	-54,30
ARL Positiva	1528	0,74	127	609	0,74	68	-46,86
Alcaldías	591	0,28	49	566	0,69	63	27,69
ComfaOriente	1059	0,51	88	531	0,64	59	-33,14
Comfenalco Valle	682	0,33	57	410	0,50	46	-19,84
Ministerios	407	0,20	34	307	0,37	34	0,57
Comfamiliar de Nariño	569	0,27	47	281	0,34	31	-34,15
ARL Sura	467	0,22	39	279	0,34	31	-20,34
ADRES/Fosyga	333	0,16	28	242	0,29	27	-3,10
Colpensiones	372	0,18	31	239	0,29	27	-14,34
Otros	16.800	8,09	1400	6244	7,56	694	-50,44
Total	207.746	100,00	17.312	82.624	100,00	9180	-46,97

Nota: En una tutela puede venir más de un demandado *Solo 9 meses Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo.

Las entidades que aumentaron su participación en mayor proporción fueron las siguientes: Nueva EPS, secretarías de salud, Sura EPS, Sanitas, INPEC, USPEC y penitenciarías. Adicionalmente, hay que mencionar que las únicas entidades que aumentaron el promedio mensual de tutelas fueron las alcaldías y los ministerios, a raíz de los efectos de la pandemia; estos exigieron que tales autoridades tuvieran una mayor participación en la identificación y solución de las problemáticas en salud.

A continuación, se analizan las cinco entidades con el mayor número de tutelas en salud.

3.2.4.1 Tutelas contra Nueva EPS

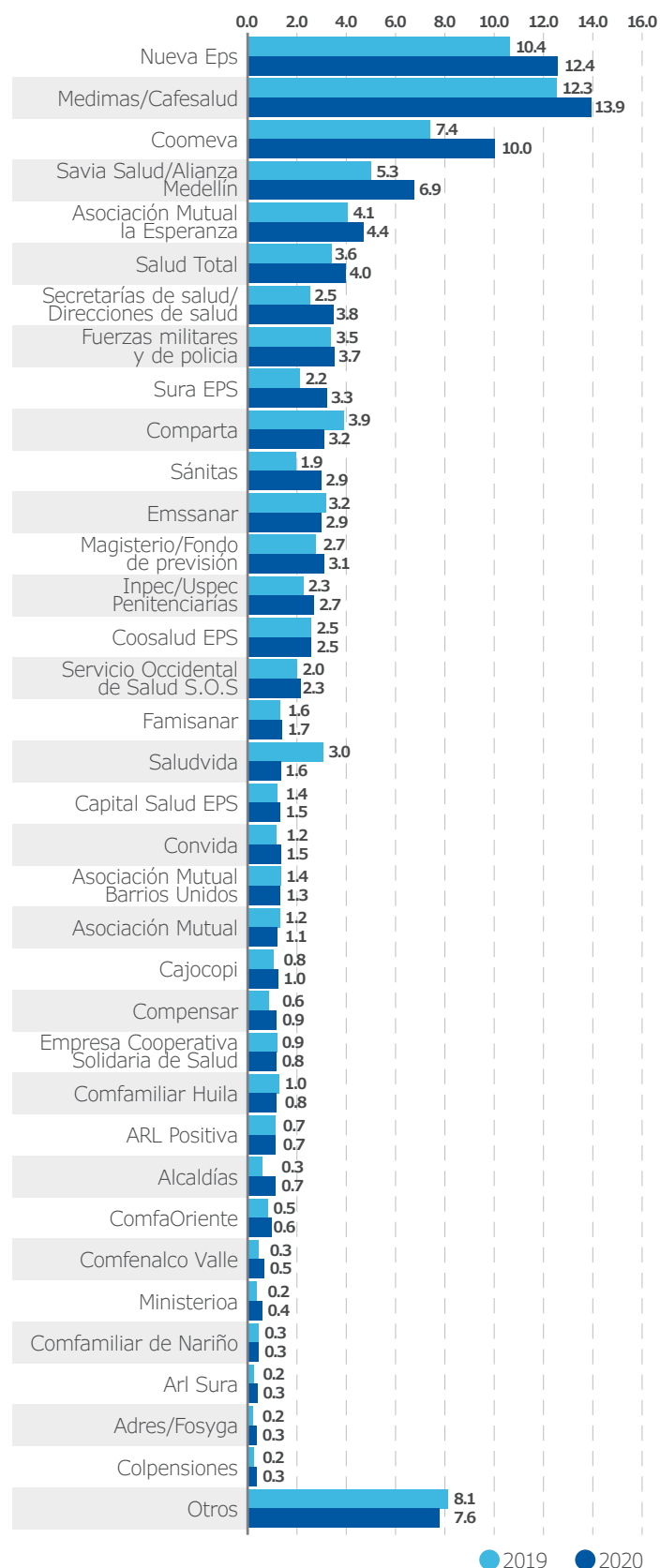
Hasta el 31 de diciembre de 2020, esta EPS concentró el mayor número de afiliados (7.346.739), un 18,47% más que en 2019. Ese aumento fue consecuencia de la distribución de los usuarios de EPS liquidadas, por lo que resultó ser la entidad con más tutelas en salud. Antioquia tuvo el mayor porcentaje de estas tutelas (15,67%), seguido de Santander (9,29%), Valle del Cauca (8,3%), Córdoba (7,02%) y Caldas (7,96%). El 80,18% de estas acciones fueron concedidas totalmente en

primera instancia por los jueces de la República; el 7,65% fue hecho superado, y el 4,74%, concedidas parcialmente. En 408 municipios del país se interpuso al menos una tutela en salud contra esta entidad: Medellín (5,96%), Bucaramanga (5,2%), Bogotá (4,59%), Montería (4,54%) y Cúcuta (4,42%) fueron las ciudades que concentraron el mayor número de tutelas.

Las tutelas contra esta aseguradora se enfocaron en problemas de referencia y contrarreferencia, continuidad en los tratamientos —especialmente de los usuarios asignados— y en oportunidad de citas con especialistas. Esta situación se agrava por la ineficiencia del nivel administrativo en las regiones donde cuenta con afiliados, especialmente de los que se ubican en zonas de alta dispersión geográfica.

3.2.4.2 Tutelas contra Medimás EPS

Durante 2020, Medimás redujo el número de afiliados en 1.402.816 (45,21%); pasó de ser la quinta entidad con el mayor número de usuarios en el país en 2019 a la undécima. De todas maneras, sigue siendo la segunda EPS con el mayor número de tutelas (10.196).



Gráfica 4. Participación porcentual de las entidades más tuteladas por el derecho a la salud (periodo 2019 - 2020)



La mayor concentración de estas acciones se encontró en el departamento de Antioquia (13,23%). La siguen Caldas (11,71%), Risaralda (11,38%), Norte de Santander (10,67%) y Valle del Cauca (8,86%). En primera instancia los jueces favorecieron totalmente a los tutelantes en el 82,63% de los casos; el 7,58% fue hecho superado, y concedidas parcialmente, el 5,19%. En 410 municipios (153 menos que en 2019) se interpuso al menos una tutela en salud contra esta EPS. Las ciudades con mayor cantidad de acciones fueron las siguientes: Cúcuta (8,66%), Pereira (6,69%), Bogotá (5,8%), Medellín (5,09%) e Ibagué (4,32%).

Es de anotar que por la decisión previa adoptada por la Superintendencia Nacional de Salud (SNS) —Resolución 2379 de 2020, que revocó parcialmente la licencia de funcionamiento de la EPS Medimás en 8 departamentos (Resolución No. 010258 de 15 de septiembre de 2020)— se ordenó el inicio de otra actuación administrativa de revocatoria parcial de autorización de funcionamiento a Medimás EPS. Además, revocó el funcionamiento de Medimás en 4 nuevos departamentos: Antioquia, Nariño, Santander y Valle del Cauca —Resolución 12877 del 12 de noviembre de 2020—. En estos territorios la entidad contaba con más de 700.000 usuarios distribuidos así: Antioquia (214.626 usuarios), Valle del Cauca (259.111), Santander (175.278) y Nariño (82.406)⁷⁰.

En esta ocasión, Supersalud argumentó que la aseguradora puso en riesgo la garantía al acceso efectivo de los servicios de salud, la seguridad de los afiliados y la destinación de los recursos del sector.

3.2.4.3 Tutelas contra Coomeva

Con un total de 6100, Coomeva fue la tercera entidad con más tutelas en el país; presentó una disminución de 2,65% en la participación, que se asocia en gran parte a la disminución de 171.660 afiliados (10,18%). Los departamentos con la mayor frecuencia fueron estos: Antioquia (29,67%), Valle del Cauca (23,52%), Santander (7,06%), Norte de Santander (6,74%) y Risaralda (6,15%). En primera instancia los jueces favorecieron totalmente a los tutelantes en el 82,36% de los casos; el 6,75% fue hecho superado, y concedidas parcialmente, 5,61%. En 204 municipios se interpuso al menos una tutela contra esta EPS. Las cinco ciudades con el mayor número de

acciones fueron Medellín (13,46%), Cali (11,74%), Cúcuta (5,21%), Bucaramanga (5,15%) y Palmira (4,64%).

Las tutelas contra Coomeva EPS evidencian las graves falencias que la afectan y que fueron detectadas por la Superintendencia Nacional de Salud desde 2016. En ese año se encontró en medida de vigilancia especial. Desde ahí la situación no mejora y las inconformidades y negaciones, manifestadas en las quejas y tutelas, crecen cada año.

Entre los problemas evidenciados en esta EPS está la deuda a la red prestadora. Esta situación le ha ocasionado embargos de sus recursos y le impide pagar a otros prestadores. Se estima una deuda cercana a los dos billones de pesos, que genera una cadena sistemática de negación de servicios en salud. Respecto al embargo, a pesar de la intervención del Ministerio de Salud, de la ADRES, de la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado y de la propia Superintendencia Nacional de Salud, no se logró nada favorable para la EPS ante el juzgado que la intervino ni ante el Tribunal Superior de Barranquilla y la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia: la decisión de esta última instancia fue la de negar el recurso.

Actualmente Coomeva registra indicadores por debajo de lo permitido, incumpliendo con los requisitos mínimos de habilitación de operación, sin pagos a la red y con carteras atrasadas de hasta de un año. Las IPS y los hospitales niegan de manera sistemática y consecutiva los servicios de urgencias a sus afiliados.

3.2.4.4 Tutelas contra Savia Salud EPS/ Alianza Medellín

Al igual que en 2019, el grupo Savia Salud/Alianza Medellín se situó en cuarto lugar con 4417 tutelas. Esa cifra refleja una disminución en la participación de 1,56% respecto del año anterior. Los departamentos con el mayor número de acciones fueron Antioquia (97,08%) y Tolima (1,2%). En primera instancia los jueces favorecieron totalmente a los tutelantes en el 68,56% de los casos; 19,62% fueron hecho superado; finalmente, se concedieron parcialmente en el 7,33% de los casos. En 146 municipios se interpuso al menos una tutela contra esta entidad. Las ciudades que tuvieron una mayor frecuencia de acciones fueron Medellín (34,74%), Itagüí (5,77%), Concordia (3,17%), Bello (3,01%) y Rionegro (2,22%).

⁷⁰ Superintendencia Nacional de Salud, Resolución 128777 de 2020.



La Superintendencia Nacional de Salud —Resolución 010626 del 25 de septiembre de 2020— prorrogó hasta el 27 de septiembre de 2021 la medida de vigilancia especial que rige sobre las EPS Savia Salud. Esto con el propósito de que continúe trabajando en mejorar la atención adecuada de sus afiliados en términos de calidad y oportunidad, ya que aún no cumple con los indicadores administrativos, asistenciales, jurídicos y financieros que le permitan superar las deficiencias que motivaron la vigilancia especial.

Entre los hallazgos encontrados por Supersalud, y que dieron lugar a esta medida, están los siguientes: más de 12.100 peticiones, quejas, reclamos y denuncias; 3721 acciones de tutela en salud; deficiencias en la implementación de acciones de detección temprana y protección específica dirigidas al binomio madre-hijo, así como el incumplimiento de indicadores de experiencia en la atención, en el porcentaje de fórmulas médicas entregadas de manera completa y en el porcentaje de fórmulas médicas entregadas de manera oportuna, entre otras.

3.2.4.5 Tutelas contra la Asociación Mutual La Esperanza (Asmet Salud EPS)

La quinta entidad con más tutelas en salud fue Asmet Salud (3596) con una participación del 4,35%. Los departamentos con el mayor número de acciones fueron los siguientes: Caldas (27,81%), Risaralda (16,99%), Caquetá (10,09%), Quindío (9,18%) y Valle del Cauca (7,65%). En primera instancia los jueces favorecieron totalmente a los tutelantes en el 84,82%; el 6,42% fueron hecho superado, y concedidas parcialmente, en el 4,59%. En 194 municipios se interpuso al menos una tutela en contra de esta aseguradora. La Dorada (11,04%), Pereira (10,15%), Florencia (8,26%), Manizales (6,48%) y Armenia (5,87%) fueron las ciudades con mayor frecuencia.

Esta aseguradora se ha visto rodeada de escándalos, como el de la captura por corrupción de su representante legal que en febrero de 2021 fue enviado a prisión domiciliaria —acusado de alterar las cifras contables de la EPS y de apropiarse de cerca de \$21.000 millones del sistema general de salud entre los años 2008 y 2012.

Entre los hechos de los que se le acusa están los de registrar información falsa en los estados financieros para que no se reflejara el verdadero estado económico, induciendo al error a la Superintendencia de Salud; además, están los cargos de incluir gastos como costos y de realizar inversiones en acciones o inmuebles, que supuestamente fueron referenciadas como publicidad, transporte de empleados, telefonía y papelería, entre otros.

3.2.5 Tipos de entidades demandadas

Para el análisis realizado se conformaron varias categorías tomando como base el tipo de entidad demandada. Por ejemplo, las EPS que prestan servicios en ambos regímenes se organizaron en un solo grupo, debido a la dificultad para identificar en la base de datos suministrada por la Corte Constitucional el tipo de régimen (contributivo o subsidiado) al que pertenecía cada usuario. Las instituciones prestadoras de salud (IPS) se clasificaron en otro grupo cuando las acciones de tutela iban dirigidas a ellas, por lo que no se tuvo en cuenta el sistema de aseguramiento en salud ni la entidad aseguradora del usuario. Sin embargo, en este grupo no se incluyó al Hospital Militar, a la Clínica de la Policía ni al Hospital Naval por estar clasificados dentro del grupo de las Fuerzas Militares. De la misma manera, las tutelas dirigidas contra las IPS que prestan servicio al magisterio en las distintas regiones fueron incluidas en el régimen de salud de los educadores.

Los demás grupos se conformaron teniendo en cuenta la afinidad entre las entidades demandadas. Los casos en donde un demandado plenamente identificado apareció en una misma tutela se contabilizaron nuevamente para efectos estadísticos, y se descartaron los casos en que se mencionaba «otros».

En 2020, el primer lugar lo ocupó el grupo de las EPS, que en conjunto sumaron 64.619 acciones —correspondiente al 78,1% de las tutelas en salud—, de forma que su participación disminuyó en 4,91%.

En segundo lugar estuvieron los regímenes de excepción, que incluyen el sistema de salud de las fuerzas militares y de policía, Ecopetrol y el régimen del Magisterio, cuya participación fue de 6,55%, similar a la que se observó en 2019.

En tercer lugar están las entidades territoriales con 3880 tutelas y un incremento en la participación de 1,8%, especialmente por el mayor número de tutelas contra las Alcaldías municipales. Luego, se ubicó el INPEC, USPEC y las penitenciarías con una participación del 2,73%. En el quinto lugar se encuentran las IPS con una participación del 2,32% (tabla 14).

Tabla 14. Tutelas en salud según el tipo de entidad demandada (periodo 2019 - 2020)

Tipos de entidades demandadas	2019			2020*			Variación % en el promedio
	N.º tutelas	Part. %	Promedio mensual	N.º tutelas	Part. %	Promedio mensual	
Entidades Promotoras de Salud (EPS)	172.666	83,11	14.389	64.619	78,20	7.180	-50,10
Regímenes de excepción	12.911	6,21	1076	5410	6,55	601	-44,13
Entes territoriales	6027	2,90	502	3880	4,70	431	-14,16
Inpec/USPEC/penitenciarias	4683	2,25	390	2255	2,73	251	-35,80
Instituciones Prestadoras de Salud (IPS)	3834	1,85	320	1913	2,32	213	-33,47
Administradoras de Riesgos Laborales (ARL) y aseguradoras	3215	1,55	268	1424	1,72	158	-40,94
Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP)	493	0,24	41	354	0,43	39	-4,26
Empresas de medicina prepagada y complementaria	240	0,12	20	200	0,24	22	11,11
Otros	3695	1,78	308	2576	3,12	286	-7,05
Total	207.764	100,00	17.314	82.631	100,00	9.181	-46,97

Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo. *Solo 9 meses

A continuación, se presenta el análisis de cada una de las categorías conformadas.

3.2.5.1 Tutelas contra las Entidades Promotoras de Salud (EPS)

Según información de ADRES (www.adres.gov.co), hasta el 31 de diciembre de 2020 las EPS contaban con 47.134.005 afiliados, de los que 23.101.866 (49,01%) corresponden al Régimen contributivo, y 24.132.039 (50,99%), al Régimen subsidiado. Durante este año fueron liquidadas las EPS Comfacundi⁷¹ y Comfamiliar Cartagena⁷², y se revocó el funcionamiento de Medimás en varios departamentos. Cabe destacar que estas tres EPS tenían la cobertura de más de un millón de ciudadanos, que fueron distribuidos en las demás EPS.

Las razones por las que la Superintendencia Nacional de Salud para proceder a la liquidación de Comfacundi (Supersalud, 2020b) obedecieron al comportamiento de los indicadores en los componentes técnico-científico, financiero y jurídico, pues representaban un riesgo para la atención de su población y de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Entre los hallazgos la Supersalud relacionó más de 2400 PQRD en 9 meses; 98 acciones de tutela en salud con corte a agosto de 2020, de las que 71 pertenecían a eventos PBS; 27, a eventos no PBS. Entre las reclamaciones de los usuarios estaban las siguientes causas: restricción en la libre escogencia, la negación de citas de medicina general, la falta de acceso a las citas de consulta médica especializada y el bajo cumplimiento en los indicadores de gestión del riesgo para patologías como la cardiovascular, renal, diabetes controlada e hipertensión controlada, entre otras.

71 Superintendencia Nacional de Salud, Resolución 12645 de 2020.

72 Superintendencia Nacional de Salud, Resolución 12754 de 2020.

Respecto a la EPS Comfamiliar Cartagena, Supersalud informó que dicha entidad no logró resolver los hallazgos que dieron origen a la medida preventiva de vigilancia especial, lo que representaba un riesgo para la atención correcta de sus 137.067 afiliados en Cartagena y en otros 19 municipios del departamento de Bolívar. En este sentido, dicha entidad señaló que desde agosto de 2016 se habían realizado ocho prórrogas, pero que la entidad no había logrado corregir su desempeño ni subsanar sus problemas administrativos, contractuales, financieros y asistenciales (Supersalud, 2020c).

Entre los motivos enunciados por la Superintendencia para adoptar esta decisión estaban los siguientes: la falta de oportunidad en la entrega de medicamentos, la falta de

oportunidad en asignación de citas de consulta médica especializada, las altas cifras de mortalidad materna, mortalidad perinatal, mortalidad en menores de cinco años por enfermedad respiratoria aguda y la cobertura insuficiente en los servicios de baja complejidad: consulta de medicina general, odontología general y servicio de laboratorio clínico, entre otros.

En relación con la EPS Medimás, la Superintendencia señaló que adoptó esa medida porque la aseguradora no brindaba las garantías para el aseguramiento y la prestación de los servicios de salud de los 731.421 afiliados en los departamentos de Antioquia, Valle del Cauca, Santander y Nariño. Además, evidenciaron el riesgo en la garantía al acceso efectivo de los servicios de salud, la seguridad de los afiliados y la destinación de los recursos del sector.

Tabla 15. Número de afiliados según EPS (periodo 2019 - 2020)

EPS	2019		2020		Variación %
	N.º afiliados	Part. %	N.º afiliados	Part. %	
Nueva EPS	6.201.438	13,76	7.344.608	15,58	18,43
Sura EPS	3.706.372	8,22	4.184.902	8,88	12,91
Sanitas	3.263.378	7,24	3.853.812	8,18	18,09
Salud Total	3.241.122	7,19	3.675.767	7,80	13,41
Coosalud	2.531.033	5,61	2.783.543	5,91	9,98
Famisanar	2.373.664	5,27	2.623.980	5,57	10,55
Asociación Mutua Ser	2.071.288	4,60	2.164.996	4,59	4,52
Emssanar	1.911.215	4,24	1.927.961	4,09	0,88
Compensar	1.662.837	3,69	1.874.641	3,98	12,74
Asmet Salud	1.881.317	4,17	1.910.924	4,05	1,57
Medimás/Cafesalud	3.103.023	6,88	1.700.092	3,61	-45,21
Savia Salud/Alianza Medellín	1.664.933	3,69	1.681.008	3,57	0,97
Comparta	1.544.007	3,43	1.534.453	3,26	-0,62
Coomeva	1.686.254	3,74	1.501.246	3,19	-10,97
Capital Salud	1.106.306	2,45	1.167.122	2,48	5,50
Cajacopi	1.137.541	2,52	1.151.490	2,44	1,23
Servicio Occidental de Salud SOS	835.834	1,85	838.164	1,78	0,28



Tabla 15. Número de afiliados según EPS (periodo 2019 - 2020)

Barrios Unidos de Quibdó	778.098	1,73	771.593	1,64	-0,84
Comfamiliar Huila	565.265	1,25	553.905	1,18	-2,01
Asociación Indígena del Cauca	529.420	1,17	538.668	1,14	1,75
Convida	529.397	1,17	515.630	1,09	-2,60
Mallamas EPSI	329.363	0,73	331.973	0,70	0,79
Ecoopsos	324.116	0,72	331.120	0,70	2,16
Comfenalco Valle	238.009	0,53	255.507	0,54	7,35
Comfamiliar Guajira	241.770	0,54	250.932	0,53	3,79
Aliansalud	238.979	0,53	243.219	0,52	1,77
Dusakawi EPSI	231.859	0,51	243.332	0,52	4,95
Anas Wayúu EPSI	202.522	0,45	211.895	0,45	4,63
Comfaoriente	178.641	0,40	183.984	0,39	2,99
Comfamiliar Nariño	184.296	0,41	177.415	0,38	-3,73
Comfachocó	176.860	0,39	175.388	0,37	-0,83
Capresoca	172.119	0,38	172.949	0,37	0,48
Comfasucre	114.212	0,25	118.273	0,25	3,56
Pijaos EPSI	90.599	0,20	95.083	0,20	4,95
Fundación Salud Mía EPS	29.714	0,07	44.430	0,09	49,53
Total	45.076.801	100,0	47.134.005	100,0	4,56

Fuente: ADRES Cálculos: Defensoría del Pueblo

La Nueva EPS se convirtió en la aseguradora con el mayor número de afiliados en el país con 7.344.608, aumentó el número de afiliados en 1.143.170 (18,43%) respecto de 2019. Le siguieron en crecimiento absoluto Sanitas, con un aumento de 590.434 (18,09%), Sura, 478.530 (12,91%) y Coosalud, 252.510 (9,98%) (tabla 15).

La categoría de las EPS presentó una disminución en el promedio mensual de 50,1% en el número de acciones durante 2020. En valores absolutos, Nueva EPS es la entidad con el mayor número de tutelas (10.240), y su participación se incrementó en 3,36%. En segundo lugar se ubicó Medimás con 10.196 tutelas, presentó una disminución de 0,92% en su participación. Le siguieron Coomeva, con 6101

acciones, y Savia Salud, con 4418 (tabla 16). Los incrementos porcentuales más elevados en participación se observaron en Nueva EPS, Sura EPS y Sanitas, correlacionados con el incremento en el número de afiliados. Por su parte, se observaron disminuciones en la participación de Coomeva y Savia Salud (tabla 16). La Gráficas 5 muestra la participación en los años 2019 y 2020 de cada una de las EPS que prestan servicios tanto en el Régimen contributivo como en el subsidiado. No obstante, al hacer un estimado de los tres meses faltantes, mediante el método de promedios móviles longitud 3, la EPS Medimás se constituye como la EPS con más tutelas en 2020 (gráfica 6).



Tabla 16. Tutelas en salud en cada EPS (periodo 2019 - 2020)

EPS	2019			2020*			Variación % en el promedio
	N.º tutelas	Part. %	Promedio mensual	N.º tutelas	Part. %	Promedio mensual	
Nueva EPS	21.569	12,49	1.797	10.240	15,85	1138	-36,70
Medimás/Cafesalud	28.838	16,70	2.403	10.196	15,78	1133	-52,86
Cooimeva	20.849	12,07	1.737	6101	9,44	678	-60,98
Savia Salud/Alianza Medellín	14.351	8,31	1.196	4418	6,84	491	-58,95
Asociación Mutual La Esperanza «Asmet Salud»	8507	4,93	709	3596	5,56	400	-43,64
Salud Total	7538	4,37	628	3293	5,10	366	-41,75
Sura EPS	4537	2,63	378	2763	4,28	307	-18,80
Comparta	8193	4,74	683	2640	4,09	293	-57,04
Sanitas	4051	2,35	338	2403	3,72	267	-20,91
Emssanar	6727	3,90	561	2369	3,67	263	-53,04
Coosalud	5140	2,98	428	2059	3,19	229	-46,59
Servicio Occidental de Salud SOS	4862	2,82	405	1655	2,56	184	-54,61
Famisanar	3239	1,88	270	1432	2,22	159	-41,05
Capital salud	2873	1,66	239	1255	1,94	139	-41,76
Convida	2523	1,46	210	1250	1,93	139	-33,94
Asociación Mutual Barrios Unidos de Quibdó	2844	1,65	237	1077	1,67	120	-49,51
Asociación Mutual Ser	2523	1,46	210	940	1,45	104	-50,32
Cajacopi	1638	0,95	137	821	1,27	91	-33,17
Compensar	1252	0,73	104	749	1,16	83	-20,23
Empresa Cooperativa Solidaria de Salud «Ecoopsos»	1929	1,12	161	699	1,08	78	-51,68
Comfamiliar Huila	2013	1,17	168	690	1,07	77	-54,30
ComfaOriente	1059	0,61	88	531	0,82	59	-33,14
Comfenalco Valle	682	0,39	57	410	0,63	46	-19,84
Comfamiliar de Nariño	569	0,33	47	281	0,43	31	-34,15
Asociación Indígena del Cauca	446	0,26	37	169	0,26	19	-49,48

Tabla 16. Tutelas en salud en cada EPS (periodo 2019 - 2020)

Mallamás EPSI	309	0,18	26	150	0,23	17	-35,28
Capresoca	382	0,22	32	140	0,22	16	-51,13
Comfamiliar Cartagena	523	0,30	44	129	0,20	14	-67,11
Unicajas/Comfacundi	360	0,21	30	118	0,18	13	-56,30
Comfachocó	212	0,12	18	85	0,13	9	-46,54
Comfasucre	151	0,09	13	83	0,13	9	-26,71
Aliansalud	157	0,09	13	80	0,12	9	-32,06
Pijao Salud EPSI	138	0,08	12	47	0,07	5	-54,59
Asociación de Cabildos Indígenas del Cesar «Dusakawi»	111	0,06	9	25	0,04	3	-69,97
Comfamiliar de La Guajira	117	0,07	10	22	0,03	2	-74,93
Fundación Mía	17	0,01	1	17	0,03	2	33,33
Anas Wayúu EPSI	33	0,02	3	12	0,02	1	-51,52
Otras liquidadas	11.404	6,60	950	1.674	2,59	186	-80,43
Total	172.666	100,00	14.389	64.619	100,00	7180	-50,10

Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo. *Solo 9 meses

Para eliminar la correlación positiva entre número de afiliados y número de tutelas, y establecer un indicador que permita realizar comparaciones entre EPS, se calculó el indicador número de tutelas por cada 10.000 afiliados. Para dicho cálculo, tal como se enunció en la metodología, se utilizaron dos procedimientos: el primero, con el número de tutelas y afiliados anuales (hasta el 31 de diciembre de 2020); el segundo, con el número de tutelas y afiliados mensuales haciendo una estimación de los tres meses faltantes mediante el método de promedios móviles de longitud 3. La tabla 17 muestra el indicador con los dos procedimientos.

Según este indicador, con el procedimiento 1, las aseguradoras con los índices más altos fueron estas: Medimás, Coomeva, Comfaorient, Savia salud y Convida. Los índices más bajos se observaron en las EPS Anas Wayúu, Comfamiliar Guajira, Dusakawi, Asociación Indígena del Cauca y Aliansalud (tabla 17 y gráfica 5).

Al igual que en el informe anterior, hay que resaltar el bajo número de tutelas por cada 10.000 afiliados que tienen las EPS del Régimen contributivo Aliansalud, Fundación Salud

Mía, Compensar y las EPS que atienden a la población indígena. No obstante, los datos del último caso no significan necesariamente que haya una mejor garantía en la atención en salud; como se mencionó, esta población reside en zonas de difícil acceso a la justicia, además de sus arraigos culturales.

Como se observa, las EPS Medimás y Coomeva, a pesar de disminuir en el número de afiliados, continúan como las aseguradoras con el mayor número de acciones constitucionales por cada 10.000 afiliados. Eso evidencia, entre otros motivos, que las acciones adelantadas por la Superintendencia Nacional de Salud, en el marco de sus funciones de inspección, vigilancia y control, no han sido efectivas ni suficientes. No obstante, se espera que en el próximo año mejoren los indicadores de estas EPS, en razón de las medidas adoptadas a finales de 2020 por Supersalud.

Medimás, durante el año 2020, fue objeto de dos medidas de revocatoria parcial de las licencias de funcionamiento.

Gráfica 5. Número de tutelas en salud e indicador por cada 10.000 afiliados según EPS (procedimiento 1)

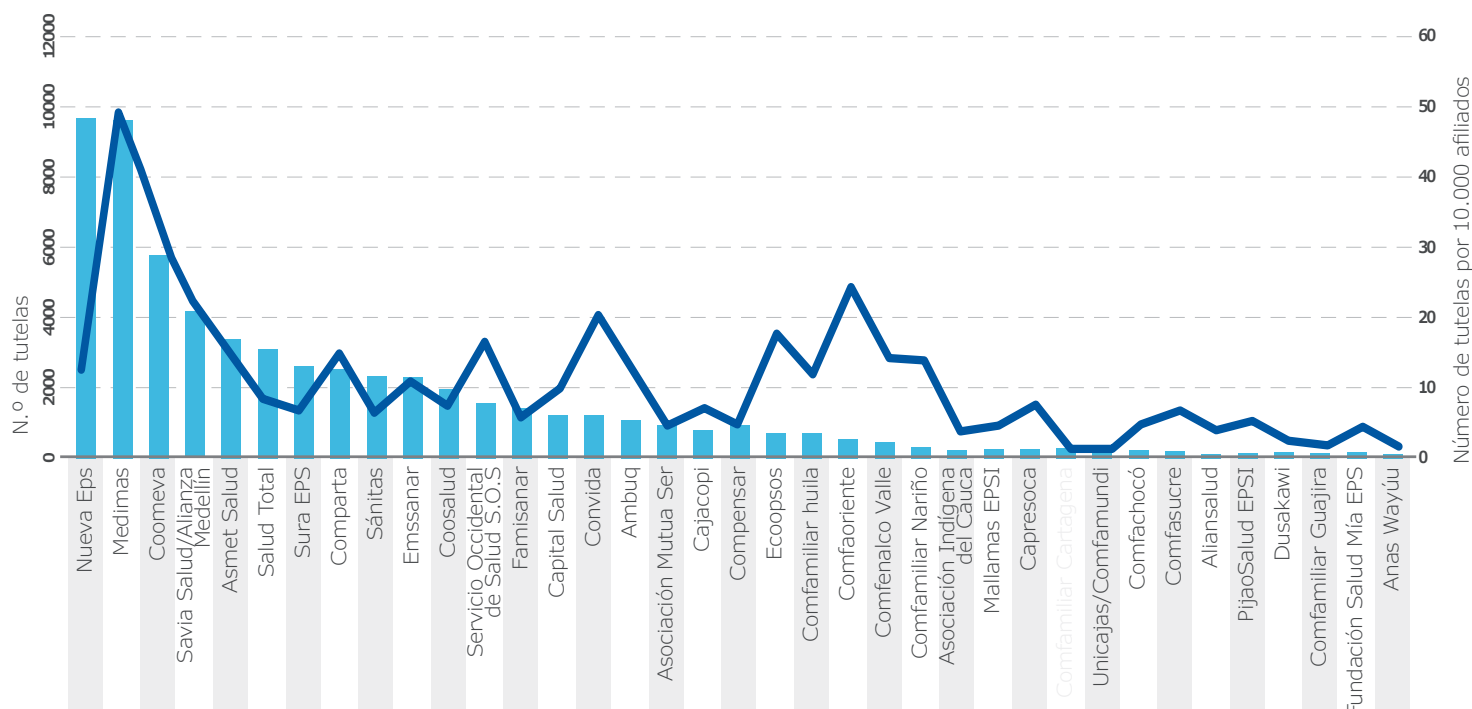


Tabla 17. Número de tutelas por cada 10.000 afiliados en cada EPS en 2020

EPS	Indicador Procedimiento 1	Indicador Procedimiento 2
Medimás	59	59
Cooameva	40	55
Comfaorient	28	44
Savia Salud/Alianza Medellín	26	38
Convida	24	36
Ecoopsos	21	30
Asmet Salud	19	28

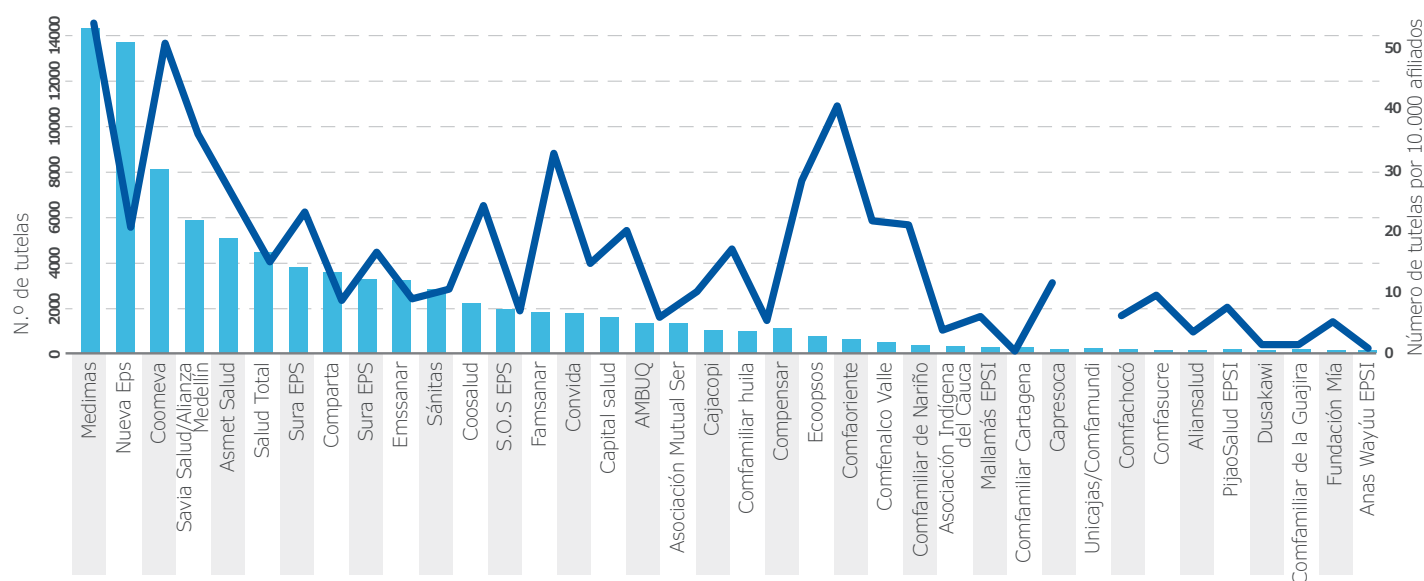


Tabla 17. Número de tutelas por cada 10.000 afiliados en cada EPS en 2020

Servicio Occidental de Salud SOS	20	27
Comparta	17	26
Comfenalco Valle	16	24
Comfamiliar Nariño	16	23
Nueva EPS	14	22
Barrios Unidos de Quibdó	14	21
Comfamiliar Huila	12	19
Emssanar	12	18
Capital Salud	11	16
Salud Total	9	16
Capresoca	8	12
Coosalud	7	11
Cajacopi	7	11
Comfasucre	7	10
Sanitas	6	10
Sura EPS	7	10
Famisanar	5	8
Pijaos EPSI	5	8
Comfachocó	5	7
Asociación Mutua Ser	4	7
Mallamas EPSI	5	7
Compensar	4	6
Fundación Salud Mía EPS	4	6
Asociación Indígena del Cauca	3	5
Aliansalud	3	4
Dusakawi	1	2
Comfamiliar Guajira	1	1
Anas Wayúu	1	1
Índice general	14	21

Fuente: Corte Constitucional, ADRES. Cálculos: Defensoría del Pueblo. Procedimiento 1: Tomando N.o de tutelas y afiliados al final de año [9 meses]
Procedimiento 2: Tomando N.o de tutelas y afiliados mensual con estimación de datos faltantes

Gráfica 6. Número de tutelas en salud e indicador por cada 10.000 afiliados según EPS [procedimiento 2]



La primera medida fue en mayo⁷³. Ordenó la asignación de los afiliados de esta EPS en los departamentos de Atlántico, Arauca, Bolívar, Cauca, Cundinamarca, Guainía, La Guajira y Magdalena a EPS receptoras, que les garantizaran una mejor prestación de los servicios de salud. La segunda, adoptada en noviembre del mismo año, le ordenó a esta aseguradora el traslado de los afiliados de los departamentos de Antioquia, Nariño, Santander y Valle del Cauca porque no les brindaba garantías para el aseguramiento y la prestación de los servicios de salud (Supersalud, 2020d).

En el caso de Coomeva, Supersalud le impuso una sanción de tres multas por más de \$2500 millones en noviembre de 2020 (Supersalud, 2020e). La primera sanción fue de más de 1050 millones de pesos, se dio por no atender de manera oportuna y de fondo a una serie de peticiones, quejas, reclamos y denuncias (PQRD); estas habían sido interpuestas por no prestar servicios de salud a niños en condición de discapacidad. La segunda, por más de 760 millones de pesos, se dio por el incumplimiento de la medida cautelar que pretendía garantizar la prestación efectiva de los servicios de salud; la tercera multa, por más de 700 millones, fue consecuencia de no responder oportunamente y a fondo las PQRD; tales recursos se recibieron en el marco de los eventos de diálogo con la Supersalud en las ciudades de Amagá,

Riohacha, Armenia, Bogotá, Popayán, Barranquilla, Cali y Cúcuta, en el año 2018.

3.2.5.2 Tutelas de salud en regímenes de excepción

Después de las EPS, los regímenes de excepción se constituyeron como el segundo grupo con más acciones, y se distribuyeron así: el 58,14% de las tutelas se dirigieron contra los servicios de salud de las fuerzas militares y de policía, cuya participación estuvo en los mismos niveles de 2019; en el régimen de salud del Magisterio se presentaron 2306 acciones, con una participación similar a la de 2019 (tabla 18). En este régimen, las IPS con el mayor número de tutelas fueron Cosmitet (29,63%), Redvital/Summedical con 18,06% y Avanzar/Foscal (11,01%).

El régimen del Magisterio nació como consecuencia de las luchas sindicales que llevaron a cabo los maestros a lo largo de los años ochenta y noventa para lograr la igualdad y el mejoramiento de sus condiciones laborales (Rendón, 2010). La expedición de la Ley 91 de 1989, con la que se estableció la creación del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, fue una reivindicación de sus derechos; a través de ese fondo se pagan las prestaciones sociales de los docentes afiliados, y es un régimen exceptuado a partir de la Ley 100 de 1993, artículo 279.

⁷³ Superintendencia Nacional de Salud, Resolución 2379 de 2020.

Tabla 18. Tutelas en salud contra entidades de régimen especial (periodo 2019 - 2020)

	2019		2020*		Variación %
	N.º tutelas	Part. %	N.º tutelas	Part. %	
Fuerzas militares y de policía	7339	56,84	3072	56,78	-58,14
Magisterio	5465	42,33	2306	42,62	-57,80
Ecopetrol	107	0,83	32	0,59	-70,09
Total	12.911	100	5.410	100	-58,10

Fuente: Corte Constitucional. *Solo 9 meses

Tabla 19. Tutelas en salud contra entidades territoriales (periodo 2019 - 2020)

Entidades territoriales	2019		2020*		Variación %
	N.º tutelas	Part. %	N.º tutelas	Part. %	
Secretarías de salud y direcciones de salud	5138	85,25	3108	80,10	-39,51
Alcaldías	591	9,81	566	14,59	-4,23
Gobernaciones	194	3,22	139	3,58	-28,35
Concejos Municipales	2	0,03	3	0,08	-
Secretarías de educación	102	1,69	64	1,65	-37,25
Total	6027	100,00	3880	100,00	-35,62

Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo. *Solo 9 meses

Dicha ley define al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio como una «cuenta especial de la nación, con independencia Patrimonial, Contable y estadística, sin personería jurídica y cuyos recursos serán manejados por una entidad fiduciaria estatal o de economía mixta». La entidad encargada de administrarla es la Fiduprevisora, entidad de economía mixta vinculada al Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

Entre los objetivos del fondo, establecidos en el artículo 5º de la ley, están los de efectuar el pago de las prestaciones sociales del personal afiliado, garantizar la prestación de los servicios médico-asistenciales, así como llevar los registros contables y estadísticos de los aportes, garantizar el control de los recursos y constituir con una base de datos del personal afiliado para cumplir las obligaciones prestacionales.

Es importante anotar que este régimen cubre las prestaciones de salud y pensión, aunque excluye el de riesgos laborales. Sin embargo, reciben prestaciones y auxilios económicos en caso de accidentes o enfermedades laborales. Además, cuentan con servicios tanto preventivos como curativos para el mantenimiento de la salud laboral (Modelo mejorado de salud para el magisterio, s. f.), relacionados con la detección de alteraciones en el sistema osteomuscular, acciones de medicina laboral, salud mental y medicina del trabajo, entre otros. En este sentido, la prestación de todos los servicios médicos y de carácter asistencial se realizan a través de contratos con entidades de salud, atendiendo a las indicaciones que imparta el consejo directivo del fondo.



Respecto al pago de las prestaciones económicas como cesantías (definitivas, parciales e intereses) y pensiones (jubilación, invalidez, vejez, sustitución pensional, entre otros), el fondo está obligado al pago de estas. En relación con la pensión, cabe destacar que existen dos regímenes:

- el de los docentes oficiales vinculados antes del 27 de junio de 2003, fecha de entrada en vigencia de la Ley 812 de 2003;
- el de los docentes vinculados a partir del 27 de junio del 2003, a quienes se les aplica el régimen contemplado en las leyes 100 de 1993 y 797 de 2003 —Régimen Solidario de Prima media con Prestación Definida, con excepción del requisito de edad para pensión, que será de 57 años tanto para hombres como para mujeres—.

Por otra parte, los artículos 217 y 218 de la Carta Política facultaron al Congreso de la República para establecer la carrera prestacional y disciplinaria tanto para los miembros de las Fuerzas Militares como de la Policía Nacional, en atención al Régimen especial de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional. Esto con el fin de prestar el servicio de sanidad inherente a las operaciones militares y al servicio policial, y de brindar el servicio integral de salud en las áreas de promoción, prevención, protección, recuperación y rehabilitación del personal afiliado y sus beneficiarios.

La Corte Constitucional ha justificado en reiteradas oportunidades la existencia del régimen prestacional especial de los miembros de la Fuerza Pública, a raíz del peligro que implica el ejercicio de sus funciones, y en compensación del desgaste físico y mental que involucra la inseguridad a la que están sometidos; no solo ellos, sino también su grupo familiar.

En virtud de lo anterior, el Régimen especial en salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional fue regulado por el Decreto No. 1795 del 14 de Septiembre de 2000. Ahí se establece que este sistema está constituido por el Ministerio de Defensa Nacional, el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional (CSSMP), el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (SSFM), el Subsistema de Salud de la Policía Nacional (SSPN), así como por los afiliados y beneficiarios del Sistema.

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

3.2.5.3 Tutelas contra entidades territoriales

El tercer grupo con más tutelas en salud es el conformado por los entes territoriales, que presentó un incremento de 1,8% en la participación, especialmente por mayor número de tutelas contra las alcaldías (tabla 19).

Las secretarías de salud fueron las más tuteladas de este grupo con el 80,15%; de estas, la de Cúcuta tuvo el mayor número de tutelas (15,2%). Le siguieron las secretarías de Medellín (12,64%), Sincelejo (5,77%), Envigado (5,42%) y Cali (4,87%). A nivel de alcaldías, las más tuteladas fueron estas: Cúcuta (11,13%), Cali (10,95%) y Bogotá (6,1%).

El hecho de que la ciudad de Cúcuta sea la entidad territorial con el mayor número de tutelas en salud, al igual que la Secretaría de Salud de Norte de Santander que también ocupa el primer lugar en tutelas, evidencia y reafirma los efectos de la migración venezolana. Los migrantes de ese país buscan atención en salud prenatal y el tratamiento de enfermedades de alto costo, especialmente de cáncer.

3.2.5.4 Tutelas contra el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (Inpec), penitenciarias y Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (Uspec)

La participación de las tutelas para reclamar servicios de salud contra el Inpec, penitenciarias y USPEC, entidades responsables de la salud de las personas privadas de la libertad, se ubicó en los mismos niveles de 2019. El mayor número de acciones de este grupo correspondieron a demandas localizadas en el departamento del Tolima, y tuvieron una participación del 10,91%. En segundo y tercer lugar se ubicaron las acciones presentadas por este grupo poblacional en Meta (10,29%) y Bogotá (10,02%), respectivamente (tabla 20).

El modelo de atención en salud para la población privada de la libertad (PPL) fue adoptado con las resoluciones 5159 de 2015 y 3595 de 2016, con el fin de garantizar la atención integral de la salud de esta población. Asimismo, este servicio busca altos niveles de calidad con la integración de la atención intramural, la red externa, los profesionales en áreas de salud de los ERONES y los diferentes actores del sector salud en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud.



Al respecto, las prestaciones en salud deben garantizarse en el interior de los ERON, en las áreas de salud dispuestas por la administración penitenciaria y carcelaria para la atención intramural; la atención comienza con un examen médico de ingreso, que se hace para consolidar la información necesaria para determinar las condiciones de salud de los internos. En este sentido, y partiendo del diagnóstico de la situación de salud, se deben implementar guías de mantenimiento de la salud con actividades de prevención primaria (vacunación,

consejerías y acceso a antibioticoterapia, entre otras) y de prevención secundaria (tamizajes de citología, VIH, hepatitis y tuberculosis).

Sin embargo, debido a la desconexión entre la atención intramural y el servicio a brindar por parte de la red externa, el mayor número de tutelas en contra de este grupo se presenta por la falta de acceso a citas con especialistas, imágenes diagnósticas y a tratamientos médicos con oportunidad.

Tabla 20. Tutelas en salud contra Inpec y Uspec (periodo 2019 - 2020)

Departamento	2019		2020*		Variación %
	N.º tutelas	Part. %	N.º tutelas	Part. %	
Tolima	507	11,03	246	10,91	-51,48
Meta	414	9,01	232	10,29	-43,96
Bogotá D.C.	484	10,53	226	10,02	-53,31
Valle del Cauca	437	9,51	226	10,02	-48,28
Santander	303	6,59	181	8,03	-40,26
Boyacá	398	8,66	174	7,72	-56,28
Caldas	262	5,70	145	6,43	-44,66
Cauca	307	6,68	144	6,39	-53,09
Norte de Santander	413	8,98	131	5,81	-68,28
Antioquia	244	5,31	124	5,50	-49,18
Huila	195	4,24	99	4,39	-49,23
Cundinamarca	158	3,44	88	3,90	-44,30
Caquetá	116	2,52	59	2,62	-49,14
Cesar	174	3,79	54	2,39	-68,97
Risaralda	28	0,61	30	1,33	7,14
Casanare	25	0,54	23	1,02	-8,00
Nariño	35	0,76	16	0,71	-54,29
Quindío	17	0,37	15	0,67	-11,76
Córdoba	24	0,52	8	0,35	-66,67
Atlántico	17	0,37	7	0,31	-58,82
Otros	39	0,85	27	1,20	-30,77
Total	4597	100,00	2255	100,00	-50,95

Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo. *Solo 9 meses

3.2.5.5 Tutelas contra instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS)

Las IPS (hospitales, clínicas y centros de salud) fueron el quinto grupo de entidades con el mayor número de tutelas en salud. Las instituciones más tuteladas fueron las IPS ubicadas en la frontera con Venezuela: Hospital Sarare de Saravena, Hospital San Lorenzo de Arauquita y Hospital Erasmo Meoz de Cúcuta. Esta situación coincide con la migración de la población venezolana que solicita atención en salud.

TABLA 21. TUTELAS EN SALUD CONTRA IPS (PERIODO 2019 - 2020)

IPS	2019		2020*		Variación %
	N.º tutelas	Part. %	N.º tutelas	Part. %	
Hospital Sarare de Saravena	0		89	4,65	-
Hospital San Lorenzo de Arauquita	192	5,37	70	3,66	-63,54
Hospital Erasmo Meoz	191	5,34	65	3,40	-65,97
Hospital Universitario del Valle	62	1,73	48	2,51	-22,58
Hospital San Vicente de Chucurí	0	0,00	23	1,20	-
Subred Integrada de Servicios de salud de Bogotá	63	1,76	13	0,68	-79,37
Otras IPS	3070	85,80	1605	83,90	-47,72
Total	3578	100,00	1913	100,00	-46,53

Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo. *Solo 9 meses

3.2.5.6 Tutelas contra administradoras de riesgos laborales (ARL) y compañías de seguros

El número de tutelas que invocaron el derecho a la salud contra las entidades que conforman este grupo mantuvo una participación similar a la de 2019. La ARL Positiva continúa como la entidad con el mayor número de acciones, con una participación del 42,77% (tabla 22); le siguieron Sura ARL (19,59%) y seguros de vida Colpatria (9,97%), ambas con una participación mayor que en 2019.

TABLA 22. TUTELAS EN SALUD CONTRA ARL Y COMPAÑÍAS DE SEGUROS (PERIODO 2018 - 2019)

ARL y compañías de seguros	2019		2020*		Variación %
	N.º tutelas	Part. %	N.º tutelas	Part. %	
ARL Positiva	1.528	47,53	609	42,77	-60,14
Sura	468	14,56	279	19,59	-40,38
Seguros de Vida Colpatria	276	8,58	142	9,97	-48,55
Seguros del Estado SA	160	4,98	81	5,69	-49,38
Compañía de Seguros Colmena	136	4,23	78	5,48	-42,65
Compañía de Seguros Bolívar	115	3,58	63	4,42	-45,22
La Equidad Seguros de Vida	147	4,57	53	3,72	-63,95
La Previsora Seguros	120	3,73	45	3,16	-62,50
Mundial de Seguros	76	2,36	27	1,90	-64,47
Mapfre Seguros	35	1,09	18	1,26	-48,57
Liberty Seguros	75	2,33	14	0,98	-81,33
Allianz Seguros	29	0,90	6	0,42	-79,31
Otras compañías de seguros	50	1,56	9	0,63	-82,00
Total	3215	100	1424	100	-55,71

Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo. *Solo 9 meses

3.2.5.7 Tutelas contra administradoras de fondos de pensiones (AFP)

Las tutelas en salud contra las entidades de este grupo aumentaron su participación en 0,19%, especialmente por el incremento observado en las acciones contra el fondo de pensiones y cesantías Protección. Colpensiones fue la entidad más demandada con un 67,51 %, seguida del fondo de pensiones Protección con un 18,08 % (tabla 23).

A pesar de que en el año 2020 los fondos privados de pensiones enfrentaron la volatilidad de los mercados debido a la crisis ocasionada por la pandemia COVID-19, las cifras fueron positivas, según un informe de Asofondos (entidad que agremia a Colfondos, Porvenir, Protección y Skandia): se presentaron más afiliaciones a raíz de la reactivación del empleo a partir del segundo semestre, y se superaron los 17,1 millones de afiliados; hubo un crecimiento de 3,8% con respecto a 2019 (Asofondos, 2021).

Según ese fondo, ocho de cada diez afiliados son menores de 45 años y ganan entre uno y dos salarios mínimos legales. En relación con las pensiones, señaló que al cierre de 2020 se alcanzaron los 210.331 pensionados, con una tasa de crecimiento del 15,8%. También afirmó que durante el mismo año se pensionaron 58.085 personas, que contaban con las 1150 semanas cotizadas, pero no con el ahorro suficiente; ese logro se dio gracias al Fondo de Garantía de Pensión Mínima (FGPM) que alcanzó una reserva de \$28,6 billones.

Finalmente, Asofondos informó que los fondos de pensiones registraron nuevamente cifras récord al llegar a más de \$317 billones al cierre de 2020, con rendimientos de \$27,1 billones.

3.2.5.8 Tutelas contra otras entidades

En este grupo se encuentran las entidades contra las que se interpusieron tutelas que invocaron el derecho a la salud y que no se mencionaron en otros grupos. Sobresalen los ministerios (300), centros de servicios judiciales, juzgados y cortes (243), así como la ADRES (177) y las superintendencias (166).

3.2.6 Solicitudes más frecuentes en las tutelas de salud

El análisis de esta sección se realizó sobre una muestra representativa de 2920 tutelas que invocaron el derecho a la salud durante 2020, seleccionada a través de un muestreo aleatorio estratificado por departamento, con una confiabilidad del 95 % y un margen de error del 1,45 %. Los resultados se presentan utilizando un factor de expansión en función de la misma variable de estratificación. La muestra estuvo conformada por tutelas distribuidas así: al Régimen contributivo y subsidiado les correspondió el 83,2% de las acciones; a las Fuerzas Militares y de Policía, el 3,8%; al Magisterio, 3,2%; al Inpec, 1,3%, y a otros, 8,6%.

TABLA 23. TUTELAS EN SALUD CONTRA ADMINISTRADORAS DE FONDOS DE PENSIONES (PERIODO 2019 - 2020)

AFP	2019		2020*		Variación %
	N.º tutelas	Part. %	N.º tutelas	Part. %	
Colpensiones	372	76,54	239	67,51	-35,75
Fondo de Pensiones y Cesantías Protección	37	7,61	64	18,08	72,97
Fondo de Pensiones y Cesantías Porvenir	52	10,70	38	10,73	-26,92
Colfondos-Citi	21	4,32	12	3,39	-42,86
Otras	4	0,82	1	0,28	-75,00
Total	486	100,00	354	100,00	-27,16

Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo. *Solo 9 meses

La información se extrajo durante los años 2020 y 2021 de la base de datos de tutelas, y fue suministrada por la honorable Corte Constitucional; se tomó el relato del accionante en la tutela seleccionada de la variable «hechos». La cuantificación se hizo con todas las solicitudes en cada una de las tutelas, ya que en una misma acción se puede presentar más de una solicitud con requerimientos diferentes.

En los 9 meses de 2020 se realizaron 152.011 solicitudes en las 81.899 tutelas que invocaron el derecho a la salud. El promedio de solicitudes por tutela fue de 1,85. El análisis se dividió en tres partes: En la primera se incluyeron las tutelas que invocaron el derecho a la salud, independientemente del demandado. En la segunda solo se hizo referencia a los regímenes contributivo y subsidiado; en la tercera se realizó un análisis de las tutelas interpuestas por pacientes con trastornos mentales.

3.2.6.1 Contenidos más frecuentes en las tutelas de salud en general

Las distintas solicitudes de los ciudadanos incluidas en las tutelas que invocaron el derecho a la salud, independientemente del demandado, fueron clasificadas en ocho contenidos (anexo D) así:

- servicios, que a su vez se subdividen en los grupos establecidos en la Resolución 3100 de 2019 —correspondiente a la habilitación de servicios de salud—;
- medicamentos, que se subclasificaron de acuerdo con los parámetros del Invima;
- elementos que no son asistenciales pero que se tutelan. Ahí se incluyen viáticos (alojamiento, alimentación y transporte) y cuidadores;
- cosméticos y productos de aseo;
- dispositivos médicos, quirúrgicos e insumos;
- solicitudes relacionadas con el aseguramiento en salud;
- suplementos dietarios;
- otros, en los que se encuentran aquellas solicitudes que no corresponden a ninguno de los grupos anteriores.

TABLA 24. SOLICITUDES MÁS FRECUENTES EN LAS TUTELAS DE SALUD (PERIODO 2019 - 2020)

Contenidos	2019		2020*		Variación %
	N.º solicitudes	Part. % en solicitudes	N.º solicitudes	Part. % en solicitudes	
Servicios	313.776	64,43	94.277	61,98	-69,95
Medicamentos	68.741	14,11	25.857	17,00	-62,38
Elementos que no son asistenciales pero que se tutelan	35.952	7,38	14.328	9,42	-60,15
Dispositivos médicos quirúrgicos e insumos	20.695	4,25	6114	4,02	-70,46
Productos cosméticos	22.422	4,60	5651	3,72	-74,80
Aseguramiento en salud	12.970	2,66	3430	2,25	-73,55
Suplementos dietarios	11.802	2,42	2062	1,36	-82,53
Otros	656	0,13	392	0,26	-40,24
Total solicitudes	487.014	100,00	152.111	100,00	-68,77
Total tutelas en salud	207.368	81.899	-60,51	100,00	-46,53

Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo. *Solo 9 meses

Los requerimientos por servicios ocuparon el primer lugar, pues corresponden al 61,98% del total; asimismo, se observa una disminución en la participación de 2,45% respecto de 2019 (tabla 24). Los servicios solicitados con más frecuencia correspondieron a los de consulta externa (con el 34,98%), especialmente por falta de oportunidad en la atención especializada de neurología, ortopedia, oftalmología, oncología y urología. Este problema se debe a una distribución inequitativa de especialistas en el país, que crea fallas en la oportunidad de atención. Le siguen los servicios de apoyo, diagnóstico y complementación terapéutica (22,83%), los servicios quirúrgicos (19,81%) y el tratamiento integral (13,17%). Con la solicitud de tratamiento integral el ciudadano busca acceder de manera completa a los servicios y tecnologías de salud encaminados a prevenir, paliar o curar la enfermedad, evitando así la fragmentación o interrupción de la prestación de los servicios de salud. Este concepto está expresamente contemplado en el artículo 8 de la Ley 1751 de 2015.

El segundo lugar lo ocuparon los medicamentos, que representaron el 17% de todas las solicitudes; se observó un incremento en la participación de 2,89%. Dentro de este grupo se solicitaron con más frecuencia aquellos de síntesis química —el 98,71% del total de medicamentos solicitados—, es decir, los que son fabricados mediante procesos químicos. La proporción de las solicitudes de los

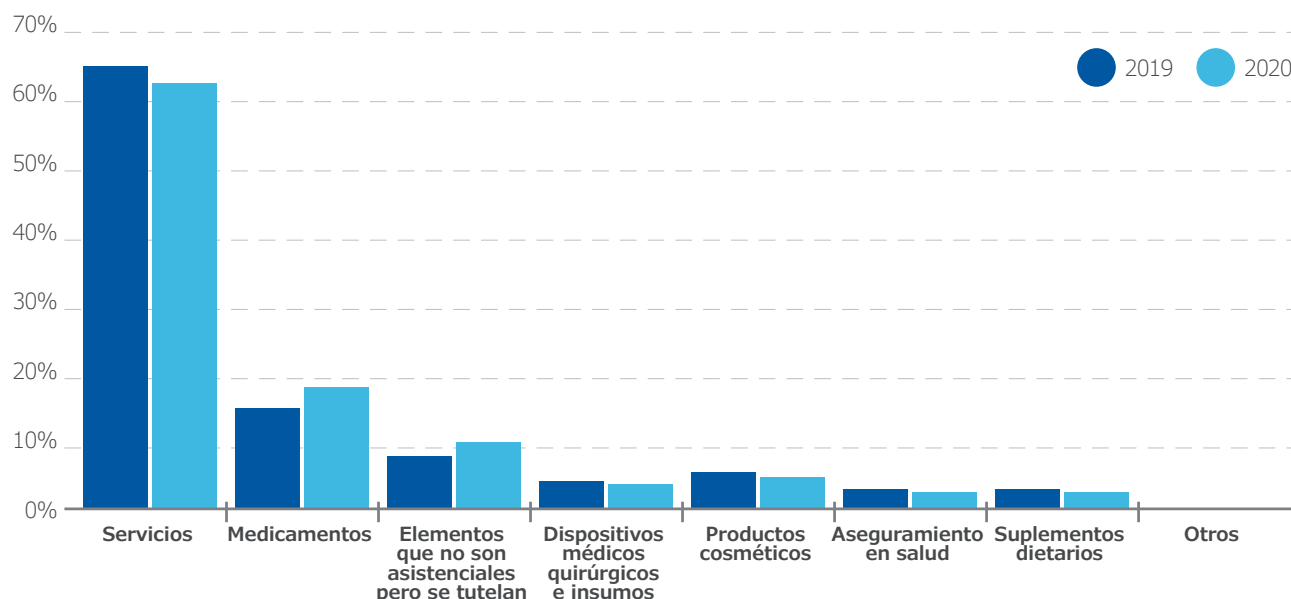
medicamentos de síntesis biológica (aquellos que se obtienen de organismos vivos) fue mucho más baja, el 1,29% del total.

En tercer lugar están los elementos que no son asistenciales pero que se tutelan con el 9,42%. Dentro esta categoría se encuentran las solicitudes por viáticos (costos de transporte, alojamiento y alimentación), con el 93,53% del total. y las del servicio de cuidadores, con el 6,46%. Estos elementos presentaron un incremento en la participación de 2,04% respecto a 2019, a pesar de que están contemplados dentro de las inclusiones del sistema de salud. Las solicitudes de viáticos se deben en gran parte a la falta de oferta especializada a nivel regional y a servicios de complejidades superiores al segundo nivel de atención; esa circunstancia implica el traslado de pacientes a otras regiones diferentes a las de su domicilio para ser atendidos por médicos especialistas o para continuar un tratamiento.

El cuarto lugar lo ocupan los dispositivos médico-quirúrgicos e insumos, con 4,02% de participación, similar a la observada en 2019. Sobresale la solicitud de insumos domiciliarios como camas, sillas de ruedas, colchones antiescaras y oxigenadores.

En quinta posición se ubica el grupo de productos cosméticos y de aseo, dentro del que se encuentran jabones, champús, cremas (incluida la crema antipañalitis), pañales y pañitos húmedos (gráfica 7).

Gráfica 7. Solicitudes más frecuentes en las tutelas de salud (periodo 2019-2020)





Tras analizar la participación de las solicitudes por régimen, estos fueron los datos que se consiguieron: las EPS del Régimen contributivo y subsidiado tienen el 83,22% de las solicitudes; los regímenes especiales, el 7,24%, y los demás, el 9,54% (tabla 25).

3.2.6.1.1 Especialidades en las tutelas de salud

Las 5 especialidades por las que los usuarios interpusieron más tutelas de salud en 2020 son estas: oncología, neurología, ortopedia, oftalmología y endocrinología. En el caso de la oncología su participación aumentó 3,3%, debido a la interrupción de tratamientos que impidieron el acceso a especialistas, a los medicamentos, insumos y dispositivos médicos, a causa de la pandemia de COVID-19; otro motivo del aumento en la participación fue la deficiencia en las actividades de prevención de la enfermedad, promoción de la salud y detección temprana del cáncer.

En este sentido, el Observatorio Interinstitucional de Cáncer de Adultos (OICA) publicó en el año 2020 el Estudio Nacional de Barreras de Acceso en Cáncer (OICA, 2020). Este se basó en una encuesta —realizada entre enero y octubre de este año— a 535 personas de todas las edades diagnosticadas con cáncer. Se encontró que el 63% pertenecía al Régimen contributivo; el 33,2%, al subsidiado, y 3,4%, a otros. Al respecto, el 100% de los pacientes dijo haber sufrido al menos una barrera de acceso a la atención de salud. Así pues, el acceso y oportunidad con especialistas (24,3%) fue el principal obstáculo evidenciado.

Es importante anotar que todas las enfermedades oncológicas tienen altos niveles de recuperación si se detectan pronto y se tratan con calidad, a través de los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Sin embargo, lo que se visibiliza en este estudio es precisamente lo contrario: los programas de detección temprana, de promoción de

TABLA 25. SOLICITUDES MÁS FRECUENTES EN LAS TUTELAS DE SALUD POR RÉGIMEN (AÑO 2020)

Contenidos	Régimen									Total	
	Contributivo y Subsidiado			Especiales			Otros				
	Solicitudes	Part. vertical %	Part. horizontal %	Solicitudes	Part. vertical %	Part. horizontal %	Solicitudes	Part. vertical %	Part. horizontal %	Solicitudes	Part. %
Servicios	77.001	60,8	81,67	7049	64,0	7,48	10.228	70,51	10,9	94.277	61,0
Medicamentos	21.897	17,3	84,68	1709	15,5	6,61	2251	15,52	8,71	25.857	17,0
Elementos que no son asistenciales pero que se tutelan	13.229	10,5	92,32	631	5,7	4,40	469	3,23	3,27	14.329	9,42
Dispositivos médicos quirúrgicos e insumos	5325	4,2	87,11	520	4,7	8,50	269	1,85	4,39	6114	4,02
Productos cosméticos y de aseo	4725	3,7	83,61	785	7,1	13,9	141	0,97	2,50	5651	3,72
Aseguramiento en salud	2574	2,0	75,05	34	0,3	1,00	821	5,66	23,9	3430	2,25
Suplementos dietarios	1758	1,4	85,25	233	2,1	11,3	71	0,49	3,44	2062	1,36
Otros	82	0,1	20,97	54	0,5	13,8	255	1,76	65,2	391	0,26
Total	126.591	100	83,22	11.015	100	7,24	14.505	100	9,54	152.111	100

Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo. *Solo 9 meses

la salud y prevención de la enfermedad no se adelantan de manera efectiva por las EPS, por lo que las personas son diagnosticadas en las fases tardías de la enfermedad. En esas etapas las células cancerígenas ya se han diseminado en otros órganos. Además, el pronóstico se hace más sombrío a medida que estas células se siembran en tejidos vecinos y en órganos distantes. Como si fuera poco, las EPS ponen barreras de tipo administrativo demorando o negando autorizaciones o no contratando con las IPS habilitadas en la ciudad de residencia del paciente. Tales impedimentos generan desplazamientos de pacientes a otras ciudades, sin considerar las repercusiones familiares, sociales y económicas de las familias. A esto se suma la inoportunidad en los tratamientos, la interrupción de estos y la no entrega o entrega parcial de medicamentos requeridos.

Con las especialidades sucede lo mismo: cuando el paciente acude a solicitar su cita con el especialista en la institución

autorizada, casi nunca hay disponibilidad de agenda. Cuando sí hay disponibilidad, es para términos que en ocasiones superan los seis meses. Ahí el desarrollo natural de la enfermedad no tiene control.

La especialidad de neurología, que es la segunda más demandada, atiende la mayor parte de las complicaciones de las enfermedades cardiovasculares (accidentes cerebrovasculares) que no tienen un nivel óptimo de prevención. Respecto a ortopedia, su demanda radicó en la atención de secuelas y complicaciones que se derivaron de accidentes de tránsito, así como en reemplazos de rodilla y cadera.

TABLA 26. ESPECIALIDADES MÁS FRECUENTES EN LAS TUTELAS (PERIODO 2019 - 2020)

Especialidad	2019		2020*		Variación %
	Tutelas	Part. %	Tutelas	Part. %	
Oncología	21.546	10,39	11.213	13,69	-47,96
Neurología	23.562	11,36	9603	11,73	-59,24
Ortopedia	23.171	11,17	6622	8,09	-71,42
Oftalmología y retinología	15.082	7,27	4563	5,57	-69,75
Endocrinología	10.862	5,24	4553	5,56	-58,08
Urología	9349	4,51	4085	4,99	-56,31
Nefrología	7868	3,79	3556	4,34	-54,80
Neurocirugía	7152	3,45	3540	4,32	-50,50
Cardiología	6941	3,35	3499	4,27	-49,59
Reumatología	2883	1,39	3346	4,09	16,06
Cirugía general	9400	4,53	2896	3,54	-69,19
Psiquiatría	6090	2,94	2729	3,33	-55,19
Ginecobstetricia	8056	3,88	2578	3,15	-68,00
Neumología	6749	3,25	2304	2,81	-65,86
Otorrinolaringología	5521	2,66	2160	2,64	-60,88

Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo. *Solo 9 meses

TABLA 26. ESPECIALIDADES MÁS FRECUENTES EN LAS TUTELAS (PERIODO 2019 - 2020)

Especialidad	2019		2020*		Variación %
	Tutelas	Part. %	Tutelas	Part. %	
Medicina interna	2375	1,15	2147	2,62	-9,60
Infectología	3231	1,56	1868	2,28	-42,19
Vascular	4248	2,05	1573	1,92	-62,97
Gastroenterología	2835	1,37	1481	1,81	-47,76
Nutricionista	4992	2,41	1479	1,81	-70,37
Dermatología	3335	1,61	1135	1,39	-65,97
Hematología	1624	0,78	839	1,02	-48,34
Genética	228	0,11	697	0,85	205,70
Odontología	2075	1,00	614	0,75	-70,41
Proctología	1146	0,55	603	0,74	-47,38
Hepatología	295	0,14	589	0,72	99,66
Maxilofacial	914	0,44	336	0,41	-63,24
Alergología	1335	0,64	311	0,38	-76,70
No aplica, no refiere u otras	14.503	6,99	980	1,20	-93,24
Total	207.368	100,00	81.899	100,00	-60,51

Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo. *Solo 9 meses

3.2.6.1.2 Diagnósticos en las tutelas de salud

Los diagnósticos se agruparon según los capítulos y bloques establecidos en la clasificación Estadística Internacional de Enfermedades (CIE 10) (Anexo A).

Los 5 diagnósticos más frecuentes que se relacionaron en las tutelas de 2020, y que invocaron el derecho a la salud, fueron los siguientes: tumores y neoplasias (16,38%), con un incremento de 3,39% en la participación; enfermedades del sistema circulatorio (10,29%); enfermedades del aparato genitourinario (8,74%); enfermedades del sistema osteomuscular (7,84%), y enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (7,82%).

Las enfermedades del sistema circulatorio fueron los segundos diagnósticos por los que los usuarios interpusieron tutelas. Así, tanto las del sistema cardiovascular como las del circulatorio deben ser objeto de prevención y detección

temprana por parte de las EAPB, pues hacen parte de su obligación en la gestión integral del riesgo en salud. No obstante, estas entidades no están cumpliendo con tales requerimientos; lo que se observa es el crecimiento de centros de alta complejidad para atender a estos pacientes, en detrimento de los centros de atención primaria (entre los que están los puestos de salud, los promotores y los centros básicos de atención).

Es importante resaltar la falta de gobernabilidad y de autoridad por parte de las entidades territoriales de salud, en la exigencia hacia los actores del sistema y de los planes locales centrados en la problemática de salud. Eso ocurre a pesar de que el Ministerio de Salud ha aprobado la implementación de varios programas como el del MAITE. El resultado se evidencia en este estudio, ya que personas con enfermedades de mortalidad evitable interponen tutelas para reclamar su derecho a la salud: desde lo más básico, como la insulina



para pacientes con diabetes, hasta antihipertensivos para pacientes con hipertensión arterial o tratamientos para infecciones urinarias primarias. Lo anterior hace que los pacientes se compliquen y sufran incluso de insuficiencias renales, o la muerte en los casos más graves.

Respecto a los regímenes contributivo y subsidiado, se encuentra que predominan las tutelas de pacientes con tumores y neoplasias; en el régimen especial, las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas;

en otros, traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas. Aquí se sigue evidenciando el grado de ineficiencia de los programas de detección temprana, de promoción y de prevención a cargo de las EAPB. Esos obstáculos son aún mayores en los regímenes especiales, ya que son conglomerados de población más controlada.

A continuación se analizan los tres tipos de diagnóstico con más tutelas en 2020.

TABLA 27. DIAGNÓSTICOS EN LAS TUTELAS (PERIODO 2019 - 2020)

Diagnósticos	Contributivo y Subsidiado			Régimen Especiales			Otros			Total	
	Tutelas	Part. vertical %	Part. horizontal %	Tutelas	Part. vertical %	Part. horizontal %	Tutelas	Part. vertical %	Part. horizontal %	Tutelas	Part. %
Tumores [Neoplasias]	11.804	17,3	87,9	642	11,2	4,78	974	12,2	7,26	13.420	16,39
Enfermedades del sistema circulatorio	7037	10,3	83,5	476	8,3	5,65	914	11,4	10,85	8427	10,29
Enfermedades del aparato genitourinario	6276	9,2	87,7	477	8,3	6,67	402	5,00	5,62	7155	8,74
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo	5339	7,8	83,2	441	7,7	6,87	639	7,95	9,95	6419	7,84
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	5389	7,9	84,2	663	11,6	10,4	352	4,38	5,50	6404	7,82
Enfermedades del sistema nervioso	5268	7,7	87,1	349	6,1	5,77	435	5,41	7,19	6052	7,39
Trastornos mentales y del comportamiento	4269	6,3	80,73	547	9,5	10,3	472	5,87	8,93	5288	6,46
Enfermedades del sistema digestivo	3285	4,8	76,99	364	6,3	8,53	618	7,69	14,48	4.267	5,21
Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa	2696	4,0	67,15	170	3,0	4,23	1149	14,3	28,62	4.015	4,90
Enfermedades del ojo y sus anexos	3509	5,2	87,64	196	3,4	4,90	299	3,72	7,47	4.004	4,89
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	2830	4,2	84,35	337	5,9	10	188	2,34	5,60	3355	4,10
Enfermedades del sistema respiratorio	1825	2,7	78,70	156	2,7	6,73	338	4,21	14,58	2319	2,83

Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo. *Solo 9 meses

TABLA 27. DIAGNÓSTICOS EN LAS TUTELAS (PERIODO 2019 - 2020)

Diagnósticos	Contributivo y Subsidiado			Régimen Especiales			Otros			Total	
	Tutelas	Part. vertical %	Part. horizontal %	Tutelas	Part. vertical %	Part. horizontal %	Tutelas	Part. vertical %	Part. horizontal %	Tutelas	Part. %
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	2111	3,1	91,11	0	0,0	0,00	206	2,56	8,89	2317	2,83
Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	1413	2,1	74,56	257	4,5	13,6	225	2,80	11,87	1895	2,31
Enfermedades infecciosas y parasitarias	1310	1,9	70,13	247	4,3	13,2	311	3,87	16,65	1868	2,28
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	1401	2,1	84,04	240	4,2	14,4	26	0,32	1,56	1667	2,04
Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo	952	1,4	87,42	72	1,3	6,61	65	0,81	5,97	1089	1,33
No aplica, no refiere u otras	1410	2,1	72,76	103	1,8	5,31	425	5,29	21,93	1938	2,37
Total	68.124	100,0	83,18	5737	100	7,00	8038	100	9,81	81.899	100

Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo. *Solo 9 meses

i) Tumores y neoplasias: su participación se vio incrementada en 3,39% respecto de 2019, y los usuarios interpusieron tutelas por falta de oportunidad en el tratamiento y falta de autorizaciones integrales; a raíz de la pandemia, muchos tratamientos de cáncer fueron interrumpidos, bien sea por el cambio en prioridades de atención de las EPS, o por miedo de los pacientes a contagiarse. Los tumores y neoplasias son enfermedades se desarrollan de manera muy rápida por su naturaleza; requieren de una detección temprana y oportuna para que su tratamiento sea eficaz. En este sentido, de acuerdo con lo observado, los pacientes son sometidos a cambios de médico (terminación o cambio de contratos con IPS), a largas esperas en la materialización del servicio y, en muchos casos, al reinicio de su plan de manejo médico. Todo eso genera comorbilidades y complicaciones, así como aumento en la demanda del servicio.

El tumor maligno de mama es el más frecuente (15,89%), seguido por el de próstata (10,19%), por el tumor maligno de útero (8,48%), por los tumores malignos de la piel (6,36%) y por los tumores malignos de las glándulas tiroides (4,94%) (tabla 28). Además de que existe una tasa de mortalidad evitable en Colombia, los resultados evidencian la inoperancia y seguridad, la falta de registro eficaz y de

análisis de la demanda insatisfecha de los pacientes en cada una de sus fases, que van desde la detección temprana hasta su paliación. Tal situación genera muertes evitables, por omisión o negligencia. Se evidencia cuando un usuario no resuelve su necesidad a causa de situaciones internas de la institución.

La mortalidad por causas prevenibles o sensibles a la atención de la salud tiende a ser prematura y casi siempre es causada por una mala atención en salud. En otras palabras, las causas de estas defunciones se consideran tratables, y, por lo tanto, se consideran evitables con la atención médica apropiada. Así, la tasa de mortalidad por causas sensibles a la atención de la salud es una opción conveniente para aproximarse al impacto de la atención sobre la muerte prematura, pero no debe considerarse como evidencia definitiva de diferencias en la atención de salud eficaz.

Lo anterior preocupa a esta entidad, ya que solicitudes de citas médicas, tratamientos y otras tecnologías en salud que se encuentran en el PBS —que deberían ser otorgadas con la sola orden médica— son objeto de acciones constitucionales para su obtención; en ocasiones, hay desacato por parte



de las aseguradoras, lo que pone en peligro de muerte a los pacientes.

Según el Observatorio Nacional de Cáncer, el cáncer en Colombia tiene una incidencia estimada de 182 por 100.000 habitantes y una mortalidad cercana a 84 por 100.000 habitantes (Observatorio Nacional de Cáncer, 2021).

Según el Ministerio de Salud y Protección Social, el cáncer de mama es un problema de salud pública que va en aumento a nivel nacional: es la principal causa de mortalidad de las mujeres en Colombia. Se señala que mientras en 2009 se registraron 2243 muertes, en 2019 la cifra llegó a 3535 (36,5%). En total, murieron 22.174 mujeres entre los 30 y 70 años durante la última década (Minsalud, 2020h).

De acuerdo con el Observatorio Nacional de Cáncer, el cáncer de próstata es el de mayor incidencia en Colombia, con una tasa ajustada de incidencia y mortalidad de 47 por 100.000 habitantes (Observatorio Nacional de Cáncer, 2020)

ii) En relación con las enfermedades del sistema circulatorio, que fueron los segundos diagnósticos más frecuentes en las tutelas de 2020, las solicitudes más usuales están asociadas a la hipertensión arterial, la insuficiencia cardíaca y los accidentes vasculares encefálicos (tabla 29).

Los accidentes vasculares encefálicos son consecuencia de la malnutrición, el exceso del consumo de carbohidratos, la falta de promoción de hábitos saludables y de ejercicio, y por la publicidad de los medios de comunicación para el consumo de bebidas azucaradas y de alimentos no saludables. Mientras esta cultura no cambie, y no se imponga una restricción a la publicidad de alimentos dañinos para la salud (generalmente sobreelaborados por la industria), y no se promueva el consumo de alimentos saludables, el incremento de esta enfermedad será constante.

iii) En relación con las enfermedades del sistema genitourinario, las tutelas por insuficiencia renal crónica (38,32%) fueron las más frecuentes. De esta manera, se

TABLA 28. TUTELAS POR DIAGNÓSTICO DE TUMORES (AÑO 2020)

Diagnósticos de Tumores	Régimen									Total	
	Contributivo y Subsidiado			Especiales			Otros				
	Tutelas	Part. vertical %	Part. horizontal %	Tutelas	Part. vertical %	Part. horizontal %	Tutelas	Part. vertical %	Part. horizontal %	Tutelas	Part. %
Tumor maligno de la mama	1877	15,9	88,06	157	24,5	7,36	98	10,03	4,58	2132	15,89
Tumor maligno de la próstata	1220	10,3	89,26	71	11,0	5,18	76	7,81	5,56	1367	10,19
Tumor maligno del útero	994	8,4	87,41	25	3,9	2,22	118	12,13	10,37	1137	8,48
Tumores malignos de la piel	791	6,7	92,68	62	9,7	7,32	0	0,00	0,00	854	6,36
Tumor maligno de la glándula tiroides	663	5,6	100,00	0	0,0	0,00	0	0,00	0,00	663	4,94
Tumor maligno del encéfalo	341	2,9	73,90	55	8,6	11,92	65	6,73	14,18	462	3,44
Tumor maligno del estómago	309	2,6	70,05	89	13,9	20,28	43	4,38	9,67	440	3,28
Tumor maligno del colon	370	3,1	87,62	28	4,4	6,64	24	2,49	5,74	422	3,14
Tumor maligno del recto	284	2,4	83,75	0	0,0	0,00	55	5,67	16,25	340	2,53
Leucemia mieloide	218	1,8	66,87	0	0,0	0,00	108	11,08	33,13	326	2,43
Otros	4736	40,1	89,76	154	24,0	2,92	386	39,67	7,32	5276	39,32
Total	11.804	100	87,97	642	100	4,78	973	100	7,25	13.419	100

Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo. *Solo 9 meses



TABLA 29. TUTELAS POR DIAGNÓSTICOS DE ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO (AÑO 2020)

Diagnósticos del sistema circulatorio	Contributivo y Subsidiado			Régimen Especiales			Otros			Total	
	Tutelas	Part. vertical %	Part. horizontal %	Tutelas	Part. vertical %	Part. horizontal %	Tutelas	Part. vertical %	Part. horizontal %	Tutelas	Part. %
Hipertensión esencial [primaria]	1549	22,0	82,42	90	18,9	4,78	241	26,34	12,80	1879	22,30
Insuficiencia cardíaca	1031	14,6	83,18	125	26,3	10,09	83	9,13	6,73	1239	14,71
Accidente vascular encefálico agudo no especificado como hemorrágico o isquémico	766	10,9	86,01	41	8,6	4,59	84	9,15	9,39	891	10,57
Venas varicosas de los miembros inferiores	490	7,0	84,32	34	7,2	5,89	57	6,23	9,79	581	6,89
Secuelas de enfermedad cerebrovascular	397	5,6	91,62	10	2,1	2,27	26	2,89	6,10	433	5,14
Otras enfermedades cerebrovasculares	281	4,0	87,28	0	0,0	0,00	41	4,48	12,72	322	3,82
Cardiomiopatía	219	3,1	69,67	26	5,5	8,36	69	7,54	21,97	314	3,72
Otros trastornos de las venas	306	4,4	100,00	0	0,0	0,00	0	0,00	0,00	306	3,63
Taquicardia paroxística	250	3,6	90,39	27	5,6	9,61	0	0,00	0,00	277	3,28
Infarto agudo del miocardio	285	4,1	79,00	21	4,4	5,82	55	6,00	15,18	361	4,28
Otros	1464	20,8	80,26	102	21,4	5,59	258	28,24	14,14	1824	21,65
Total	7037	100	83,51	476	100	5,64	914	100	10,84	8427	100

Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo. *Solo 9 meses

evidencia el fracaso de los programas de promoción y prevención de la enfermedad y la inatención reiterada en salud impuesta por las aseguradoras, que ponen barreras para su atención efectiva. También es importante, para este tipo de enfermedades, generar conciencia en los pacientes

promoviendo estilos de vida saludable. La segunda solicitud de servicios fue por hiperplasia prostática (17,97%). La tercera tuvo que ver con otros trastornos del sistema urinario (6,89%) (tabla 30).

TABLA 30. TUTELAS POR DIAGNÓSTICOS DEL SISTEMA GENITOURINARIO (AÑO 2020)

Diagnósticos del Sistema Genito Urinario	Régimen									Total	
	Contributivo y Subsidiado			Especiales			Otros				
	Tutelas	Part. vertical %	Part. horizontal %	Tutelas	Part. vertical %	Part. horizontal %	Tutelas	Part. vertical %	Part. horizontal %	Tutelas	Part. %
Insuficiencia renal crónica	2488	39,6	90,7	163	34,2	5,96	91	22,6	3,31	2742	38,32
Hiperplasia de la próstata	1079	17,2	83,9	114	23,9	8,87	93	23,1	7,22	1286	17,97
Otros trastornos del sistema urinario	397	6,3	80,6	0	0,0	0,00	95	23,7	19,4	493	6,89
Cálculo del riñón y del uréter	307	4,9	81,2	62	13,1	16,5	9	2,21	2,34	379	5,29
Prolapso genital femenino	331	5,3	100	0	0,0	0,00	0	0,00	0,00	331	4,62
Uropatía obstructiva y por reflujo	257	4,1	100	0	0,0	0,00	0	0,00	0,00	257	3,59
Hipertrofia de la mama	166	2,6	86,8	25	5,3	13,2	0	0,00	0,00	192	2,68
Otras hemorragias uterinas o vaginales anormales	173	2,8	100	0	0,0	0,00	0	0,00	0,00	173	2,41
Endometriosis	99	1,6	100	0	0,0	0,00	0	0,00	0,00	99	1,38
Otros	979	15,6	81,2	112	23,5	9,29	114	28,4	9,46	1205	16,84
Total	6276	100	87,7	477	100	6,67	402	100	5,62	7155	100

Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo. *Solo 9 meses

3.2.6.2 Tutelas para exigir contenidos del Plan de Beneficios en Salud (PBS) en los regímenes contributivo y subsidiado

En esta sección se analizaron las tutelas en las que los usuarios de los regímenes contributivo y subsidiado solicitaron servicios de salud, y se determinó si estos están incluidos en el PBS o no.

El Plan de Beneficios en Salud (PBS) es el conjunto de servicios para la atención en salud al que tienen derecho tanto los afiliados al Régimen contributivo como los afiliados al Régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Minsalud, 2014). Este plan tiene como fin brindar protección integral a las familias en lo que se refiere a la maternidad y a la enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías.

En materia de promoción y prevención, el PBS cubre las actividades de información, educación, capacitación y comunicación a todos los afiliados del SGSSS, sin importar la edad o el género (Minsalud, 2014). De todas maneras, hay una atención prioritaria para la población infantil y adolescente, así como para las mujeres gestantes y lactantes, para la población en edad reproductiva y para los adultos mayores, con el fin de fomentar factores protectores, inducir a estilos de vida saludables y controlar las enfermedades crónicas no transmisibles. De igual forma, garantiza el acceso a los biológicos del Plan Ampliado de Inmunización (PAI) y al condón masculino de látex para la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS), VIH/SIDA y para la planificación familiar⁷⁵. Para acceder a estos insumos es requisito asistir a la consulta de planificación o a la consejería para los casos de infección de transmisión sexual.

⁷⁵ Minsalud, Resolución 412 de 2000; Minsalud, Resolución 769 de 2008.



Para la recuperación de la salud, el PBS cubre los siguientes servicios: la atención inicial en urgencias, que debe ser garantizada en cualquier institución prestadora de servicios en salud (IPS); la hospitalización en habitación compartida (salvo criterio médico); la internación en unidades especiales (UCI, unidades intermedias y quemados); la atención domiciliaria; los medicamentos, insumos médicos y dispositivos necesarios e insustituibles para la realización o utilización de tecnologías cubiertas en el PBS; la medicina y terapias alternativas y complementarias, debidamente reglamentadas; los trasplantes de riñón, corazón, hígado, médula ósea y córnea; los injertos necesarios para los procedimientos descritos en el PBS (autoinjertos, aloinjertos o injertos heterólogos) y los procedimientos de toma de tejido del mismo paciente o de un donante; finalmente, la atención paliativa ambulatoria o con internación de toda enfermedad en su fase terminal o cuando no haya posibilidades de recuperación, entre otros (Minsalud, 2014).

En materia odontológica, cubre las prótesis dentales (cajas de dientes completas), las calzas, los tratamientos de conductos y la cirugía oral y maxilofacial, entre otros (Minsalud, 2014).

En salud mental, el PBS cubre la atención de urgencias; la psicoterapia ambulatoria tanto individual como colectiva; la atención con internación, durante la fase aguda de la enfermedad, o en caso de que esta ponga en peligro la vida o la integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, y las coberturas especiales para menores de 18 años en condición de violencia intrafamiliar, abuso sexual, trastornos alimentarios (anorexia o bulimia), uso de sustancias psicoactivas y personas menores con discapacidad, así como para las mujeres víctimas de violencia física, sexual o psicológica (Minsalud, 2014).

Respecto al servicio de transporte o traslado de pacientes, el PBS cubre el traslado acuático, aéreo y terrestre, en ambulancia básica o medicalizada, para los siguientes casos: traslado de pacientes desde el sitio de ocurrencia hasta la IPS; de IPS de menor complejidad a IPS de mayor complejidad, y en la contrarreferencia; desde el medio geográfico donde esté el paciente, atendiendo su estado de salud, el concepto del profesional médico y el destino de la remisión; Por último el PBS cubre la atención domiciliaria cuando así lo determine el profesional tratante.

Las EPS deben cubrir el transporte distinto a la ambulancia en las siguientes circunstancias: cuando el sitio de residencia

corresponda a zonas de dispersión geográfica que reciben una prima adicional para ese fin; cuando el paciente ambulatorio debe trasladarse a un municipio distinto al de su residencia para recibir servicios PBS, y en los casos en que la EPS no cuenta con red de prestadores, aun cuando estos servicios estén en el municipio de residencia (Minsalud, 2014).

El análisis relacionado con contenidos PBS se realizó con base en lo establecido en la Resolución 3512 del 26 de diciembre de 2019 (emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social). Por medio de esta resolución se actualizan los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la unidad de pago por capitación (UPC) y sus anexos. El anexo 1: «Listado de medicamentos financiados con recursos de la UPC», clasificación, formas farmacéuticas según vía de administración, estado y forma de liberación del principio activo; anexo 2: «Listado de procedimientos en salud financiados con recursos de la UPC».

En el mismo sentido, se analizó la Resolución 244 de 31 de enero 2019, «por la cual se adopta el listado de servicios y tecnologías que serán excluidas de la financiación con recursos públicos asignados a la salud.

Conforme con los lineamientos de la interoperabilidad y estandarización de datos, se tomaron como referencia los estándares de terminología para identificar las tecnologías en salud, sin que estos definan la financiación con recursos de la UPC así: 1. la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS), de acuerdo con lo dispuesto por la normativa vigente; 2. el Sistema de Clasificación Anatómica, Terapéutica y Química (ATC) de la OMS para medicamentos; 3. la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (décima revisión CIE-10) de la OMS, y sus respectivas modificaciones y actualizaciones.

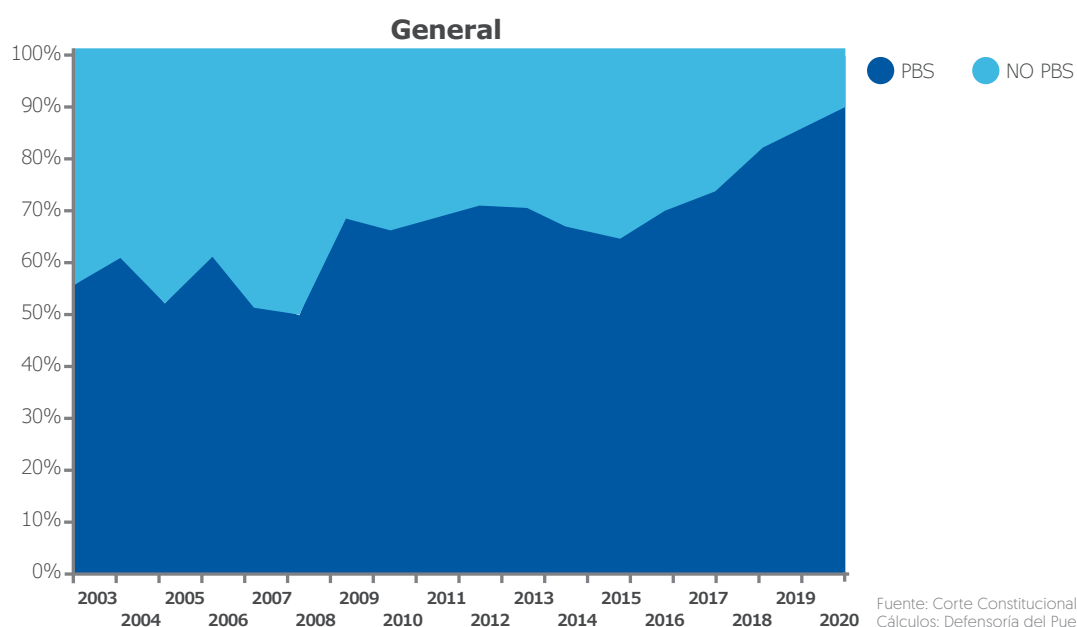
En atención a lo anterior, para este estudio, las solicitudes de los usuarios a través de la acción de tutela fueron clasificadas en PBS, no PBS y exclusiones. Así, el porcentaje de solicitudes PBS se incrementó a 89,03% (tabla 31 y gráfica 7), la cifra más alta desde 2003. Es importante tener en cuenta que las solicitudes PBS ya están financiadas por la UPC, motivo por el que no se sigue entendiendo su negación. Eso constituye una violación sistemática del derecho fundamental a la salud de los residentes en el país; hasta el momento no se tiene la fórmula exacta para evitarlo.

TABLA 31. PORCENTAJE DE SOLICITUDES DE SERVICIOS EN SALUD PBS EN CADA RÉGIMEN

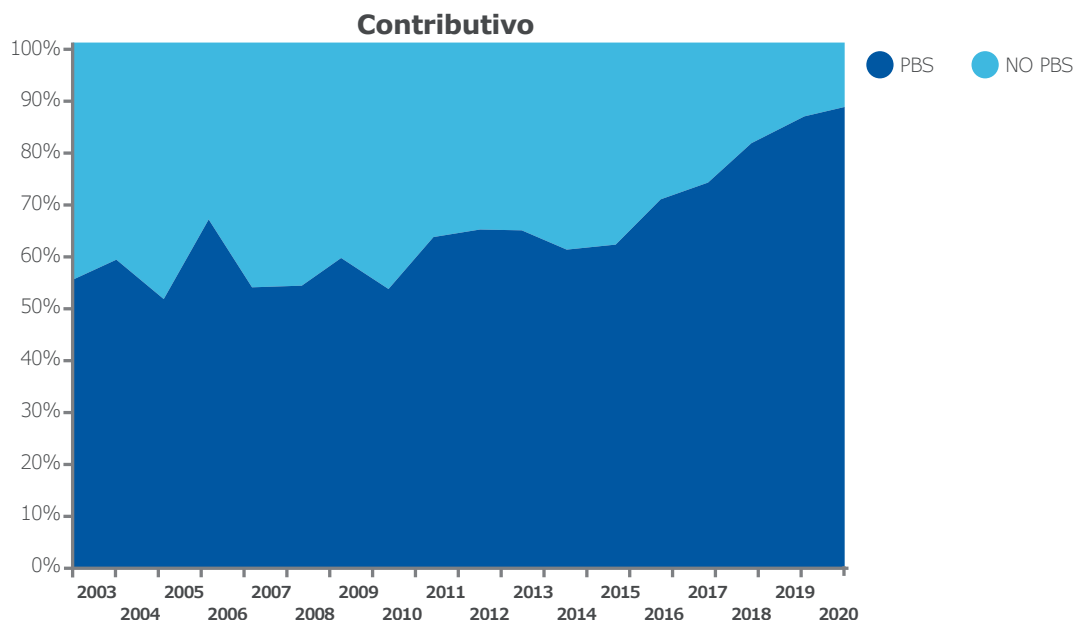
Año	Contributivo %	Subsidiado %	General %
2003	55,46	62,35	56,00
2004	59,73	67,43	60,40
2005	52,22	60,82	53,10
2006	67,37	39,26	60,90
2007	54,30	33,26	50,70
2008	54,85	32,71	49,30
2009	59,90	76,50	68,20
2010	54,00	73,80	65,40
2011	64,16	70,26	67,81
2012	65,25	75,59	70,93
2013	64,90	75,63	69,96
2014	61,70	70,24	65,74
2015	62,83	65,51	64,08
2016	70,99	68,39	69,70
2017	74,27	71,48	72,89
2018	81,73	78,84	80,12
2019	86,31	84,60	85,32
2020*	88,87	89,26	89,03

Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo. *Solo 9 meses.

Gráfica 8. Evolución de las solicitudes de servicios en salud PBS en las tutelas (periodo 2003-2020)

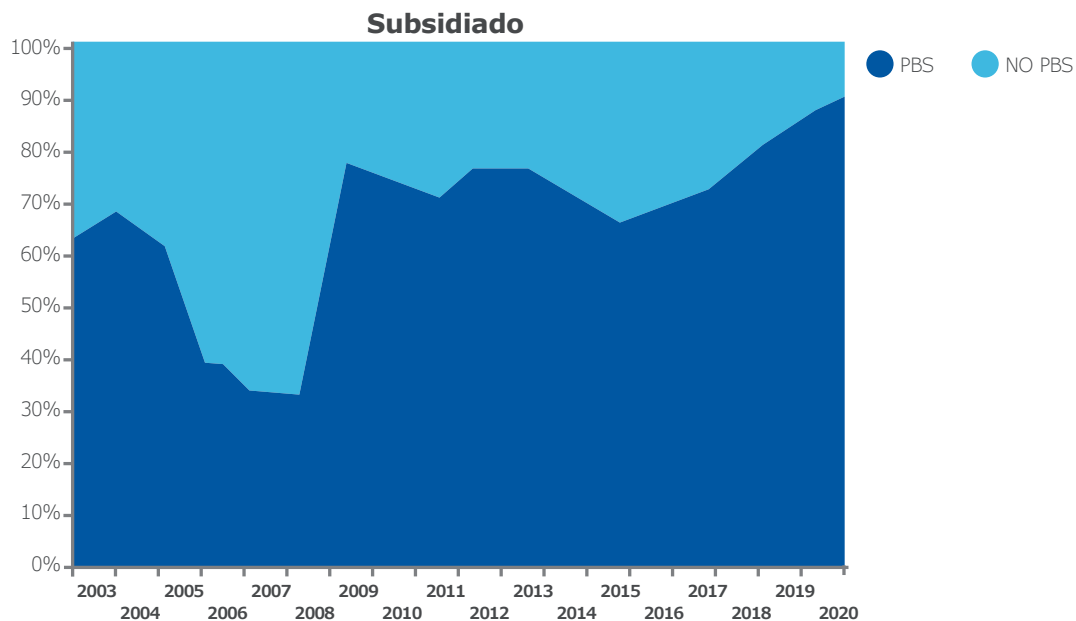


Gráfica 9. Evolución de las solicitudes de servicios en salud PBS en las tutelas del Régimen contributivo (periodo 2003-2020)



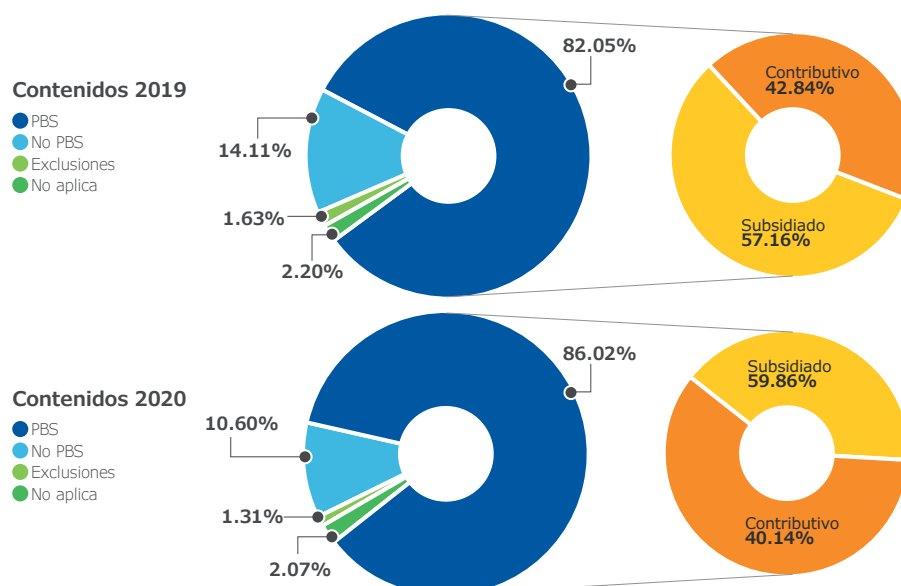
Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo

Gráfica 10. Evolución de las solicitudes de servicios en salud PBS en las tutelas del Régimen subsidiado (periodo 2003-2020)



Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo

Gráfica 11. Contenidos de servicios en salud PBS en las tutelas (periodo 2019-2020)



Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo

3.2.6.2.1 Contenidos más frecuentes en los regímenes contributivo y subsidiado

Al igual que a nivel general, en los regímenes contributivo y subsidiado las solicitudes más frecuentes fueron los servicios, los medicamentos y los elementos que no son asistenciales pero que se tutelan (viáticos y cuidadores). De esos, la participación se vio incrementada en varios puntos porcentuales en los medicamentos y en los elementos que no son asistenciales (tabla 32).

En relación con las exclusiones solicitadas por tutela, existe una tendencia a la baja en gran medida porque ahora hay un mayor conocimiento de estas, tanto por los profesionales de la salud como por los usuarios. Estos últimos cada día son más conscientes de las limitaciones y realidades presupuestales del sistema de salud.

En general, lo más solicitado en las tutelas fueron los servicios (60,58%), seguido de los medicamentos (17,27%), que presentaron un incremento en la participación de 3,11%

TABLA 32. SOLICITUDES MÁS FRECUENTES EN LAS TUTELAS INTERPUESTAS EN LOS REGÍMENES CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO (PERIODO 2019 - 2020)

	2019		2020*		Variación %
	Solicitudes	Part. %	Solicitudes	Part. %	
Servicios	265.108	63,10	76.695	60,58	-71,07
Medicamentos	59.477	14,16	21.862	17,27	-63,24
Elementos que no son asistenciales pero que se tutelan	33.033	7,86	13.229	10,45	-59,95
Dispositivos médicos quirúrgicos e insumos	18.328	4,36	5325	4,21	-70,95
Productos cosméticos y de aseo	14.668	3,49	3469	2,74	-76,35
Suplementos dietarios	10.591	2,52	1698	1,34	-83,97
Aseguramiento en salud	2841	0,68	38	0,03	-98,66
Subtotal PBS y no PBS	404.046	96,16	122.316	96,62	-69,73
Exclusiones	6862	1,63	1656	1,31	-75,87
No aplica	9254	2,20	2619	2,07	-71,70
Subtotal	16.116	3,84	4275	3,38	-73,47
TOTAL	420.162	100	126.591	100	-69,87

Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo. *Solo 9 meses



en relación con el año anterior. En una menor proporción (10,45%) fueron solicitados elementos que no son asistenciales, como viáticos (transporte, hospedaje y alimentación) para el paciente, sus acompañantes y sus cuidadores. En un cuarto lugar se encuentran los dispositivos médicos quirúrgicos e insumos (4,21%), representados por las prótesis y los insumos domiciliarios, como camas, colchones antiescaras, sillas de ruedas y oxigenadores —son equipos para obtener oxígeno a través del mecanismo de concentración del oxígeno ambiente para luego entregárselo al paciente; este tipo de equipos se conectan a la corriente alterna de energía eléctrica (tabla 34). Teniendo en cuenta la distribución PBS y no PBS, las mayores solicitudes fueron por PBS (89,03%). Esta cifra es superior a la observada en años anteriores. Del primer grupo, los servicios (98,63%), los viáticos y el transporte (93,12%) y los medicamentos (82,92%) fueron los más altos. Por su parte, los productos cosméticos y de aseo (99,14%) y los

suplementos dietarios (100%) hicieron parte de las solicitudes no PBS (tabla 33 y Gráfica 12).

Como se observa, en 2020, de un total de 122.316 solicitudes, el 89,03% (108.898) correspondieron a requerimientos incluidos en el PBS (gráfica 10), con un incremento de 3,71% en relación con el año 2019. En el Régimen subsidiado el incremento fue ligeramente mayor, lo que evidencia los problemas de acceso a los tratamientos establecidos para patologías de alto costo como el cáncer y la enfermedad renal —ambas cubiertas en su totalidad por el sistema de salud—. Estas cifras incluyen los 8 servicios de los regímenes contributivo y subsidiado clasificados por la Defensoría del Pueblo (tratamientos; medicamentos; citas médicas; cirugías; prótesis, órtesis e insumos médicos; imágenes diagnósticas; exámenes diagnósticos, y procedimientos).

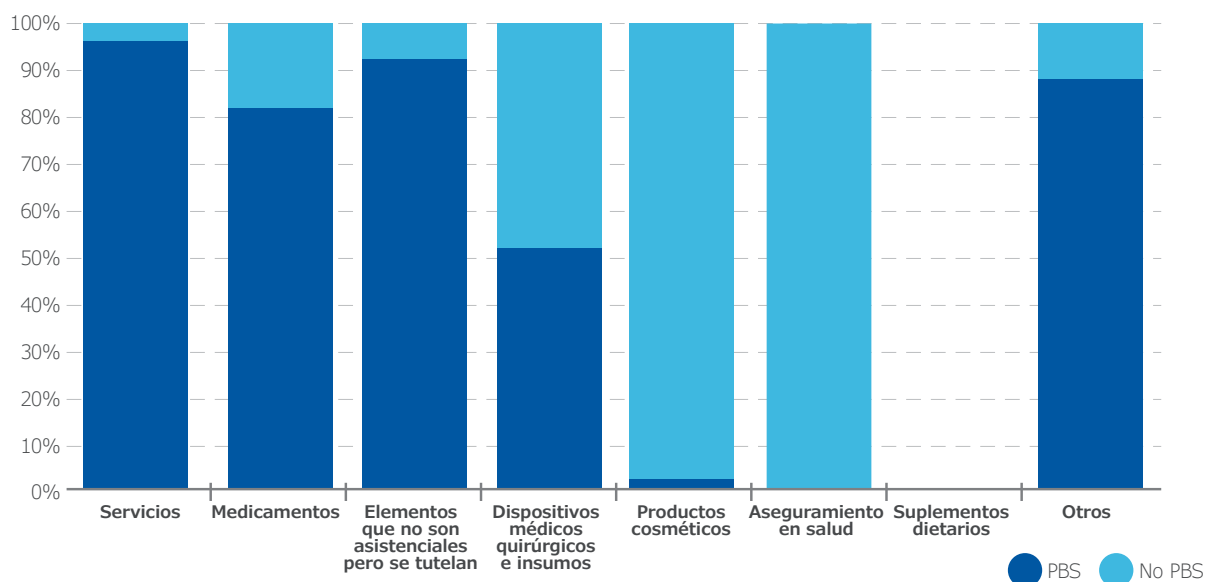
En el Régimen contributivo, lo más solicitado en las tutelas fueron los servicios (61,85%), seguido de los medicamentos

TABLA 33. DISTRIBUCIÓN DE LOS CONTENIDOS EN PBS Y NO PBS (AÑO 2020)

Contenidos	Regímenes contributivo y subsidiado							
	PBS			No PBS			Total	
	Solicitudes	Part. vertical %	Part. horizontal %	Solicitudes	Part. vertical %	Part. horizontal %	Solicitudes	Part. %
Servicios	75.644	69,5	98,63	1051	7,83	1,37	76.695	60,9
Medicamentos	18.129	16,7	82,92	3733	27,8	17,08	21.862	17,3
Elementos que no son asistenciales pero se tutelan	12.319	11,3	93,12	910	6,78	6,88	13.229	14,5
Dispositivos médicos quirúrgicos e insumos	2738	2,51	51,42	2587	19,3	48,58	5325	4,21
Productos cosméticos y de aseo	30	0,03	0,86	3439	25,6	99,14	3469	2,74
Suplementos dietarios	0	0,00	0,00	1698	12,7	100,0	1698	1,34
Aseguramiento en salud	38	0,03	100,00	0	0,00	0,00	38	0,03
Subtotal PBS y no PBS	108.898	100	89,03	13.418	100	10,97	122.316	96,6
Exclusiones							1656	1,31
No aplica							2619	2,07
Subtotal							4275	3,38
TOTAL	108.898			13.418			126.591	100

Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo.

Gráfica 12. Contenido PBS y no PBS en cada servicio de salud en 2020



Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo

(17,83%). Los datos de este régimen coinciden con los datos generales, que presentaron un incremento en la participación de 4,87% en relación con el año anterior, por lo que ya se explicó. En una menor proporción (7,84%) se solicitaron elementos que no son asistenciales, dispositivos médicos

quirúrgicos e insumos (5,04%) y productos cosméticos y de aseo (2,47%), pañales en su gran mayoría (tabla 34). Teniendo en cuenta la distribución PBS y no PBS, las mayores solicitudes en este régimen fueron por negaciones PBS (88,87%); los servicios (98,4%), los elementos que no

TABLA 34. DISTRIBUCIÓN DE LOS CONTENIDOS EN PBS Y NO PBS EN EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO (AÑO 2020)

Contenidos	Regímenes contributivo y subsidiado							
	PBS			No PBS			Total	
	Solicitudes	Part. vertical %	Part. horizontal %	Solicitudes	Part. vertical %	Part. horizontal %	Solicitudes	Part. %
Servicios	46.420	71,21	98,40	755	9,25	1,60	47.175	61,85
Medicamentos	11.494	17,63	84,50	2108	25,8	15,50	13.602	17,83
Elementos que no son asistenciales pero que se tutelan	5385	8,26	90,05	595	7,29	9,95	5980	7,84
Dispositivos médicos quirúrgicos e insumos	1884	2,89	48,96	1964	24,1	51,04	3848	5,04
Productos cosméticos y de aseo	0	0,00	0,00	1887	23,1	100,00	1887	2,47
Suplementos dietarios	0	0,00	0,00	851	10,4	100,00	851	1,12
Subtotal PBS y no PBS	65.183	100	88,87	8.160	100	11,13	73.343	96,15
Exclusiones							1167	1,53
No aplica							1766	2,32
Subtotal							2933	3,85
TOTAL	65.183			8160			76.276	100

Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo.

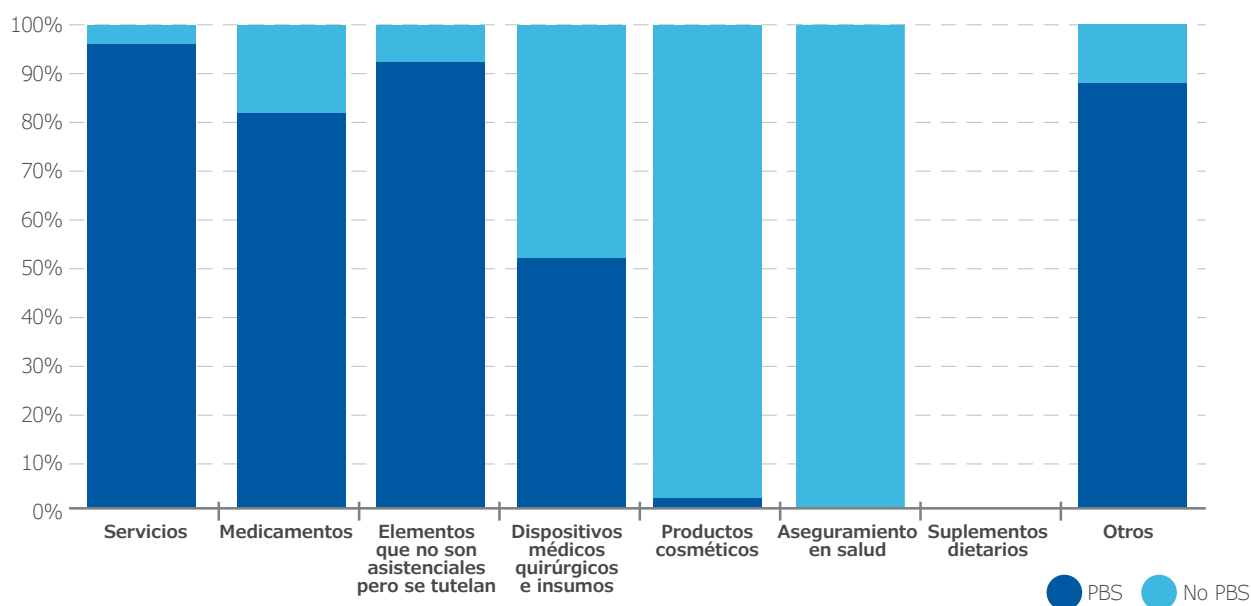


son asistenciales (90,05%) y los medicamentos (84,5%) son los más altos. Los productos cosméticos y de aseo, y los suplementos dietarios (100%) fueron solicitudes no PBS (tabla 34) (gráfica 13).

En el Régimen subsidiado, lo más solicitado en las tutelas fueron los servicios (58,67%), seguidos de los medicamentos (16,42%) y de los elementos que no son asistenciales (14,41%).

En una menor proporción (3,14%), se solicitaron productos cosméticos y de aseo, dispositivos médicos quirúrgicos e insumos (2,94%) y suplementos dietarios (1,68%) (tabla 35). Las solicitudes PBS en este régimen fueron de 89,26%, superior al contributivo. Los servicios (99%), los elementos no son asistenciales (95,64%) y los medicamentos (80,33%) fueron los más altos. Los suplementos dietarios (100%)

Gráfica 13. Contenido PBS y no PBS en cada servicio de salud del Régimen contributivo (año 2020)



Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo

TABLA 35. DISTRIBUCIÓN DE LOS CONTENIDOS EN PBS Y NO PBS EN EL RÉGIMEN SUBSIDIADO (AÑO 2020)

Contenidos	Regímenes contributivo y subsidiado							
	PBS			No PBS			Total	
	Solicitudes	Part. vertical %	Part. horizontal %	Solicitudes	Part. vertical %	Part. horizontal %	Solicitudes	Part. %
Servicios	29.225	66,85	99,00	296	5,63	1,00	29.521	58,67
Medicamentos	6635	15,18	80,33	1.625	30,9	19,67	8260	16,42
Elementos que no son asistenciales pero se tutelan	6934	15,86	95,64	316	6,01	4,36	7250	14,41
Productos cosméticos y de aseo	30	0,07	1,91	1.551	29,5	98,09	1582	3,14
Dispositivos médicos quirúrgicos e insumos	854	1,95	57,80	623	11,9	42,20	1477	2,94
Suplementos dietarios	0	0,00	0,00	847	16,1	100,00	847	1,68

Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo

TABLA 35. DISTRIBUCIÓN DE LOS CONTENIDOS EN PBS Y NO PBS EN EL RÉGIMEN SUBSIDIADO (AÑO 2020)

Contenidos	Regímenes contributivo y subsidiado							
	PBS				No PBS			Total
Aseguramiento en salud	38	0,09	100,00	0	0,00	0,00	38	0,07
Subtotal PBS y no PBS	43.715	100	89,26	5258	100	10,74	48.974	97,33
Exclusiones							490	0,97
No aplica							852	1,69
Subtotal							1342	2,67
TOTAL	43.715			5258			50.316	100

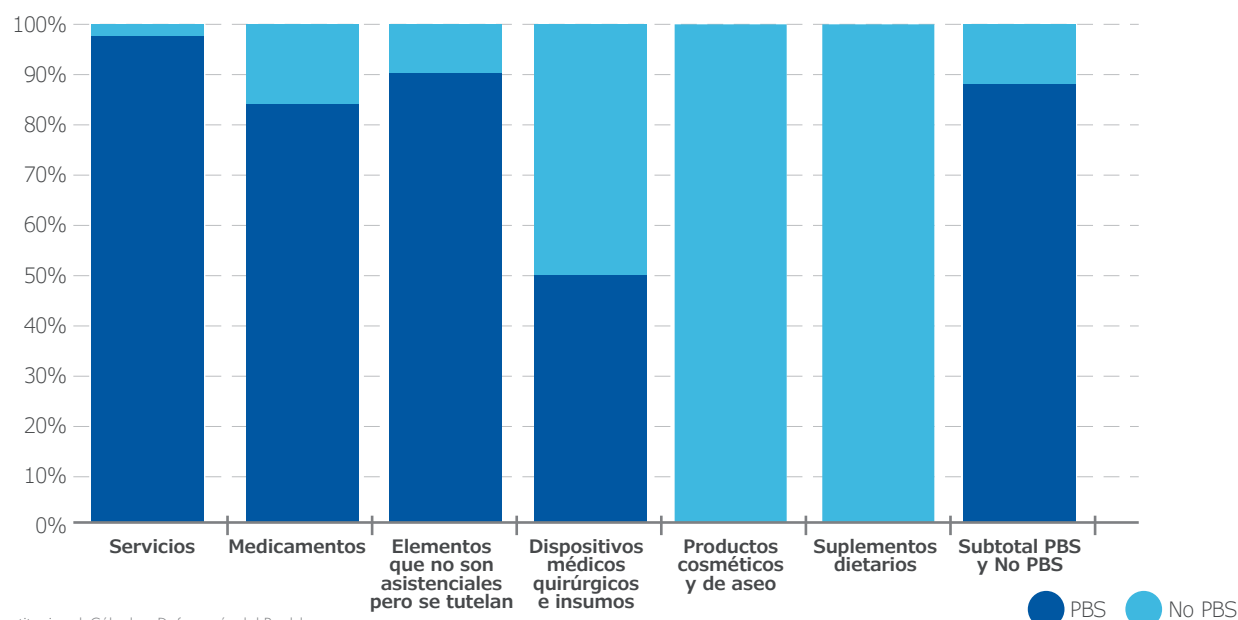
Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo

y los productos cosméticos y de aseo (98,09%) fueron las solicitudes no PBS más frecuentes (gráfica 14).

3.2.6.2.1 Contenidos en servicios

Como se mencionó en la metodología, los servicios corresponden al primer capítulo de la clasificación, según

Gráfica 14. Contenido PBS y no PBS en cada servicio de salud del Régimen subsidiado (año 2020)



Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo

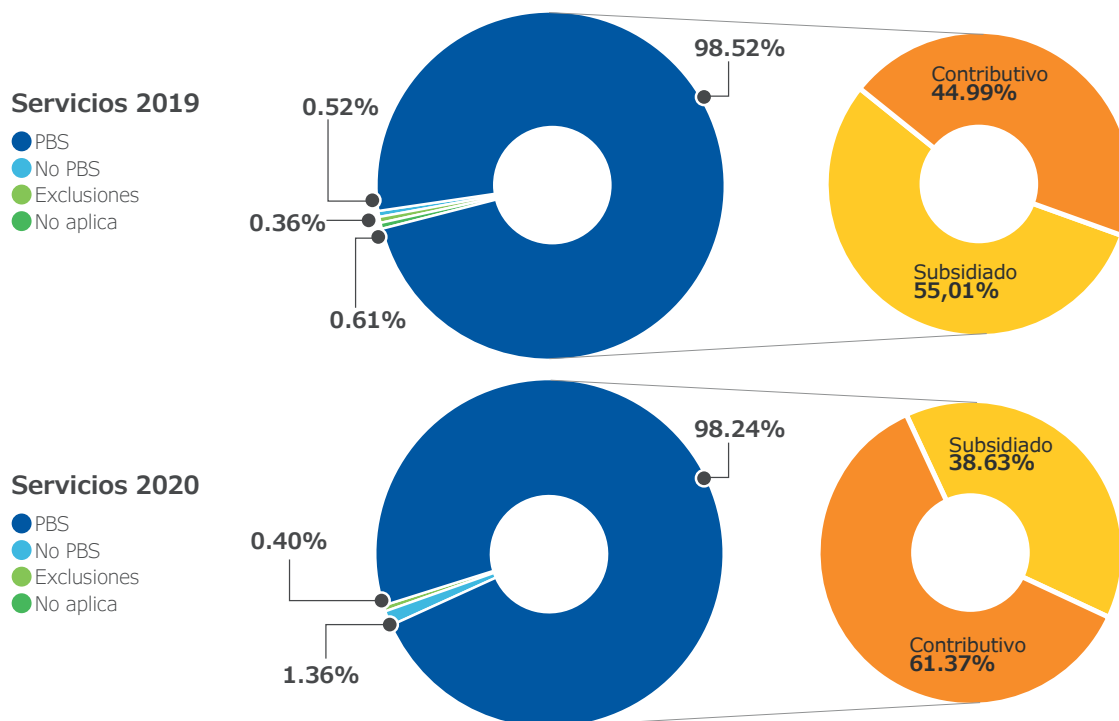
lo que se estableció en la Resolución 3100 de 2019⁷⁶. Luego, sigue un segundo nivel de desagregación que obedece a los cinco grupos o conjuntos de servicios utilizados en la habilitación y que fueron establecidos en la misma resolución.

Los grupos representan el conjunto de servicios de salud que se encuentran relacionados entre sí y que comparten similitudes en la forma de prestación, así como en los

⁷⁶ Minsalud, Resolución 3100 de 2019.

estándares y criterios que deben cumplir, y que corresponden a los siguientes grupos: (1.1) Grupo de Atención Inmediata; (1.2) Grupo de Consulta Externa; (1.3) Grupo de Internación; (1.4) Grupo Quirúrgico; (1.5) Grupo de Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, y (1.6) Grupo de Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica de alto costo, en el que se incluyeron las hemodinamias y el intervencionismo, las diálisis, la quimioterapia y la radioterapia; se dejó una

Gráfica 15. Contenido PBS en solicitud de servicios (periodo 2019 - 2020)



Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo

categoría aparte para los casos en los que el paciente requiere tratamiento integral: (1.8) Tratamiento integral.

El tercer nivel de desagregación desglosa cada uno de los servicios más frecuentes por grupo. Se entiende por servicio la unidad básica conformada por procesos, procedimientos, actividades, recursos humanos, físicos, tecnológicos y de información con un alcance definido. Tienen por objeto satisfacer las necesidades en salud en el marco de la seguridad del paciente, y en cualquiera de las fases de la atención en salud.

Así, las solicitudes de servicios más frecuentes en las tutelas son las citas médicas especializadas (27,79%), seguidas de las cirugías (20,65%), del tratamiento integral (13,43%), de las imágenes diagnósticas (7,68%) y de los laboratorios clínicos (7,67%).

Las solicitudes de servicios fueron mayores en el Régimen contributivo (61,59%) que en el Régimen subsidiado (38,41%); en el interior de cada uno de ellos, las solicitudes de servicios PBS fueron superiores al 98% en ambos regímenes

(tabla 36). Esto indica que las solicitudes de servicios que piden los usuarios en las tutelas están previamente pagadas por el sistema de salud, según lo que establece la Resolución 3512 del 26 de diciembre de 2019. Un aspecto importante para tener en cuenta es la falta de conocimiento de los trabajadores acerca del plan de beneficios de las EAPB, encargadas de emitir las autorizaciones. Por esa razón, pueden negarse al pensarse que son no PBS.

Igualmente, la Defensoría ha evidenciado que las oficinas regionales de algunas EPS no tienen autorización para la toma de decisiones, por lo que no pueden emitir ni gestionar las remisiones de los pacientes, las citas médicas especializadas o la gestión de medicamentos; todo está centralizado en las sedes principales. Estas oficinas se han convertido en simples receptoras de quejas e inquietudes, lo que hace que no haya oportunidad para la atención de los afiliados, y que estos tengan que acudir a la justicia para empezar o continuar sus tratamientos.

TABLA 36. DISTRIBUCIÓN DE LOS SERVICIOS SEGÚN EL RÉGIMEN (AÑO 2020)

Servicios	Régimen						Total	
	Contributivo			Subsidiado				
	Solicitudes	Part. vertical %	Part. horizontal %	Solicitudes	Part. vertical %	Part. horizontal %	Solicitudes	Part. %
PBS	46.420	97,88	61,37	29.225	98,8	38,63	75.645	98,24
No PBS	755	1,60	71,84	296	1,00	28,16	1051	1,36
Subtotal PBS y no PBS	47.175	99,49	61,51	29.521	99,8	38,49	76.696	99,60
Exclusiones	248	0,52	81,05	58	0,20	18,95	306	0,40
Subtotal	248	0,52	81,05	58	0,20	18,95	306	0,40
TOTAL	47.423	100	61,59	29.579	100	38,41	77.002	100

Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo.

En el Régimen contributivo las solicitudes más frecuentes en el segundo nivel de la clasificación de los servicios fueron la consulta externa especializada (26,69%), seguida de las cirugías (21,69%), del tratamiento integral (12,77%), de las imágenes diagnósticas (17,86%) y del laboratorio clínico (6,62%).

Al igual que en el contributivo, en el Régimen subsidiado la mayoría de los requerimientos de servicios fueron por consulta externa especializada (29,55%), seguida de las cirugías (18,99%), del tratamiento integral (14,48%), de las imágenes diagnósticas (9,37%) y del laboratorio clínico (4,53%).

3.2.6.2.1.2 Contenidos en medicamentos

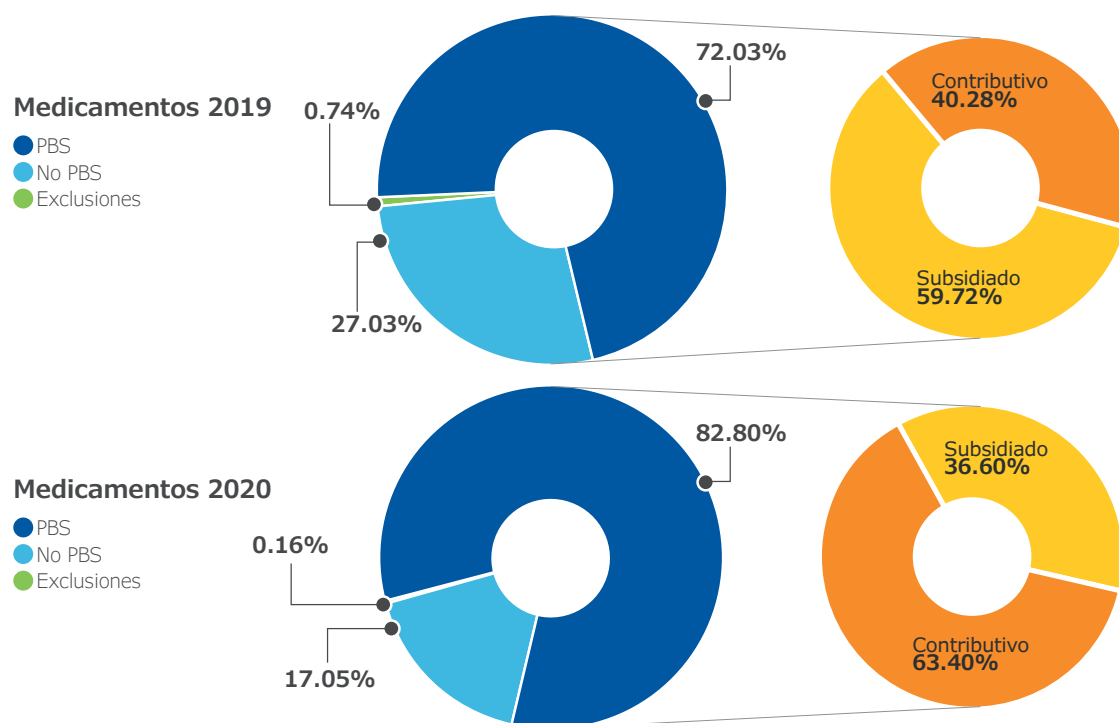
En 2020, los medicamentos fueron las segundas solicitudes más frecuentes en las tutelas de salud; en el 98,48% de los casos correspondieron a medicamentos de síntesis química, y solamente el 1,52%, a síntesis biológica, sin distinción de regímenes —contributivo o subsidiado—. De los medicamentos solicitados, el 82,8% correspondió a PBS y el 17,05%, a no PBS. El porcentaje fue mayor en el Régimen contributivo que en el subsidiado. Estos fueron los medicamentos más requeridos: oxígeno; insulinas; atorvastatina; rivaroxabán; apixaban; liraglutida; acetaminofén, solo o combinado, y timolol y tamsulosina —varios de ellos incluidos en el PBS—.

TABLA 37. DISTRIBUCIÓN DE LOS MEDICAMENTOS SEGÚN EL RÉGIMEN (AÑO 2020)

Medicamentos	Régimen						Total	
	Contributivo			Subsidiado				
	Solicitudes	Part. vertical %	Part. horizontal %	Solicitudes	Part. vertical %	Part. horizontal %	Solicitudes	Part. %
PBS	11.494	84,29	63,40	6635	80,33	36,60	18.129	82,80
No PBS	2108	15,46	56,47	1625	19,67	43,53	3733	17,05
Subtotal PBS y no PBS	13.602	99,75	62,22	8260	100	37,78	21.862	99,84
Exclusiones	34	0,25	100,00	0	0,00	0,00	34	0,16
Subtotal	34	0,25	100,00	0	0,00	0,00	34	0,16
TOTAL	13.636	0,25	62,28	8.260	100	37,72	21.896	100

Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo.

Gráfica 16. Contenido PBS en medicamentos (periodo 2019 - 2020)



Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo

Las solicitudes de medicamentos fueron superiores en el Régimen contributivo (62,28%) a las del Régimen subsidiado (37,72%), contrario a lo que pasaba en años anteriores donde los porcentajes eran superiores en el Régimen subsidiado. Al revisar en el interior de cada régimen, las solicitudes de servicios PBS fueron superiores al 80%, aunque la participación de PBS en el contributivo fue mayor (84,5%) (tabla 37).

Teniendo en cuenta el alto porcentaje de tutelas por medicamentos PBS, es necesario recordar que el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC financia los medicamentos de acuerdo con las siguientes condiciones: principio activo, concentración, forma farmacéutica y uso específico. Los medicamentos contenidos en el anexo 1, Listado de Medicamentos del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, al igual que otros que también se consideren financiados con recursos de la UPC, deben ser garantizados de manera efectiva y oportuna por las EPS o las entidades que hagan sus veces, según lo que dispone el artículo 129 de la Resolución 3512 de 2019.

En este sentido, los medicamentos descritos en el anexo 1 de la resolución Listado de medicamentos del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC se consideran

financiados, cualquiera que sea el origen, la forma de fabricación o el mecanismo de producción del principio activo; además, se incluye la unión de otras moléculas que tengan como propósito aumentar su afinidad por órganos blancos o mejorar sus características farmacocinéticas o farmacodinámicas sin modificar la indicación autorizada, siempre que compartan el mismo efecto farmacológico de la mezcla racémica del principio activo del cual se extraen.

3.2.6.2.1.3 Contenidos en elementos que no son asistenciales

Durante 2020, las solicitudes por elementos que no son asistenciales fueron las terceras solicitudes más frecuentes en las tutelas. El 93,43% estaban encaminadas a solicitudes de viáticos (transporte, hospedaje y alimentación), tanto para el paciente como para los acompañantes, en razón de traslados a otras ciudades para continuar los tratamientos o para citas con especialistas. En una menor proporción (6,57%), se presentaron solicitudes de cuidadores. Estas solicitudes son superiores en el Régimen subsidiado (tabla 38 y Gráfica 17).

En este sentido, la Corte Constitucional ha establecido que las aseguradoras deben garantizar el servicio de transporte en casos⁷⁷ en «(i) que el procedimiento o tratamiento se considere indispensable para garantizar los derechos a la

salud y a la vida de la persona; (ii) que ni el paciente ni sus familiares cercanos tengan los recursos económicos suficientes para pagar el valor del traslado; (iii) que de no efectuarse la remisión se ponga en riesgo la vida, la integridad física o el estado de salud del usuario». A lo anterior se ha añadido lo siguiente: «Si la atención médica en el lugar de remisión exigiere más de un día de duración, se cubrirán los gastos de alojamiento y manutención».

Ahora, en relación con la autorización de un acompañante y el cubrimiento de los gastos de alojamiento, la jurisprudencia constitucional⁷⁸ ha dispuesto que procede la financiación cuando

- el paciente es totalmente dependiente de un tercero para su desplazamiento,
- requiere atención permanente para garantizar su integridad física y el ejercicio adecuado de sus labores cotidianas y
- ni él ni su núcleo familiar cuentan con los recursos suficientes para financiar el traslado.

TABLA 38. DISTRIBUCIÓN DE LOS ELEMENTOS QUE NO SON ASISTENCIALES SEGÚN EL RÉGIMEN (AÑO 2020)

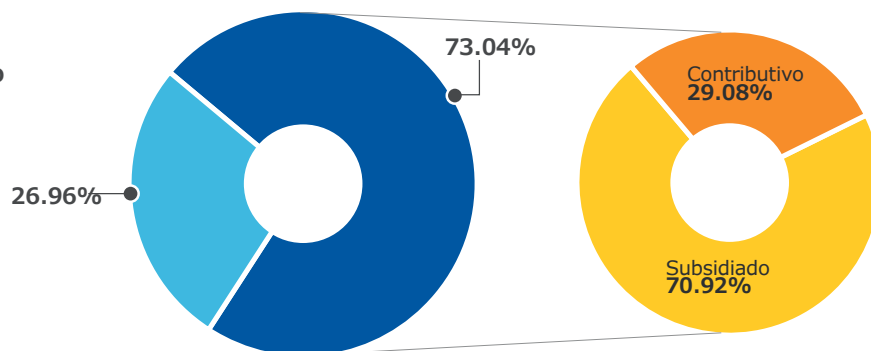
Elementos que no son servicios pero que se tutelan	Régimen						Total	
	Contributivo			Subsidiado				
	Solicitudes	Part. vertical %	Part. horizontal %	Solicitudes	Part. vertical %	Part. horizontal %	Solicitudes	Part. %
PBS	5385	90,05	43,71	6934	95,64	56,29	12.319	93,1
No PBS	595	9,95	65,31	316	4,36	34,69	911	6,89
TOTAL	5980	100	45,20	7250	100	54,8	13.230	100

Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo

Gráfica 17. Contenido PBS en elementos no asistenciales (periodo 19 - 2020)

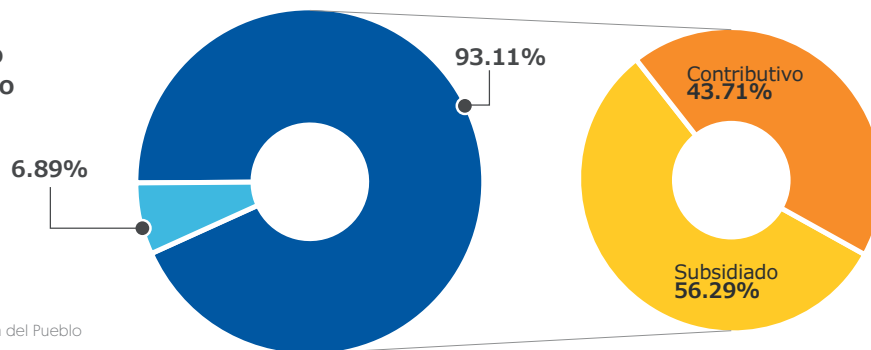
Elementos que no son servicios, pero se tutela 2019

● PBS
● No PBS



Elementos que no son servicios, pero se tutela 2020

● PBS
● No PBS



Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo

⁷⁷ Corte Constitucional, Sentencia T-228 de 2020.

⁷⁸ Corte Constitucional, Sentencia T-679 de 2013; Corte Constitucional, Sentencia T-745 de 2014; Corte Constitucional, Sentencia T-069 de 2018 [entre otras].

3.2.6.2.1.4. Contenidos en dispositivos médico quirúrgicos e insumos

En 2020, los dispositivos médicos quirúrgicos fueron las cuartas solicitudes más frecuentes en las tutelas de salud, los insumos correspondieron al 83,06% de las solicitudes y dentro de estos el 63,28% fueron por insumos domiciliarios (silla de ruedas, camas, etc.) y el 36,72% insumos hospitalarios. Por su parte las prótesis y ortesis fue solicitadas en el 16,94% de los casos.

En relación a los insumos, especialmente aquellos No PBS, la Corte Constitucional⁷⁹ ha establecido que el juez puede ordenar su suministro, cuando sean ordenados por el médico tratante, cuando su no suministro afecte la condición en salud del paciente y cuando este o su familia, no cuenta con recursos económicos para cubrirlos.

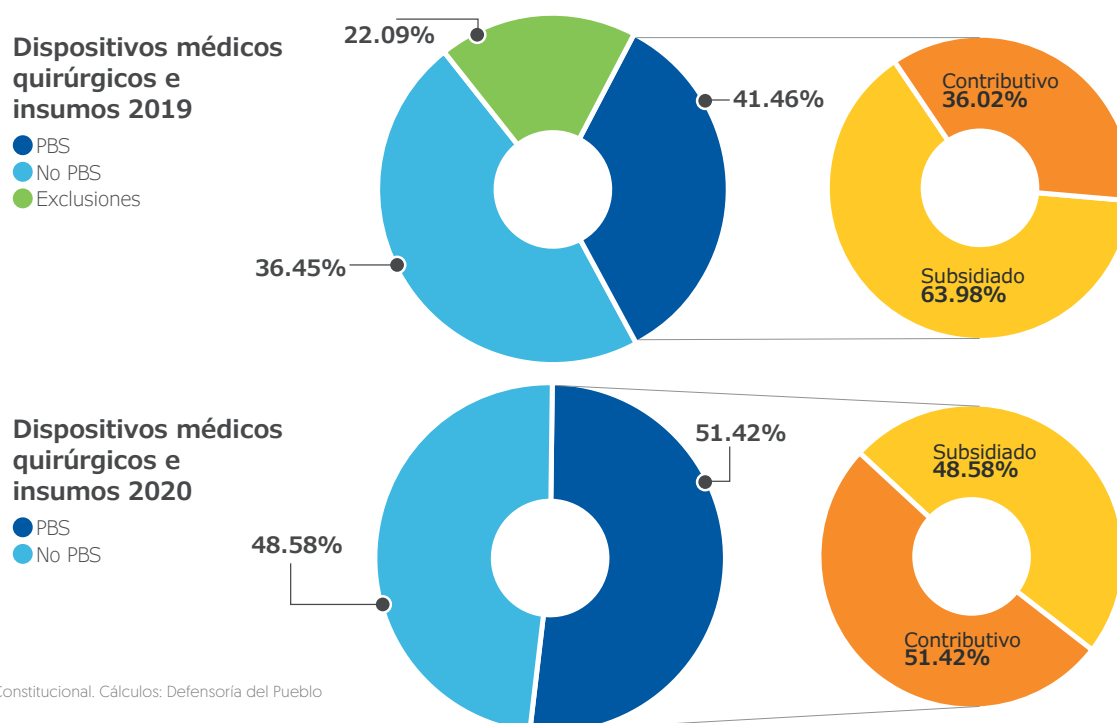
Las solicitudes en el Régimen contributivo fueron superiores a las del subsidiado (72,26%); a su vez el porcentaje PBS es mayor en el subsidiado (57,82%) (tabla 39 y Gráfica 18).

TABLA 39. DISTRIBUCIÓN DE LOS DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS E INSUMOS SEGÚN RÉGIMEN (AÑO 2020)

Dispositivos médicos quirúrgicos e insumos	Régimen						Total	
	Contributivo			Subsidiado				
	Solicitudes	Part. vertical %	Part. horizontal %	Solicitudes	Part. vertical %	Part. horizontal %	Solicitudes	Part. %
PBS	1884	48,96	0,00	854	57,8	31,19	2738	51,4
No PBS	1964	51,04	75,92	623	42,2	24,08	2587	48,6
TOTAL	3848	100	72,26	1477	100	27,74	5325	100

Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo

Gráfica 18. Contenido PBS en dispositivos médico-quirúrgicos e insumos (periodo 2019 - 2020)



Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo

79 Corte Constitucional, Sentencia SU-580 de 2020.

3.3.6.2.1.4 Contenidos en productos cosméticos

y de aseo

Las solicitudes de productos cosméticos y de aseo se ubicaron en el quinto lugar. El porcentaje más alto correspondió a solicitudes de productos de aseo (81,59%); de ellos, el 75,26% correspondió a pañales, mientras que el 24,76%, a pañitos húmedos. Los productos cosméticos participaron con el 19,41%. De ahí, las cremas antipañalitis tuvieron el 46,95%, las cremas y lociones humectantes el 45,89% y los jabones y lociones capilares el 7,16%. Cabe destacar que el 26,57% de

estas solicitudes estaban excluidas en 2020. El 72,78% fueron solicitudes no PBS y el 26,56%, exclusiones.

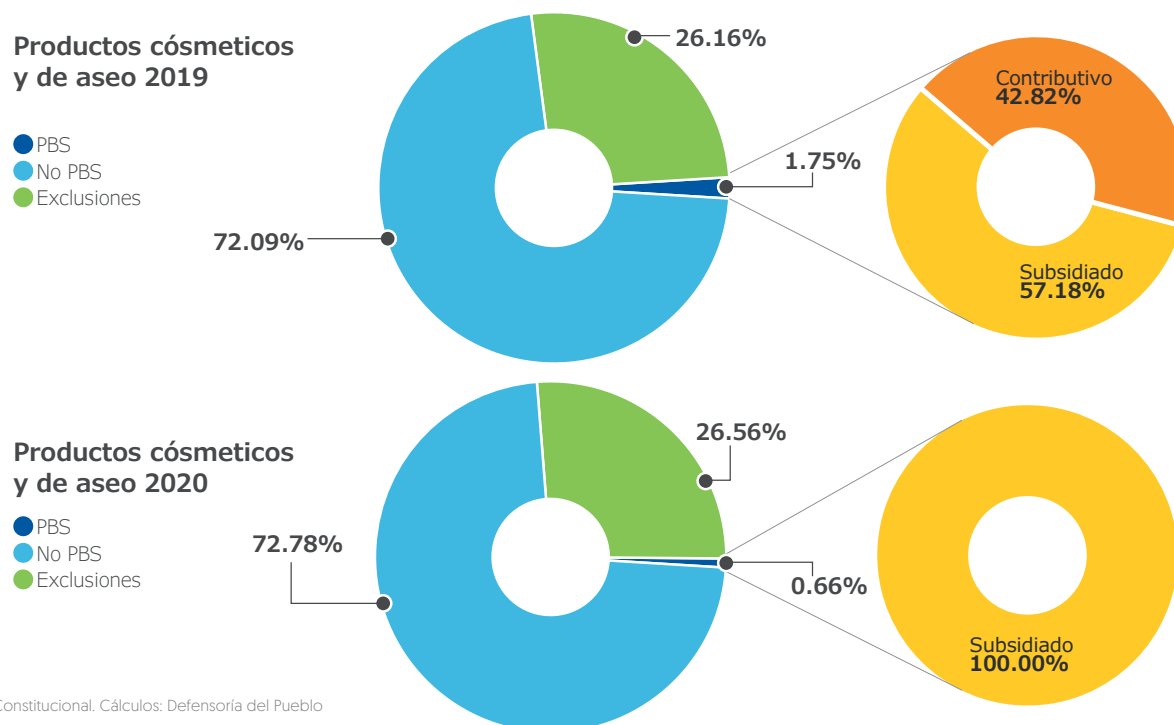
Es importante resaltar que los elementos de aseo hacen parte del contexto del autocuidado, y, por tal motivo, deben ser aportados por el paciente o su familiar. Sin embargo, existen circunstancias especiales en las que la condición de salud del paciente o su condición familiar le impiden acceder a ellos. En tales circunstancias es necesario que los jueces de tutela estudien cada caso particular, más aún cuando hay cremas que, por su composición química, actúan como medicamentos.

TABLA 40. DISTRIBUCIÓN DE LOS PRODUCTOS COSMÉTICOS Y DE ASEO SEGÚN EL RÉGIMEN (AÑO 2020)

Productos cosméticos y de aseo	Régimen						Total	
	Contributivo			Subsidiado				
	Solicitudes	Part. vertical %	Part. horizontal %	Solicitudes	Part. vertical %	Part. horizontal %	Solicitudes	Part. %
PBS	0	0,00	0,00	31	1,64	0,00	31	0,89
No PBS	1888	68,96	54,90	1551	78,1	45,10	3439	72,8
Subtotal PBS y no PBS	1888	68,96	54,41	1582	79,7	45,59	3470	73,7
Exclusiones	850	31,04	67,73	405	20,4	32,27	1255	26,6
Subtotal	850	31,04	67,73	405	20,4	32,27	1255	26,6
TOTAL	2738	100	57,95	1987	100	42,05	4725	100

Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo

Gráfica 19. Contenido PBS en productos cosméticos y de aseo (periodo 2019 - 2020)



Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo

3.2.6.2.1.5 Contenidos en suplementos dietarios

En 2020, los suplementos dietarios fueron las sextas solicitudes más frecuentes en las tutelas de salud; en el 93,01% de los casos correspondieron a otros suplementos dietarios; el 5,04%, a fórmulas lácteas, y el 1,95%, a aceites, sin haber diferencia entre regímenes. De los suplementos dietarios solicitados, el 96,59% correspondió a no PBS, y el 3,41% a exclusiones. Los porcentajes fueron similares en los dos regímenes. Los principales suplementos dietarios solicitados en las acciones de tutela fueron estos: Ensure, Glucerna, Pediasure y Pulmocare.

Los suplementos dietarios son una fuente concentrada de nutrientes, que tienen como «propósito adicionar a la alimentación normal y equilibrada sustancias con efecto fisiológico o nutricional (vitaminas, minerales, proteínas, aminoácidos, entre otros), presentadas en formas farmacéuticas para uso oral, no estériles, sólidas, semisólidas y líquidas» (Invima, 2019).

En este sentido, aunque la mayoría de estos requerimientos no están financiados, la Resolución 3512 de 2019 establece la financiación de sustancias nutricionales con recursos de la UPC para los siguientes suplementos:

- (1) Aminoácidos esenciales y no esenciales con o sin electrolitos utilizados para alimentación entera o parenteral (incluyendo medicamentos que contengan

dipéptidos que se fraccionan de manera endógena), (2) Medicamentos parenterales en cualquier concentración, descritos en el Anexo 1: Listado de Medicamentos del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC utilizados para los preparados de alimentación parenteral. Las nutriciones parenterales que se presentan comercialmente como sistemas multicompartimentales también se consideran financiadas con recursos de la UPC, sin importar que contengan otros principios activos, siempre y cuando compartan la misma indicación de las nutriciones parenterales preparadas a partir de los medicamentos del PBS; (3) la fórmula láctea se encuentra cubierta exclusivamente para las personas menores de 12 meses de edad, que son hijos de madres con diagnóstico de infección por el VIH/SIDA, según posología del médico o nutricionista tratante; alimento en polvo con vitaminas, hierro y zinc, según guía OMS (uso de micronutrientes en polvo para la fortificación domiciliar de los alimentos consumidos por lactantes y niños), para personas menores entre seis (6) y veinticuatro (24) meses de edad.

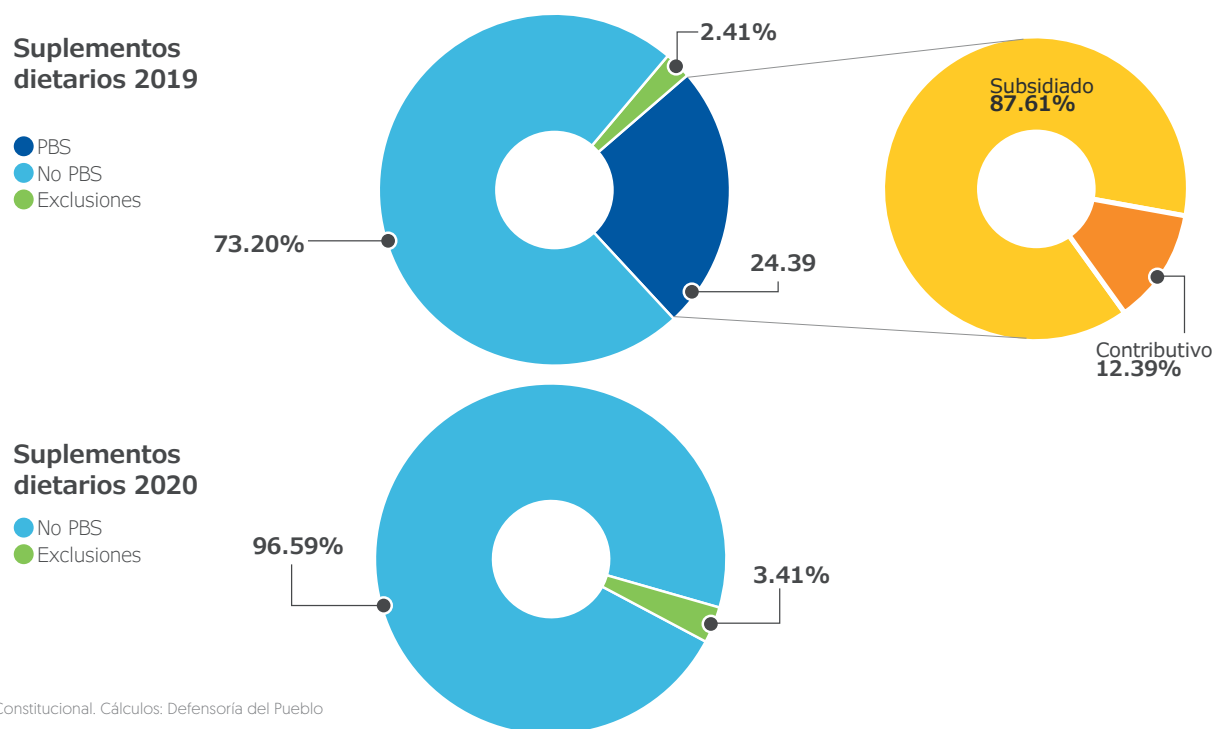
En el mismo sentido, dicha resolución señala que no se financian con recursos de la UPC las nutriciones enterales u otros productos como suplementos o complementos vitamínicos, nutricionales o nutracéuticos para nutrición, edulcorantes o sustitutos de la sal o intensificadores de sabor.

TABLA 41. DISTRIBUCIÓN DE LOS SUPLEMENTOS DIETARIOS SEGÚN EL RÉGIMEN (AÑO 2020)

Suplementos dietarios	Régimen						Total	
	Contributivo			Subsidiado				
	Solicitudes	Part. vertical %	Part. horizontal %	Solicitudes	Part. vertical %	Part. horizontal %	Solicitudes	Part. %
PBS	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00
No PBS	851	96,16	50,12	847	97,0	49,88	1698	96,6
Subtotal PBS y no PBS	851	96,16	50,12	847	97,0	49,88	1698	96,6
Exclusiones	34	3,84	56,67	26	2,98	43,33	60	3,4
Subtotal	34	3,84	56,67	26	2,98	43,33	60	3,4
Total	885	100	50,34	873	100	49,66	1758	100

Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo

Gráfica 20. Contenido PBS en suplementos dietarios (periodo 2019 - 2020)



3.2.6.2.1.6 Contenidos en aseguramiento en salud

Otras solicitudes que se encuentran en las tutelas de salud son aquellas relacionadas con problemas de aseguramiento, en las que el usuario considera que su derecho a la salud se ha vulnerado. Las principales demandas fueron por copagos y reembolsos (67,31%), seguidos del pago de incapacidades y licencias de maternidad (12,39%), de afiliaciones (10,14%) y de traslados de EPS (8,58%).

Los copagos fueron definidos por el Acuerdo 260 de 2004 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud como «aportes en dinero que corresponden a una parte del valor del servicio demandado y tienen como finalidad ayudar a financiar el sistema». Estos son obligatorios únicamente para los beneficiarios del Régimen contributivo y diferentes a las cuotas moderadoras, que deben pagar los cotizantes y sus beneficiarios con el fin de regular la utilización del servicio de salud.

El mismo acuerdo regula el valor a cancelar por concepto de copagos. El artículo 4º aclara que se aplican según el ingreso base de cotización (IBC) del afiliado; el artículo 9º establece el valor por año calendario permitido que, como ya se mencionó,

varía según el beneficiario, con base en el ingreso del afiliado cotizante expresado en salarios mínimos legales mensuales vigentes. Por último, el artículo 7º establece que los copagos se aplicarán a todos los servicios de salud contenidos en el PBS, con excepción de algunas prestaciones: Servicios de promoción y prevención, programas de control en atención materno infantil, programas de control en atención de las enfermedades transmisibles, enfermedades catastróficas o de alto costo y atención inicial en urgencias⁸⁰. Es por este tipo de enfermedades por lo que se interponen la mayoría de las tutelas, que solicitan la exoneración de este pago.

Sin embargo, este no es el único criterio para eximir la obligación de su pago, ya que de manera jurisprudencial, además de la exoneración prevista en las normas, también se debe dar cuando se comprueba que el usuario o su familia no los pueden asumir por temas económicos. Este es otro de los motivos por los que se interponen estas acciones constitucionales.

80 Minsalud, Resolución 2565 de 2007; Minsalud, Resolución 3974 de 2009; Minsalud, Acuerdo 029 de 2011; Minsalud, Resolución 5521 de 2013; Minsalud, Resolución 6408 de 2016.

TABLA 42. DISTRIBUCIÓN DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD SEGÚN EL RÉGIMEN (AÑO 2020)

Aseguramiento en salud	Régimen						Total	
	Contributivo			Subsidiado				
	Solicitudes	Part. vertical %	Part. horizontal %	Solicitudes	Part. vertical %	Part. horizontal %	Solicitudes	Part. %
Copagos y reembolsos	1256	71,10	72,47	477	59	27,53	1733	67,3
Incapacidades y licencias de maternidad	319	18,06	100,00	0	0,00	0,00	319	12,39
Afiliaciones	57	3,20	21,65	205	25,3	78,35	261	10,14
Traslados EPS	94	5,32	42,59	127	15,7	57,41	221	8,58
Traslados IPS	41	2,32	100,00	0	0,00	0,00	41	1,59
Total	1766	100	68,60	808	100	31,40	2575	100

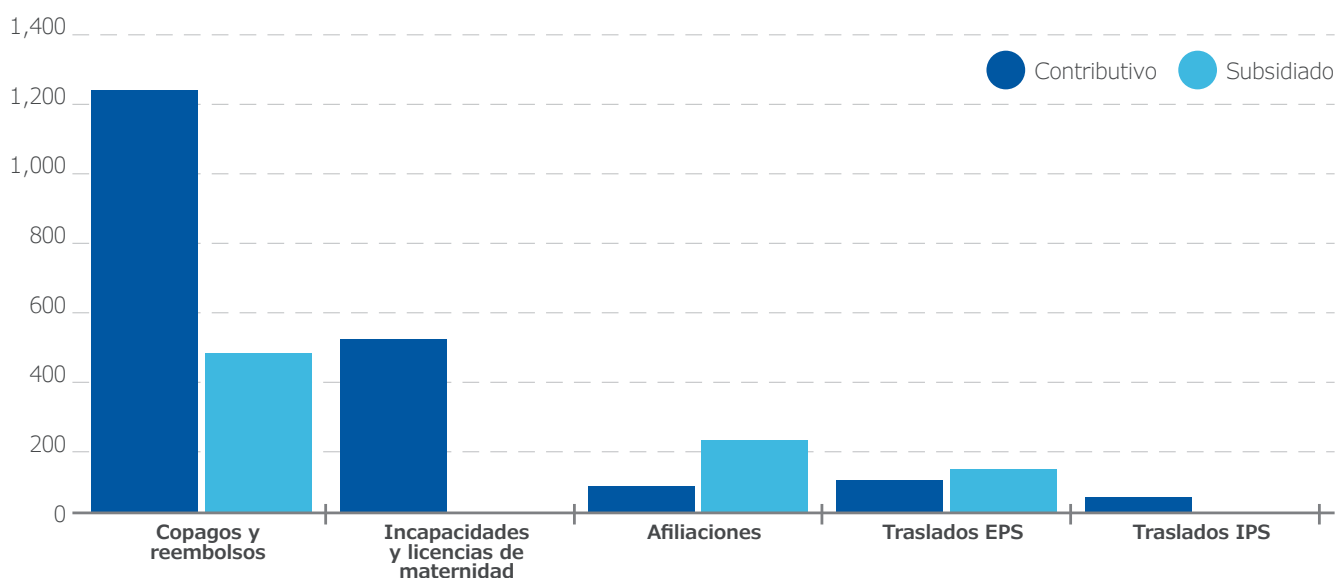
Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

Respecto a los reembolsos, lo que la Defensoría del Pueblo ha evidenciado es que los usuarios de salud se endeudan con el fin de lograr la atención a tiempo para lograr una mejor calidad de vida a sus pacientes. Eso también produce desespero, pues los pacientes se sienten impotentes al ver afectada cada vez más su salud o la de su familiar. Lo anterior es consecuencia de que las aseguradoras dan pocas oportunidades, así como de la falta de autorizaciones, de tratamientos y de cirugías, entre otros obstáculos.

En el Régimen contributivo la mayoría de las solicitudes estuvieron relacionadas con el factor económico. Así, el 71,1% correspondieron a solicitudes de exoneración de copagos y reembolsos de dinero, seguidas de las solicitudes de pagos de incapacidades y licencias de maternidad, como los más importantes.

Por su parte, en el Régimen subsidiado, además de la solicitud de exoneración de copagos y reembolsos de dinero, las solicitudes estuvieron enfocadas a problemas de afiliaciones y de traslados de EPS.

Gráfica 21. Solicitudes de Aseguramiento año 2020



Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo



3.2.6.3. Tutelas interpuestas por pacientes con diagnósticos de enfermedades mentales

La salud mental es un estado de bienestar que le permite a la persona ejercer sus capacidades, haciendo frente al estrés normal de la vida, trabajando de manera productiva y contribuyendo a su comunidad. Así la salud mental es el fundamento del bienestar individual y del funcionamiento eficaz de la comunidad (OMS, 2018).

En Colombia, la salud mental es una cuestión de interés en salud pública y una prioridad nacional. Por consiguiente, en el contexto de la pandemia del COVID-19, se hace necesario dedicar el siguiente espacio a realizar un análisis más específico de las tutelas en salud relacionadas con esta enfermedad.

3.2.6.2.2 Contexto general

Según Minsalud, la salud mental es un factor determinante para el desarrollo humano y social porque es fundamental para la construcción de capital social y para las redes de apoyo. Asimismo, fomenta la productividad y el fortalecimiento de sociedades más pacíficas. Por esta razón, desde el año 2018, el Ministerio de Salud y Protección Social puso en marcha la Política Nacional de Salud Mental, a través de la Resolución 4886 de 2018⁸¹. Esta surge como respuesta al aumento de esta problemática social y con la finalidad de reducir los trastornos mentales en la salud del país y sus efectos en el desarrollo social, así como para mejorar las capacidades del Estado, de las instituciones y de la sociedad en general.

Los ejes de esta política de salud orientados a garantizar el pleno ejercicio de la salud mental, como parte integral del derecho a la salud con enfoque de atención primaria, son los siguientes: promoción de la convivencia y la salud mental en los entornos para afrontar los desafíos de la vida, para trabajar y para establecer relaciones, entre otros; así se crean condiciones individuales, sociales y ambientales para el desarrollo integral de las personas, de tal suerte que se promueve y se mantiene el bienestar emocional y social.

El segundo eje es la prevención de los problemas de salud mental individuales y colectivos, así como los trastornos mentales y de epilepsia. Con estos se busca mejorar la capacidad de respuesta individual, familiar, comunitaria e institucional, a través de la detención temprana, la restricción

a medios letales, la ampliación de cobertura, la identificación y gestión oportuna, entre otros.

El tercero está enfocado en la atención integral de los trastornos mentales y de la epilepsia, en términos de igualdad de trato y oportunidades en el acceso a la atención primaria de salud. Con esto se intenta mejorar los servicios de baja complejidad incentivando el desarrollo de los servicios especializados y promoviendo la creación de unidades funcionales de prestadores de servicios, entre otros.

El cuarto eje, de rehabilitación integral e inclusión social, busca la inclusión social, familiar laboral, educativo, religiosa política y cultural de las personas con problemas y trastornos mentales. El quinto, sobre gestión, articulación y coordinación sectorial e intersectorial, busca promover el goce efectivo de los derechos a la salud, la dignidad, el bienestar y la calidad de vida de las personas.

En este mismo sentido, se emitió en el año 2019 la Política Integral para la Prevención y Atención del consumo de sustancias psicoactivas, a través de la Resolución 089⁸². Esta tiene como objetivo el fortalecimiento de los factores de prevención, tratamiento, rehabilitación e inclusión social, así como la reducción del consumo, del abuso y de la adicción a sustancias psicoactivas y bebidas alcohólicas. Esta política cuenta con los siguientes ejes: fortalecimiento de los factores protectores en los entornos frente al consumo de sustancias psicoactivas; prevención de los factores de riesgo frente al consumo de sustancias psicoactivas; tratamiento integral; rehabilitación integral e inclusión social, y gestión, articulación y coordinación sectorial e intersectorial.

Finalmente, en el año 2020, se emitió el CONPES 3992 de salud mental (Minsalud, 2020i), y se destinaron \$ 1.131.318 millones de pesos para la financiación de las acciones de promoción de la salud mental entre las que están las siguientes: fortalecimiento de entornos sociales, el desarrollo de capacidades individuales y colectivas, el incremento de la coordinación intersectorial y el mejoramiento de la atención en salud mental, dirigidas a reducir la incidencia de los trastornos mentales, el consumo o abuso de sustancias psicoactivas y la violencia.

81 Minsalud, Resolución 4886 de 2018

82 Minsalud, Resolución 089 de 2019.



En Colombia, antes de la llegada de la pandemia COVID-19, la depresión y la conducta suicida se habían identificado como las principales problemáticas en materia de salud mental (Minsalud, 2021d). En el mismo sentido, se conocía que las sustancias psicoactivas de mayor consumo eran el alcohol, el tabaco y la marihuana, lo que incrementaba el riesgo de enfermedades crónicas y de conflictos familiares.

Con la llegada de la pandemia COVID-19, las personas se enfrentaron a una nueva realidad: más tiempo en familia, trabajo en casa, hijos estudiando, espacios pequeños, miedo al contagio, a salir al supermercado, a que la gente se acercara, a la información en redes sociales, miedo a lo desconocido y, sobre todo, miedo a perder a los seres queridos. Todo esto generó estrés, ansiedad, tristeza, nerviosismo, depresión y falta de sueño, entre otros. Según los expertos, estas circunstancias han desencadenado en algunas enfermedades o patologías mentales (Porque Quiero Estar Bien, s.f.).

Al respecto, el DANE realizó una encuesta llamada *Pulso Social*, en la que encontró que de cada 10 colombianos 6 afirmaron haber presentado sentimientos relacionados con afectaciones a la salud mental, como preocupación, tristeza, dificultad para dormir y cansancio, a causa de la pandemia (DANE, 2021b).

Por su parte, el estudio *Efectos en la salud mental de la población colombiana durante la pandemia del Covid-19* (Sanabria-Mazo et al., 2020), que fue realizado por la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB) en cooperación con el Colegio Colombiano de Psicología y de otras entidades aliadas, con 18.061 personas, evidenció que 6323 colombianos reportaron tener síntomas de depresión desde que inició la cuarentena.

Lo anterior es lógico si se tiene en cuenta todo el proceso vivido: niños y jóvenes sin ir al colegio ni a la universidad, el trabajo en casa, la pérdida del empleo, los negocios quebrados, la falta de interacción social, la reducción en los ingresos, la violencia intrafamiliar o la muerte de alguien querido dieron lugar a sentimientos de desesperanza e impotencia, que generaron que tanto la depresión como la ansiedad crecieran. Además, la estigmatización de que solo los locos van al psicólogo impidió que muchas de estas personas pidieran apoyo profesional.

Los niños fueron un grupo que se vio afectado notablemente; fueron alejados de sus colegios, de sus profesores y de sus

amigos. Al estar en casa, generalmente en espacios pequeños, se observó un fenómeno preocupante: el incremento de la adicción al internet y a los juegos en línea. Cuando los niños van al colegio, no solo se educan, sino que interactúan, aprenden a convivir con otros y a ser amigables y solidarios.

De otra parte, la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB) lideró un estudio internacional sobre los efectos en la salud mental en las personas durante la cuarentena. Entre los hallazgos encontrados se evidenció que durante el tiempo transcurrido de pandemia los adultos jóvenes en Colombia, entre los 18 y los 29 años, las personas con bajos ingresos y las mujeres fueron los que vieron más afectada su salud mental (depresión, ansiedad, somatización y soledad, entre otros). Estos síntomas se relacionaban, entre otros factores, con las nuevas dinámicas de trabajo y con la disminución de los ingresos económicos (UAB, 2020).

A su vez, la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana realizó una investigación con jóvenes entre los 18 y los 24 años, durante y después del distanciamiento social obligatorio por el COVID-19 en Bogotá, Lima y Buenos Aires. Ahí se demostró que durante el confinamiento se presentó un incremento en trastornos como la falta de apetito, la migraña episódica, la falta de sueño y la frecuencia de pensamientos negativos, que son algunos de los síntomas más comunes de la depresión y la ansiedad (Guzmán & Tamayo, 2020).

A su vez, la Fundación Universitaria San Martín hizo un estudio sobre el impacto generado por el aislamiento preventivo en la salud mental en adultos mayores de 60 años. Ahí se evidencia que el hecho de ser más susceptibles a la enfermedad provocó un encierro casi total. Tal situación generó estrés postraumático, irritabilidad y un desosiego total (Fundación Universitaria San Martín, 2020). Adicionalmente, se evidenció un aumento de sentimientos de soledad y ansiedad, aunado al pánico del miedo de morir en soledad, debido a las restricciones de los familiares en los hospitales. Otras causas de esos mismos síntomas son la pérdida de la rutina de salir a hacer ejercicio y no poder realizar diligencias por sí mismos.

Ahora, en relación con el talento humano en salud, diversos estudios han demostrado que la pandemia ha afectado a este sector de manera contundente. El hecho de estar bajo presión, sometidos a ver morir personas a diario, incluidos compañeros de trabajo, el ser conscientes de su incapacidad



para evitarlo y el estar lejos de su familia por miedo a contagiarlos incrementó su ansiedad, y afectó negativamente su salud mental.

En este sentido, un estudio denominado *¿Está preparado nuestro personal sanitario para una segunda ola de la pandemia?*, publicado en el Journal of Affective Disorders, llamó la atención sobre el impacto del coronavirus en la salud física y mental de estos trabajadores. A nivel psicológico, los profesionales han estado expuestos a una gran cantidad de estrés, problemas de insomnio y *burnout* (trabajador quemado o agotado), así como a síntomas de depresión y ansiedad, sin olvidar el estigma producido a raíz de su profesión y al contacto con el virus.

Además, el Colegio Colombiano de Psicólogos, en el estudio Salud Mental en Profesionales de la Salud y Riesgo de Suicidio en el marco de la Pandemia COVID-19, destaca la situación histórica que, sumada a la pandemia, ha ocasionado factores como la escasez de elementos de bioseguridad adecuados y oportunos, la discriminación y estigmatización social hacia el personal de la salud —que en ocasiones ha llevado a amenazas a la vida y a agresiones físicas por considerarlos focos de contagio—. Asimismo, los trabajadores de la salud han tenido que lidiar con las posibles demandas legales por el eventual riesgo de haber transmitido el virus y la inherente carga emocional de trabajar en escenarios de riesgo, donde a diario hay nuevos contagios y muertes; todo eso ha generado sentimientos de tristeza y frustración, además del temor por su propia vida y la de sus familias (Acero Rodríguez, s.f.).

El estudio Complicaciones neurológicas y neuropsiquiátricas de COVID-19 en 153 pacientes, un estudio de vigilancia en todo el Reino Unido (Varatharaj, 2020) reveló que pacientes de COVID-19 han recaído en sintomatologías de ansiedad y de depresión. Mientras tanto, en los pacientes no COVID-19 se desencadenan alteraciones de los determinantes de la salud mental, como la falta de trabajo, de dinero o la muerte o enfermedad de alguien cercano. La falta de sentido, soledad, pereza de levantarse en las mañanas y la dificultad de planear un futuro incrementan la incertidumbre, bajando el ánimo y subiendo el desconcierto.

Para el doctor Milton Murillo, psiquiatra colombiano, «la pandemia jugó sucio con la salud mental» (Monsalve, 2021), ya que todas las acciones o medias para contrarrestar la ansiedad y la depresión como salir a caminar, encontrarse con amigos, abrazar o ir a un parque quedaron vetadas.

Sin embargo, señala como positivo que los servicios de salud mental empezaran a llegar de manera virtual, y que muchos profesionales crearan grupos de apoyo mediante la telemedicina, con las redes sociales como plataforma.

Los médicos y trabajadores de la salud se consideran un grupo de suicidio de alto riesgo, en diferentes países (Dutheil et al., 2019).

El Ministerio de Salud y Protección Social, con motivo de la conmemoración del Día Mundial de la Salud Mental, informó que ha implementado estrategias para contrarrestar los perjuicios producidos por la pandemia, ya que ha hecho evidente la importancia de la salud mental (Minsalud, 2020j). Al respecto, informó que desplegó la línea nacional de apoyo de salud mental. Desde el 13 de abril, esta línea realizó más de 11.400 atenciones, de las que se beneficiaron 1450 personas con sesiones virtuales de educación para cuidado de la salud mental. Asimismo, relacionan el proyecto Emociones: conexión vital, que buscaba fortalecer las competencias socioemocionales y favorecer la inclusión de niños y adolescentes para potenciar su salud mental.

De la misma forma, informó la habilitación de 750 servicios en salud mental y la autorización transitoria de 1950. Además, fortalecieron el talento humano del ICBF y de sus operadores en relación con el conocimiento de coberturas, medicamentos, prevención del consumo de sustancias psicoactivas, el cuidado de la salud mental y la prevención del suicidio, entre otras; desarrollaron infografías con el Instituto Nacional de Salud para fortalecer la prevención frente a la pandemia y el cuidado de la salud mental; estableció, con la vicepresidencia de la República, el micrositio de salud mental www.coronaviruscolombia.gov.co para proporcionar recursos prácticos del cuidado de la salud mental. Finalmente, instauraron el lineamiento para el cuidado de las armonías espirituales y del pensamiento de los pueblos y las comunidades indígenas.

Además, dicho ministerio ha explicado que desde la salud pública se han identificado otras afectaciones de salud relacionadas con la pandemia. Por ejemplo, el Estudio de resiliencia y riesgos en salud mental realizado por el Ministerio de Salud y Protección Social —durante la pandemia— evidenció un incremento en los riesgos asociados a problemas y trastornos mentales; también aumentaron los casos de enfermedades crónicas, así como los de violencia intrafamiliar. Por esas razones, ha sido necesario



propiciar condiciones de bioseguridad que permitan el reencuentro a través de actividades sociales, deportivas y culturales, de forma progresiva, para promover la salud y el bienestar integral.

En agosto de 2020, la Organización Panamericana de Salud (OPS) advirtió de una crisis de salud mental inédita en el continente americano a raíz del aislamiento por la pandemia. En noviembre, alertó que sus efectos probablemente persistan una vez que el virus sea controlado.

3.2.6.2.3 Caracterización de las tutelas interpuestas por los pacientes con enfermedades mentales

Durante 2020, las tutelas por enfermedades mentales, así como todas las tutelas en general, presentaron una disminución del 59,2%; según los resultados de una muestra ponderada de tutelas en salud, en 2020 los pacientes con enfermedades mentales hicieron 10.078 solicitudes en 5287 tutelas (6,46% de las tutelas en salud). Los pacientes con Alzheimer (21,17%) son los que más interponen tutelas, seguidos de los diagnosticados de esquizofrenia (13,98%) y de trastorno afectivo bipolar (9,74). Cabe destacar el incremento en las tutelas de pacientes con trastornos mentales debido al uso de drogas y sustancias psicoactivas. (tabla 43).

Lo anterior evidencia que la salud mental no está siendo impactada de manera efectiva por la política de salud mental y que la información que alimenta los registros estadísticos no fluye desde la fuente donde se generan (municipios e IPS). Por eso, la información con que cuenta el Ministerio de Salud resulta insuficiente para conocer el estado actual de la salud mental en el país. De ahí que en las visitas de campo que realiza esta entidad se hayan encontrado lugares en los que no existe ni siquiera un profesional como referente; donde los hay, no cuentan con disponibilidad de agenda para la intervención de estos pacientes. Por tanto, fracasan no solo en la detección temprana, en la promoción y en la prevención de la salud mental, sino también en los programas de intervenciones colectivas.

Además, los municipios no han sido sensibilizados para el cumplimiento de las estrategias propuestas por la política de salud mental; no hay oportunidad para la referencia de estos pacientes ni de los tratamientos, pues son interrumpidos constantemente, lo que agudiza las enfermedades mentales.

TABLA 43. DIAGNÓSTICOS EN LAS TUTELAS DE PACIENTES CON TRASTORNOS MENTALES (PERIODO 2019 - 2020)

Diagnósticos	2019		2020		Variación %
	Tutelas	Part. %	Tutelas	Part. %	
Demencia en la enfermedad de Alzheimer	1722	13,29	1119	21,17	-35,01
Esquizofrenia	964	7,44	739	13,98	-23,36
Trastorno afectivo bipolar	1120	8,65	515	9,74	-54,04
Retraso mental	1404	10,83	462	8,74	-67,09
Trastornos generalizados del desarrollo	1495	11,53	328	6,20	-78,05
Episodio depresivo	1059	8,17	306	5,79	-71,09
Trastornos hipercinéticos	815	6,29	283	5,35	-65,28
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas	70	0,54	281	5,31	300,13
Otros trastornos mentales debidos a lesión y disfunción cerebral y a enfermedad física	263	2,03	260	4,92	-1,05
Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje	295	2,27	187	3,54	-36,57
Trastorno mental no especificado	937	7,23	123	2,33	-86,88
Otros trastornos de ansiedad	708	5,47	117	2,21	-83,48
Otros	2107	16,26	567	10,72	-73,09
Total	12.959	100,00	5287	100,00	-59,20

Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo.

De acuerdo con el tipo de solicitud, el 53,65% de los pacientes diagnosticados con trastornos mentales acudieron a la tutela para reclamar servicios, especialmente citas médicas especializadas (48,66%), apoyo diagnóstico y complementación terapéutica (20,54%), tratamiento integral (17,09%) e internación (11,71%). Tras estos se encontraron las demandas por medicamentos, que constituyeron el 19,45%. De esos, los más solicitados fueron los siguientes: clonazepam, clozapina y quetiapina. En menor medida se solicitaron los elementos que no son asistenciales —viáticos— (9,89%).

Los artículos menos solicitados los elementos de aseo, principalmente pañitos húmedos y pañales. (tabla 44)

En relación con el régimen, el 52,17% de las solicitudes correspondieron al contributivo, mientras que el 29,14%, al subsidiado; el 18,69, a otros. Al distribuir cada uno de los contenidos entre los regímenes, los servicios fueron mayoritarios en el contributivo (54,65%). En cambio, los medicamentos lo fueron en el subsidiado (40,33%).

TABLA 44. SOLICITUDES MÁS FRECUENTES EN LAS TUTELAS DE PACIENTES CON TRASTORNOS MENTALES (AÑO 2020)

Contenidos	Régimen									Total	
	Contributivo			Subsidiado			Otros				
	Solicitudes	Part. vertical %	Part. horizontal %	Solicitudes	Part. vertical %	Part. horizontal %	Solicitudes	Part. vertical %	Part. horizontal %	Solicitudes	Part. %
Servicios	2954	56,2	54,7	1475	50,2	27,4	977	51,9	18,07	5407	53,65
Medicamentos	728	13,8	37,13	790	27	40,33	442	23,5	22,54	1.960	19,45
Elementos que no son asistenciales pero que se tutelan	519	9,9	52,03	382	13,0	38,35	96	5,10	9,63	997	9,89
Productos cosméticos y de aseo	515	9,8	60,49	192	6,5	22,52	145	7,68	16,98	852	8,45
Dispositivos médicos quirúrgicos e insumos	231	4,4	59,63	40	1,3	10,21	117	6,21	30,17	388	3,85
Aseguramiento en salud	233	4,4	68,51	0	0,0	0,00	107	5,69	31,49	341	3,38
Suplementos dietarios	77	1,5	57,26	57	1,9	42,74	0	0,00	0,00	134	1,33
Total	5257	100	52,17	2937	100	29,14	1884	100	18,69	10.078	100

Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo. *Solo 9 meses

3.3 La tutela y el derecho a la seguridad social

En Colombia, el Sistema General de Seguridad Social fue creado por la Ley 100 de 1993, que instituye y desarrolla los fundamentos que rigen los sistemas de salud, pensiones,

riesgos laborales y servicios sociales complementarios. De esta manera, estableció, entre otros, su organización, dirección, funcionamiento, control y obligaciones en pro de garantizar la calidad de vida de todos los colombianos, atendiendo al principio de la dignidad humana.



La seguridad social es un servicio público obligatorio⁸³ cuya dirección, coordinación y control está a cargo del Estado, y es prestado tanto por entidades públicas como privadas, con el fin de buscar equilibrios económicos y sociales que eviten la reducción o pérdida de los ingresos a causa de contingencias como la enfermedad, los accidentes, la maternidad y el desempleo, entre otras.

Por su parte, el sistema general de pensiones⁸⁴ tiene por objeto garantizar a la población el amparo contra las contingencias derivadas de la vejez, la invalidez y la muerte mediante el reconocimiento de pensiones y prestaciones económicas; también propende por la ampliación de su cobertura. Está compuesto por dos regímenes: el Régimen Solidario de Prima Media con Prestación Definida —público y administrado por Colpensiones— y el Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad (RAIS) —privado y operado por las administradoras de fondos de pensiones (AFP)—.

A su vez, el Sistema General de Riesgos Laborales⁸⁵ es «el conjunto de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos, destinados a prevenir, proteger y atender a los trabajadores de los efectos de las enfermedades y los accidentes que puedan ocurrirles con ocasión o como consecuencia del trabajo que desarrollan». Este reconoce prestaciones asistenciales hasta la recuperación del afectado, así como las prestaciones económicas como el subsidio por incapacidad por accidente o enfermedad laboral, indemnización por pérdida de capacidad laboral, pensión de invalidez, sustitución pensional y auxilio funerario.

Los Servicios Sociales Complementarios, que en la actualidad los desarrolla el Programa Colombia Mayor, otorgan subsidios económicos de protección a las personas de la tercera edad que no cuentan con pensión o que viven en condiciones de indigencia o pobreza extrema.

Además de lo contemplado en la Ley 100, existen otros sistemas que hacen parte del Sistema de Seguridad Social en Colombia como las cesantías, el subsidio familiar y los beneficios económicos periódicos (BEPS).

Las cesantías son prestaciones que pagan los empleadores, a la que tienen derecho todos los trabajadores tanto del sector público como del privado, y que buscan ayudarlos durante el desempleo. Además, pueden ser usadas para educación,

para comprar o construir vivienda, o para mejorar o liberar gravámenes de la vivienda del trabajador. Son administradas por fondos privados y por el Fondo Nacional del Ahorro

El subsidio familiar es una prestación social, no constitutiva de salario, cuyo objeto es aliviar las cargas económicas al trabajador, así como el sostenimiento de su familia. Esta prestación es ofrecida por instituciones responsables de la administración del subsidio (cajas de compensación familiar) a través de bienes, servicios o ayudas económicas.

Los BEPS, por su lado, hacen parte de un programa de ahorro voluntario para la vejez, que busca favorecer a quienes no cuentan con la posibilidad de cotizar para una pensión, o que, haciéndolo, no logran cumplir con las semanas requeridas una vez que cumplen la edad pensional.

Durante 2020, al igual que en el año anterior, el derecho a la seguridad social en los componentes de pensiones y riesgos laborales fue el sexto más invocado en las tutelas, y su participación dentro de estas fue del 4,96%. Eso representó un aumento en la participación de 1,43%. De las 14.415 acciones que invocaron este derecho, 1397 vieron vulnerado el derecho a la salud. Para el análisis de este apartado, solo se tuvieron en cuenta las tutelas que invocaron el derecho a la seguridad social, sin considerar el derecho a la salud (13.134) (tabla 45 y Gráfica 20). Estas tutelas presentaron un incremento en la participación de 4,52%.

El derecho a la seguridad social tiene una íntima relación con el derecho de petición; cuando los usuarios, después de haber agotado todos los trámites administrativos, no obtienen una respuesta oportuna de fondo, acuden a la acción de tutela por violación al derecho de petición.

En este sentido, la Defensoría del Pueblo ha evidenciado que, en las mesas regionales de seguridad social, algunos trabajadores acuden a intermediarios para afiliarse al Sistema General de Seguridad Social —en su mayoría los que trabajan en el sector de la minería—. En muchos casos son engañados, pues este tipo de empresas solo existen en el papel. Por tanto, esta entidad solicita la intervención del Ministerio del Trabajo para que dé una mayor cobertura a la vigilancia y al control de las empresas con el fin de garantizar la seguridad industrial y las afiliaciones de manera efectiva al sistema.

83 Ley 100 de 1993.
84 Ley 100 de 1993.

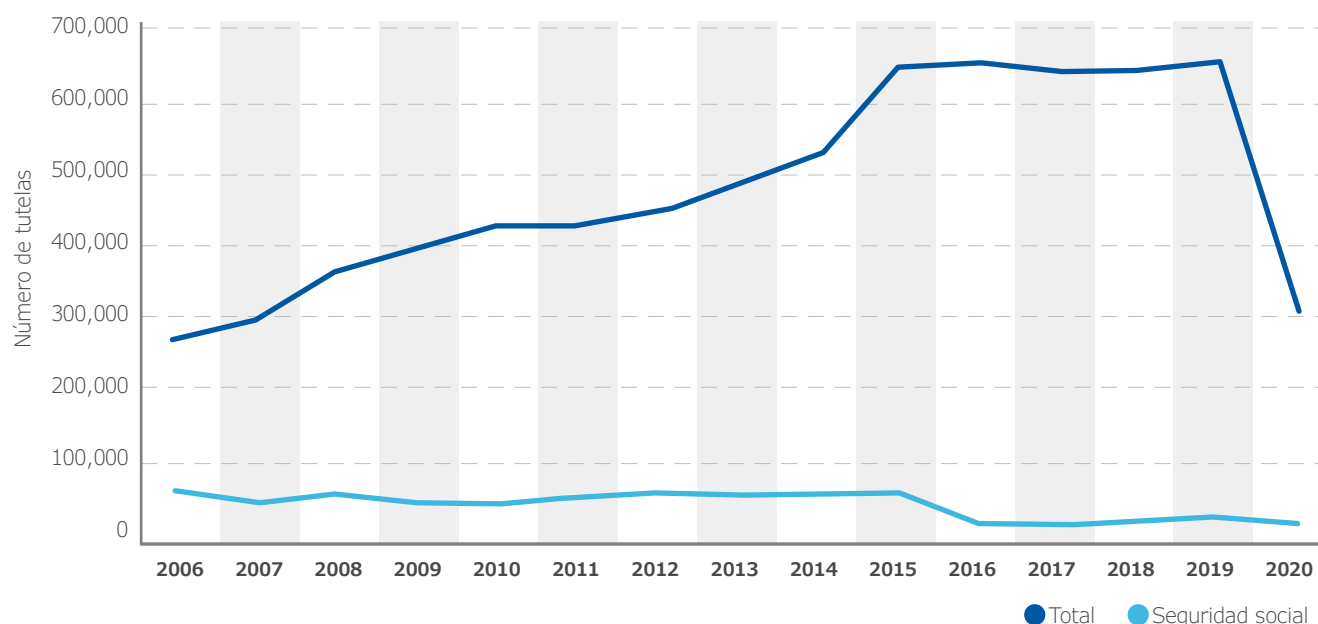
85 Ley 100 de 1993.

TABLA 45. PARTICIPACIÓN DE LAS TUTELAS EN SEGURIDAD SOCIAL (PERIODO 2019 - 2020)

Año	Tutelas	Seguridad Social*		Seguridad social**	
	Total	Tutelas	Part. en tutelas %	Tutelas	Part. en tutelas %
2019	620.257	21.887	3,53	20.687	3,34
2020***	290.531	14.415	4,96	13.134	4,52
Total	910.788	36.302	3,99	33.821	3,71

***Solo 9 meses

Gráfica 22. Evolución de las tutelas en general y en seguridad social en Colombia (periodo 2006-2020)



3.3.1 El derecho a la seguridad social y su relación con otros derechos

El derecho a la seguridad social es invocado en conjunto con el derecho de petición en el 22,96% de los casos, seguido del derecho al mínimo vital (14,12%), al debido proceso (7,47%) y a la vida (2,95%) (tabla 46). Cabe destacar el aumento en las tutelas en conjunto con todos

los derechos, en mayor medida con el derecho al mínimo vital, debido a su estrecha vinculación: pasó de estar en una misma tutela del 7,08% al 14,12%. No obstante, el derecho de petición es el que más se relaciona con este derecho cuando los usuarios, a pesar de haber pasado por trámites administrativos, no obtienen respuestas de fondo, especialmente en temas de pensiones.

TABLA 46. EL DERECHO A LA SEGURIDAD SOCIAL ASOCIADO A OTROS DERECHOS (PERIODO 2019 - 2020)

Derechos	2019		2020*	
	N.º tutelas	% tutelas	N.º tutelas	% tutelas
Seguridad social	20.687	100,00	13.134	100,00
Petición	3645	17,62	3016	22,96
Mínimo vital	1465	7,08	1854	14,12
Debido proceso	1171	5,66	981	7,47
Vida	288	1,39	387	2,95
Dignidad humana	8	0,04	329	2,50
Igualdad	189	0,91	274	2,09
Trabajo	128	0,62	159	1,21
Estabilidad laboral reforzada	180	0,87	145	1,10
Acceso a la justicia	73	0,35	68	0,52
Habeas data	38	0,18	34	0,26
Otros	34	0,16	39	0,30
Total de las tutelas de seguridad social interpuestas*	20.687		13.134	

No incluye el derecho a la salud.

Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo. *Solo 9 meses

3.3.2 Despachos judiciales y decisión en primera instancia

En primera instancia, las tutelas que contenían el derecho fundamental a la seguridad social fueron favorables totalmente en el 47,51% de los casos; parcialmente, en el 3,43% %, y el 9,56%, % correspondieron a hecho superado. Sin embargo, hay que resaltar el alto volumen de tutelas improcedentes (24,88%), %) debido a que no se agota el trámite administrativo y judicial y a que no se evidencia vulneración al derecho, entre otros motivos.

Los jueces que más tramitaron tutelas de seguridad social fueron los civiles municipales (15,09%), seguidos de los penales (14,66%) y de los administrativos (14,25%). El porcentaje más alto de fallos favorables (en más de 1000

tutelas) se observó en los juzgados civiles municipales (51,16% de favorecimiento total, %), seguido de los juzgados penales municipales (50,67%) y de los juzgados administrativos (50,59%); mientras que los %). Los porcentajes más bajos se observaron en la Corte Suprema de Justicia, el Consejo de Estado y en los Tribunales administrativos (tabla 47).

En primera instancia, de las entidades con más de 500 tutelas anuales, Colpensiones fue la que tuvo el mayor número de fallos en contra (47,88%), seguida del fondo de pensiones Protección (39,39%) y de Porvenir (32,22%). Sin embargo, hay que tener en cuenta que el porcentaje más elevado de tutelas improcedentes fue el de los fondos privados. Esto se debió, entre otros motivos, al desconocimiento de algunos usuarios acerca de los requisitos y trámites, que se diferencian de los del fondo público.

TABLA 47. DESPACHOS JUDICIALES Y DECISIÓN EN PRIMERA INSTANCIA. TUTELAS EN SEGURIDAD SOCIAL (PERIODO 2019-2020)

Despachos judiciales	2019			2020*		
	N.º tutelas	Part. %	Concedidas en primera instancia %	N.º tutelas	Part. %	Concedidas en primera instancia %
Juzgado Civil del Circuito Especializado	181	0,87	39,78	139	1,06	61,15
Juzgado Promiscuo del Circuito	70	0,34	30,00	46	0,35	60,87
Juzgado de Familia del Circuito	210	1,02	41,43	162	1,23	55,56
Juzgado Civil Municipal	3357	16,23	50,10	1982	15,09	51,16
Juzgado Penal Municipal	3379	16,33	47,17	1926	14,66	50,67
Juzgados Administrativos	2549	12,32	46,45	1872	14,25	50,59
Juzgado de Pequeñas Causas	1008	4,87	48,71	740	5,63	50,14
Juzgado Promiscuo Municipal	853	4,12	47,60	578	4,40	49,83
Juzgado Penal del Circuito Especializado	336	1,62	43,75	210	1,60	46,67
Juzgado Promiscuo de Familia	304	1,47	38,82	172	1,31	45,93
Juzgado Civil del Circuito	1.870	9,04	38,18	1.252	9,53	45,85
Juzgado Penal del Circuito	2460	11,89	38,09	1414	10,77	44,98
Juzgado Laboral del Circuito	1753	8,47	39,30	1065	8,11	44,98
Juzgado de Familia	920	4,45	37,28	669	5,09	44,39
Juzgado de Ejecución de Penas	737	3,56	40,98	489	3,72	42,74
Juzgado Penal para Adolescentes	107	0,52	25,23	72	0,55	33,33
Tribunal Superior	115	0,56	20,00	81	0,62	24,69
Tribunal Administrativo	24	0,12	33,33	12	0,09	16,67
Corte Suprema de Justicia	288	1,39	5,56	183	1,39	9,84
Consejo de Estado	154	0,74	12,34	66	0,50	7,58
Consejo Seccional de la Judicatura	7	0,03	28,57	3	0,02	0,00
Juzgado de Menores	5	0,02	40,00	1	0,01	0,00
Total	20.687	100,00	42,94	13.134	100,00	47,5

Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo. *Solo 9 meses

3.3.3 Lugar de origen de las tutelas de seguridad social

Se realizó un análisis detallado en los 5 departamentos con el mayor número de tutelas en seguridad social que no invocaron el derecho a la salud. Luego, se estandarizó por número de habitantes, y, finalmente, se hizo un análisis a nivel municipal.

La ciudad de Bogotá junto con los departamentos de Antioquia y del Valle presentaron el mayor número de estas.

3.3.3.1 Tutelas de seguridad social a nivel departamental

En 2020, de las 13.134 tutelas que invocaron el derecho a la seguridad social y que no invocaron el derecho a la salud, el 19,11% se originó en la ciudad de Bogotá; le siguen los departamentos de Antioquia (16,19%), Valle del Cauca (11,19%), Caldas (5,87%) y Risaralda (5,82%). Los departamentos donde se presentaron incrementos porcentuales en el promedio mensual fueron estos: Quindío (11,11%), Caldas (10,06%), Risaralda (6,56%) y Antioquia (0,32%) (tabla 48).



TABLA 48. TUTELAS DE SEGURIDAD SOCIAL POR DEPARTAMENTO (PERIODO 2019 - 2020)

Despachos judiciales	2019			2020*			Variación % en el promedio mensual
	N.º tutelas	Part. %	Promedio mensual	N.º tutelas	Part. %	Promedio mensual	
Bogotá D.C.	4105	31,25	342	2510	19,11	279	-18,47
Antioquia	2827	21,52	236	2127	16,19	236	0,32
Valle	2144	16,32	179	1470	11,19	163	-8,58
Caldas	934	7,11	78	771	5,87	86	10,06
Risaralda	956	7,28	80	764	5,82	85	6,56
Santander	1073	8,17	89	731	5,57	81	-9,16
Meta	1146	8,73	96	552	4,20	61	-35,78
Norte de Santander	797	6,07	66	550	4,19	61	-7,99
Bolívar	1322	10,07	110	536	4,08	60	-45,94
Atlántico	1137	8,66	95	423	3,22	47	-50,40
Huila	534	4,07	45	407	3,10	45	1,62
Tolima	397	3,02	33	297	2,26	33	-0,25
Quindío	354	2,70	30	295	2,25	33	11,11
Nariño	318	2,42	27	225	1,71	25	-5,66
Magdalena	534	4,07	45	222	1,69	25	-44,57
Cauca	310	2,36	26	212	1,61	24	-8,82
Córdoba	257	1,96	21	192	1,46	21	-0,39
Cundinamarca	320	2,44	27	192	1,46	21	-20,00
Boyacá	274	2,09	23	164	1,25	18	-20,19
Cesar	422	3,21	35	164	1,25	18	-48,18
Sucre	178	1,36	15	120	0,91	13	-10,11
Chocó	88	0,67	7	50	0,38	6	-24,24
Arauca	44	0,34	4	32	0,24	4	-3,03
La Guajira	48	0,37	4	31	0,24	3	-13,89
Caquetá	66	0,50	6	30	0,23	3	-39,39
Casanare	48	0,37	4	28	0,21	3	-22,22
Putumayo	29	0,22	2	18	0,14	2	-17,24
Vichada	1	0,01	0	5	0,04	1	566,67
Amazonas	6	0,05	1	4	0,03	0	-11,11
Guaviare	11	0,08	1	4	0,03	0	-51,52
Guainía	0	0,00	0	3	0,02	0	-
San Andrés	6	0,05	1	3	0,02	0	-33,33
Vaupés	1	0,01	0	2	0,02	0	166,67
Total	20.687	100	1724	13.134	100	1459	-15,35

Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo. *Solo 9 meses



3.3.3.1.1 Tutelas de seguridad social en Bogotá

El promedio mensual de tutelas en Bogotá disminuyó en un 18,47%. Las entidades con más acciones fueron estas: Colpensiones (33,43%), Porvenir (5,74%), Protección (4,26%) y Colfondos (1,67%). En primera instancia, los jueces favorecieron totalmente a los bogotanos en el 33,39% de las acciones y 3,71% de manera parcial. En el adicional, el 30,48% fueron declaradas como improcedentes, el 8,37%, como hecho superado y el 23,86%, negadas.

3.3.3.1.2 Tutelas de seguridad social en Antioquia

Antioquia se convirtió en el segundo departamento con más acciones que invocaron el derecho a la seguridad social en Colombia con 2127 acciones, y con un incremento en la participación en relación con el año anterior.

En 57 municipios se interpuso al menos una tutela invocando este derecho. Medellín, con el 79,5%, fue la ciudad con el mayor número, seguida por Rionegro (2,63%), Itagüí (2,59%), Bello (2,44%) y Apartadó (2,44%).

Las entidades más tuteladas fueron las siguientes: Colpensiones (48,14%), Porvenir (5,88%), Protección (5,27%) y Juntas de Calificación de invalidez (4,94%).

En relación con las decisiones en primera instancia, los jueces favorecieron totalmente a los antioqueños en el 50% de los casos, y parcialmente, en el 2,59%. Además, el 22,99% fueron declaradas improcedentes, el 13,16% como hecho superado y el 11,1%, negadas.

3.3.3.1.3 Tutelas de seguridad social en Valle del cauca

Valle del Cauca fue el tercer departamento que más sumó tutelas en seguridad social con 1470 acciones.

En 28 municipios se interpuso al menos una tutela invocando este derecho. Cali, con el 70,82%, fue la ciudad con el mayor número, seguida de Palmira (8,64%), Tuluá (6,39%), Cartago (3,2%) y Buga (2,99%).

Estas fueron las entidades más tuteladas: Colpensiones (37,06%), Porvenir (7,96%), Servicio Occidental de Salud (4,15%), Junta de calificación de invalidez (3,95%) y Protección (3,2%). En el 41,1% de los casos los jueces favorecieron totalmente a los vallecaucanos en la decisión de primera instancia, y parcialmente, en el

3,47%. Adicionalmente, el 28,44% de las tutelas fueron declaradas improcedentes, el 10,88%, como hecho superado, y 15,78% fueron negadas.

3.3.3.1.4 Tutelas de seguridad social en Caldas

La cuarta entidad territorial con más tutelas en seguridad social fue el departamento de Caldas en donde se interpusieron 771 acciones.

En 19 municipios de esta entidad territorial se interpuso al menos una tutela en seguridad social. Manizales fue la ciudad con mayor participación (86,25%), seguida de Chinchiná (5,06%) y de La Dorada (3,63%).

Colpensiones fue la entidad con más tutelas (57,59%), le siguieron Protección (6,23%), Provenir (4,93%), Junta de calificación de invalidez (2,59%) y Nueva EPS (2,46%). En el 53,83% de los casos los jueces favorecieron totalmente en primera instancia a los caldenses, y parcialmente, en 6,63%. Adicionalmente, el 18,55% de las tutelas fueron improcedentes, el 13,23%, hecho superado, y el 10,64%, negadas.

3.3.3.1.5 Tutelas de seguridad social en Risaralda

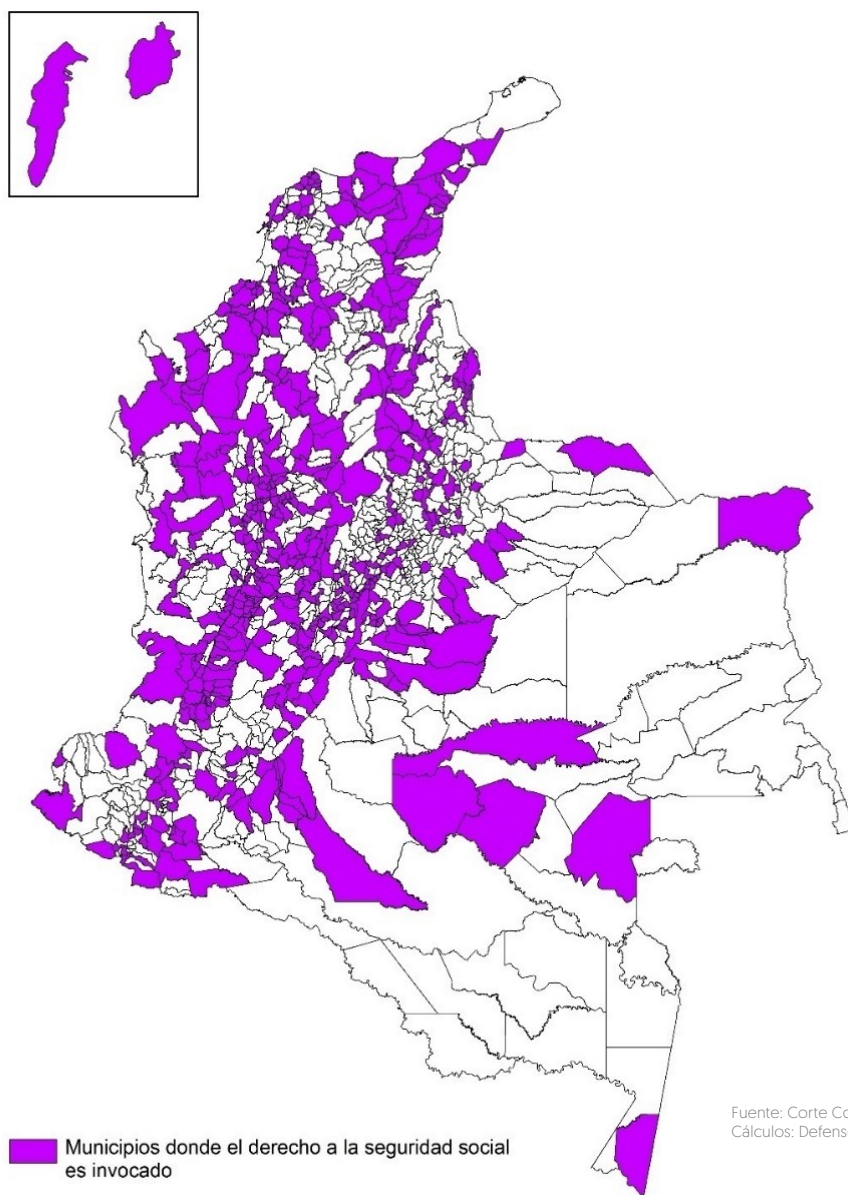
En el quinto lugar se ubicó el departamento de Risaralda con 764 tutelas. En 9 municipios de esta entidad territorial se interpuso al menos una tutela que invocaba este derecho. La ciudad de Pereira registró la mayor cantidad de acciones (93,98%), seguida de Dosquebradas (2,62%) y Santa Rosa de Cabal (1,57%).

Colpensiones (56,68%), Porvenir (5,37%), Juntas de Calificación de invalidez (4,84%), Protección (4,32%) y Colfondos (2,36%) fueron las entidades más tuteladas en este departamento. En primera instancia, los jueces favorecieron totalmente a los risaraldenses en el 54,06% de los casos, y parcialmente, en el 3,81%. Además, el 19,9% de las tutelas fueron declaradas improcedentes, el 10,86%, como hecho superado y 11,26%, negadas.

3.3.3.2 Tutelas en seguridad social a nivel municipal

En 391 municipios se interpuso al menos una tutela que invocaba el derecho a la seguridad social, 52 menos que en 2019. Los municipios con las frecuencias más elevadas fueron Bogotá (19,11%), Medellín (12,87%), Cali (7,93%), Pereira (5,47%) y Manizales (5,06%) (mapas 7 y 8).

Mapa 7. Municipios con tutelas en seguridad social (año 2019)

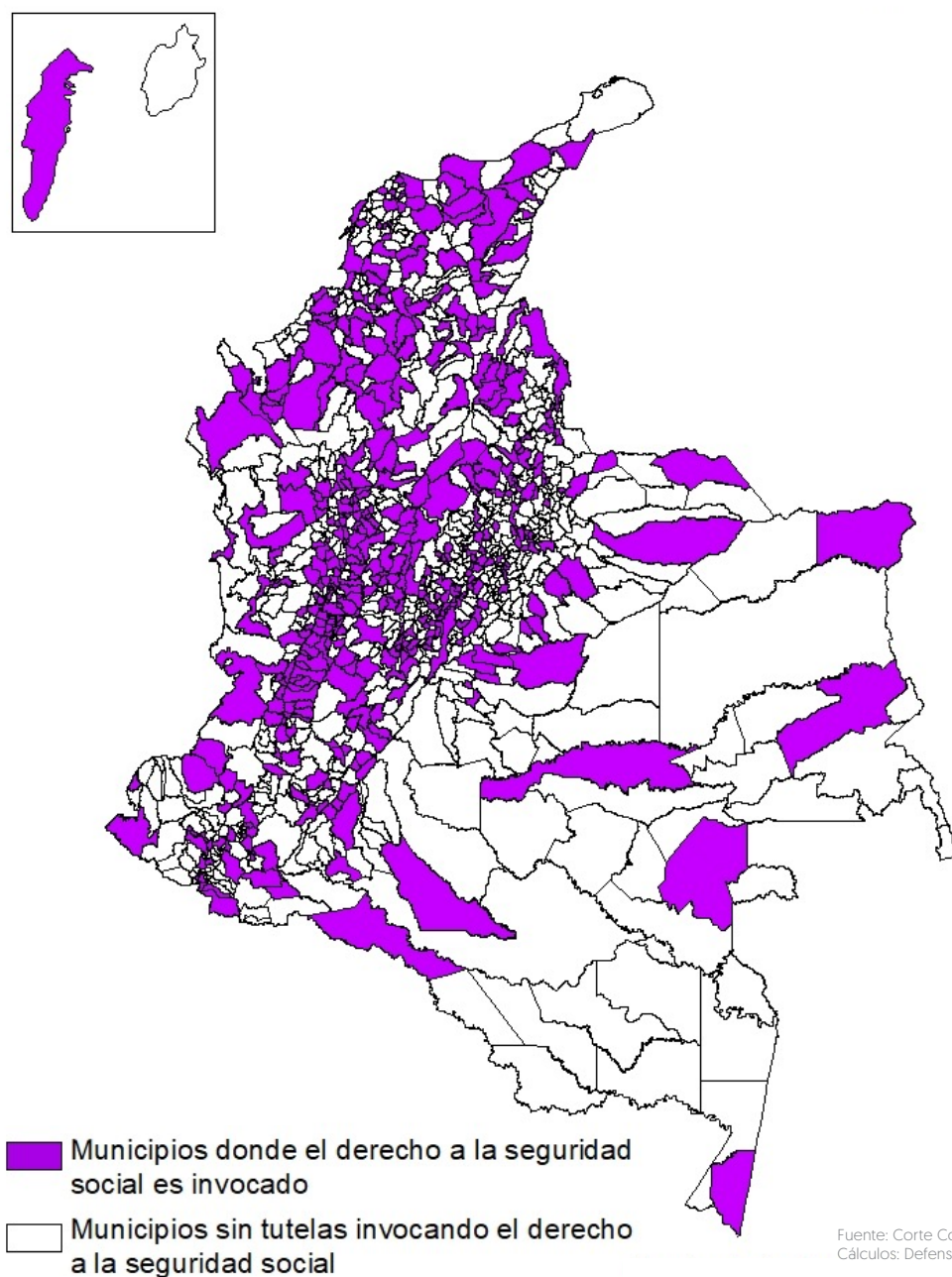


 Municipios donde el derecho a la seguridad social es invocado

 Municipios sin tutelas invocando el derecho a la seguridad social

Fuente: Corte Constitucional.
Cálculos: Defensoría del Pueblo.

Mapa 7. Municipios con tutelas en seguridad social (año 2020)



3.3.4 Entidades con el mayor número de tutelas del derecho a la seguridad social

Colpensiones fue la entidad más demandada, pues en su contra fueron interpuestas el 35,98% de las acciones; no

obstante, presentó una disminución en el promedio mensual de 5,58% en relación con 2019. A esta entidad le siguieron el fondo de pensiones y cesantías Porvenir (5,25%), Juntas de Calificación de invalidez (4,05%) y el fondo de pensiones Protección (3,94%) (tabla 49).

TABLA 49. ENTIDADES MÁS TUTELADAS POR EL DERECHO A LA SEGURIDAD SOCIAL (PERIODO 2019 - 2020)

Entidades	2019			2020*			Variación % en el promedio
	N.º tutelas	Part. %	Promedio mensual	N.º tutelas	Part. %	Promedio mensual	
Colpensiones	6716	50,80	560	4756	35,98	528	-5,58
Fondo de pensiones y cesantías Porvenir	946	7,16	79	694	5,25	77	-2,18
Juntas de Calificación de Invalidez	801	6,06	67	536	4,05	60	-10,78
Fondo de pensiones y cesantías Protección	726	5,49	61	521	3,94	58	-4,32
Seguros del Estado SA	1005	7,60	84	510	3,86	57	-32,34
Fuerzas militares y de policía	663	5,02	55	433	3,28	48	-12,92
Ministerios	766	5,79	64	378	2,86	42	-34,20
Centro de servicios judiciales, juzgados, cortes y tribunales	617	4,67	51	368	2,78	41	-20,48
Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social (UGPP)	718	5,43	60	311	2,35	35	-42,25
ARL Positiva	572	4,33	48	287	2,17	32	-33,10
La Previsora Seguros	468	3,54	39	283	2,14	31	-19,37
Mundial de Seguros	384	2,90	32	259	1,96	29	-10,07
Alcaldías	411	3,11	34	250	1,89	28	-18,90
Colfondos-Citi	380	2,87	32	246	1,86	27	-13,68
Fondo de Previsión del magisterio	73	0,55	6	197	1,49	22	259,82
ARL Sura	365	2,76	30	192	1,45	21	-29,86
Nueva EPS	262	1,98	22	184	1,39	20	-6,36
Medimás/Cafesalud	356	2,69	30	181	1,37	20	-32,21
Seguros de Vida Colpatria	286	2,16	24	174	1,32	19	-18,88
Gobernaciones	236	1,79	20	132	1,00	15	-25,42
Coomeva	151	1,14	13	118	0,89	13	4,19
Otras	3831	28,98	319	2210	16,72	246	-23,08
Total	20.733	156,83	1.728	13.220	100	1.469	-14,98

*Solo 9 meses

Fuente: Corte Constitucional

Cálculos: Defensoría del Pueblo

3.3.4.1 Tutelas de seguridad social contra Colpensiones

Colpensiones continuó como la entidad contra la que se interpuso el mayor número de tutelas por este derecho. Los principales motivos fueron, en su orden, la demora en la valoración o calificación de invalidez (32,84%), la negación de la pensión de vejez (13,04%), y el incumplimiento del pago de mesadas pensionales (11,55%).

Respecto a la valoración de la pérdida de capacidad laboral, el Decreto 780 de 2016, artículo 2.6.1.4.2.8, dispone que esta debe ser realizada por la autoridad competente. Esta medida se estableció en el artículo 142 del Decreto 19 de 2012, ceñido al Manual Único para la pérdida de capacidad laboral y ocupacional vigente para cuando se realice la calificación. Así, esta función le corresponde a las administradoras de fondos de pensiones, a las administradoras de riesgos laborales, a las compañías de seguros que asuman el riesgo de invalidez y muerte y a las entidades promotoras de salud,



que deben realizar, en primera oportunidad, el dictamen de pérdida de capacidad laboral y calificar el grado de invalidez.

Además, si el interesado no está de acuerdo con dicha calificación, debe manifestarlo dentro de los 10 días siguientes; por su parte, la entidad respectiva debe remitirlo a las Juntas Regionales de Calificación de Invalidez del orden regional dentro de los 5 días siguientes. Esta decisión (la emitida por la junta regional) es apelable ante la Junta Nacional de Calificación de Invalidez, que cuenta con un término de 5 días.

Para los casos de accidente de tránsito, las empresas responsables del SOAT deben realizar, como primera medida, el examen de pérdida de capacidad laboral, y calificar el grado de invalidez de quien realiza la reclamación cuando el examen tenga relación con la ocurrencia del siniestro amparado con dicha póliza⁸⁶.

Ahora, en relación con el reconocimiento de la pensión de vejez, es importante recordar que para tener acceso a ella se deben cumplir dos requisitos: haber cumplido la edad y contar con el número de semanas mínimas cotizadas requeridas. Respecto al primero, la Ley 1797 de 2003 estableció que la edad de pensión para las mujeres es de 57 años, y para los hombres, 62; en relación con el segundo, la ley estipuló 1300 semanas para el régimen de prima media con prestación definida —RPM— (Colpensiones), y, 1150 para el régimen de ahorro individual —RAIS— (fondos privados).

Para el efecto de determinar las semanas cotizadas, la historia laboral se convierte en un documento fundamental, pues esta contiene toda la información de las cotizaciones realizadas en materia de seguridad social. Asimismo contiene información relevante sobre la trayectoria laboral y sobre los detalles de pagos realizados a las administradoras de pensiones. Esta custodia le corresponde a las administradoras de pensiones, que son responsables de la certeza y de la exactitud de su contenido⁸⁷. Para eso, tienen deberes de fiscalización para desarrollar las investigaciones que crean oportunas con el fin de lograr la certeza de la información, así como para citar a empleadores o terceros, y que rindan los informes que consideren pertinentes⁸⁸.

En este sentido, la Corte Constitucional ha establecido tres grupos de obligaciones de las administradoras de pensiones en relación con la historia laboral⁸⁹:

- el deber de custodiar, conservar y guardar la información y los documentos que soportan las cotizaciones, que hace referencia al especial cuidado que deben tener las entidades al organizar y manipular las historias laborales;
- la obligación de consignar información cierta, precisa, fidedigna y actualizada en las historias laborales, que se enfoca en las características mínimas que deben reunir los datos contenidos en los registros laborales;
- el deber de brindar respuestas oportunas y completas a las solicitudes de información, corrección o actualización de la historia laboral que formulen los afiliados al Sistema General de Pensiones; y
- la obligación del respeto del acto propio, que se torna en una protección al trabajador cuando la entidad modifica la información de sus cotizaciones de forma intempestiva.

Por ende, las administradoras de pensiones no pueden trasladar esta obligación al trabajador ni generarle consecuencias negativas al respecto.

En conclusión, respecto a lo que concierne al reconocimiento y pago de la pensión de vejez, las administradoras de pensiones tienen el deber legal de actualizar la información que reposa en la historia laboral de sus afiliados para no dilatar el otorgamiento de este derecho.

Así mismo, les corresponde a las administradoras de pensiones adelantar las gestiones de cobro de los aportes pensionales que no son pagados por el empleador, así como el traslado de aportes desde otras administradoras, cajas o fondos de pensión⁹⁰. Cabe aclarar que es prohibido trasladarles a los trabajadores las consecuencias negativas de la mora del empleador y de la falta de gestión de las administradoras en el cobro de dichos aportes.

Las tutelas contra Colpensiones representaron el 35,98% de todas las acciones que invocaron este derecho. Las entidades territoriales con el mayor número de acciones fueron estas: Antioquia (21,59%), Bogotá (17,69%), Valle del Cauca (11,47%), Caldas (9,36%) y Risaralda

86 Corte Constitucional, Sentencia T-003 de 2020.

87 Corte Constitucional, Sentencia T-013 de 2020.

88 Ley 100 de 1993, artículo 53.

89 Corte Constitucional, Sentencia T-079 de 2016.

90 Corte Constitucional, Sentencia T-222 de 2018.



(9,13%). En 137 municipios se interpuso al menos una tutela; las ciudades con las mayores frecuencias fueron las siguientes: Medellín (18,25%), Bogotá (17,69%), Pereira (8,81%), Cali (8,73%) y Manizales (8,41%). La decisión en primera instancia favoreció a los accionantes totalmente en el 47,89% de los casos, y parcialmente, en el 3,39%. El 25% de las tutelas fueron improcedentes, el 10,75% presentaron hecho superado, y el 12,63% fueron negadas.

3.3.4.2 Tutelas de seguridad social contra el fondo de pensiones y cesantías Porvenir

Porvenir fue la segunda entidad con mayor número de tutelas que invocaron el derecho a la seguridad social; se observó una disminución de 2,18 en el promedio mensual con respecto a 2019. Las entidades territoriales con el mayor número de acciones fueron estas: Bogotá (20,99%), Antioquia (18,22%), Valle (17,06%), Risaralda (5,98%) y Santander (5,69%). En 100 municipios se interpuso al menos una tutela, y las ciudades con las mayores frecuencias fueron las siguientes: Bogotá (20,99%), Medellín (13,273%), Cali (12,39%), Pereira (5,25%) y Manizales (5,10%). La decisión en primera instancia favoreció a los accionantes totalmente en el 32,22% de los casos, y parcialmente, en el 4,52%. El 36,59% de las tutelas fueron improcedentes, hecho superado, 7,87%, y negadas, 18,66%.

3.3.4.3 Tutelas de seguridad social contra Juntas de calificación de invalidez (JCI)

Las JCI fueron las entidades que ocuparon el tercer lugar en relación con el número de tutelas que invocaron este derecho, en 9 meses de 2020, con 536 tutelas —con un promedio mensual de 60—. Estas fueron las entidades territoriales con el mayor número de acciones: Bogotá (20,52%), Antioquia (20,15%), Valle (10,82%), Risaralda (7,46%) y Santander (5,04%). En 69 municipios se interpuso al menos una tutela. Las ciudades con las mayores frecuencias fueron las siguientes: Bogotá (20,52%), Medellín (16,98%), Cali (7,28%), Pereira (6,53%) y Bucaramanga (4,85%). La decisión en primera instancia favoreció a los accionantes totalmente en el 45,52% de los casos, y parcialmente, en el 1,49%. Además, el 23,69% fueron improcedentes, hecho superado, 14,93%, y negadas, 14,37%.

El principal motivo por el que los usuarios acuden a la acción de tutela en contra de las JCI es la no valoración o no calificación de invalidez (95,6%).

Es importante recordar que las Juntas Regionales y Nacional de Calificación son organismos del Sistema de la Seguridad Social Integral del orden nacional y con autonomía técnica y científica en los dictámenes periciales; sus decisiones son de carácter obligatorio⁹¹. En el proceso de calificación, las Juntas Regionales califican en primera instancia la pérdida de capacidad laboral y el estado de invalidez, y determinan su origen. Por su parte, las Juntas de Calificación Nacional resuelven las controversias surgidas por la pérdida de capacidad laboral y por el propio origen de la pérdida —en caso de accidentes y de enfermedades originados en el ámbito laboral— que tengan lugar entre las entidades de seguridad social, trabajadores y empleadores; además, determinan si un trabajador debe ser pensionado por invalidez o no.

3.3.4.4 Tutelas de seguridad social contra el fondo de pensiones y cesantías Protección

Protección fue la cuarta entidad en esta lista con 521 tutelas. Estas fueron las entidades territoriales con el mayor número de acciones: Antioquia (21,5%), Bogotá (20,54%), Caldas (9,4%), Valle del Cauca (9,02%) y Santander (6,53%). En 72 municipios se interpuso al menos una tutela; las ciudades con las mayores frecuencias fueron las siguientes: Bogotá (20,54%), Medellín (18,04%), Manizales (8,45%), Cali (7,29%) y Pereira (6,33%). La decisión en primera instancia favoreció a los accionantes totalmente en el 39,92% de los casos, y parcialmente, en el 3,4%. Además, el 29,73% fueron improcedentes, hecho superado, 9,4%, y negadas, 16,12%.

3.3.4.5 Tutelas de seguridad social contra Seguros del Estado

Seguros del Estado es la primera compañía de seguros que aparece como presunta vulneradora del derecho a la seguridad social: su participación fue de 3,86% con 510 acciones. Las entidades territoriales con el mayor número de acciones fueron las siguientes: Meta (28,15%), Bolívar (20,08%), Norte de Santander (14,17%), Bogotá (7,28%) y Huila (6,1%). En 28 municipios se interpuso al menos una

⁹¹ Decreto 1072 de 2015, título 5, capítulo 1.



tutela. Las ciudades con las mayores frecuencias fueron Villavicencio (27,76%), Cartagena (20,08%), Cúcuta (13,98%), Bogotá (7,28%) y Neiva (6,10%). La decisión en primera instancia favoreció a los accionantes totalmente en el 85,04% de los casos, y parcialmente, en el 0,39%. En el 10,04% de los casos las tutelas fueron improcedentes, hecho superado, en el 0,79%, y negadas, en el 3,74%.

3.3.5 Tipos de entidades demandadas en las tutelas que invocan el derecho a la seguridad social

El 48,95% de las tutelas que invocaron el derecho a la seguridad social se dirigió contra las administradoras de fondos de pensiones (AFP); estas entidades aumentaron su participación en un 6%. Le siguieron las administradoras de riesgos laborales y las compañías de seguros (15,9%), otras entidades del estado (13,49%) y las EPS (7,46%) (tabla 50).

TABLA 50. TUTELAS EN SEGURIDAD SOCIAL SEGÚN EL TIPO DE ENTIDAD DEMANDADA (PERIODO 2019 - 2020)

Tipos de entidades	2019		2020*		Variación %
	N.º tutelas	Part. %	N.º tutelas	Part. %	
Administradoras de fondos de pensiones (AFP)	8893	42,99	6471	48,95	-27,23
Administradoras de riesgos laborales y compañías de seguros	3819	18,46	2102	15,90	-44,96
Otras entidades del estado	3354	16,21	1783	13,49	-46,84
EPS	1459	7,05	986	7,46	-32,42
Regímenes de excepción	804	3,89	658	4,98	-18,16
Entes territoriales	853	4,12	544	4,11	-36,23
Instituciones prestadoras de salud (IPS)	298	1,44	148	1,12	-50,34
Otros	1207	5,83	528	3,99	-56,26
Total	20.687	100	13.220	100	-36,10

Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo. *Solo 9 meses

3.3.5.1 Tutelas contra administradoras de fondos de pensiones

En este grupo, Colpensiones fue la entidad con más tutelas (75,80%), con una participación similar a la que se observó en el año anterior. Le siguieron el fondo pensiones Porvenir (11,06%), Protección (8,3%) y Colfondos (3,92%) (tabla 51).

Los principales motivos por los que los afiliados presentaron acciones de tutela contra los fondos privados (Protección y Colfondos) fueron en este orden los siguientes: falta de valoración o de calificación de invalidez (16,9%), no liquidación o pago de bono pensional (15,5%) y no reconocimiento de pensión de sobreviviente (12,7%).

Los bonos pensionales son aportes destinados a contribuir a la conformación del capital necesario para financiar las pensiones de los afiliados del Sistema General de Pensiones⁹². Son un título valor a favor de un afiliado que se traslada a uno de los regímenes del sistema; representan la deuda pensional desde el momento en que el afiliado inició su vida laboral hasta la fecha efectiva del traslado.

Los bonos pensionales se clasifican así: i) de acuerdo con su emisor⁹³; ii) según el régimen al que se traslada el afiliado. El bono tipo A corresponde a quien se traslada del régimen de pensiones de prestación definida al régimen de ahorro individual. El tipo B corresponde al traslado del régimen de ahorro individual al régimen con prestación definida; iii) los

92 Ley 100 de 1993, artículo 115.

93 Ley 100 de 1993, artículo 118.



bonos especiales tipo E⁹⁴ y C⁹⁵. Los bonos tipo E se expiden a favor de los trabajadores que se trasladan al régimen de prima media del entonces exceptuado régimen de Ecopetrol. Los bonos tipo C se expiden a los que se trasladan al Fondo de Previsión Social del Congreso de la República.

Los bonos pensionales serán de tres clases: a) bonos pensionales expedidos por la Nación; b) bonos pensionales expedidos por las cajas, fondos o entidades del sector público que no sean sustituidas por el fondo de pensiones públicas del nivel nacional, a las que se refiere el Capítulo III del presente título. Su denominación genérica de bono pensional se complementará con el nombre de la caja, fondo o entidad emisora; c) bonos pensionales expedidos por empresas privadas o públicas o por cajas pensionales del sector privado que hayan asumido exclusivamente a su cargo el reconocimiento y pago de pensiones —su denominación genérica de bono pensional se complementará con el nombre de la entidad emisora—, artículo 119 del Decreto 1299 de 1994: a) por la Nación en los casos que trata el artículo 16 del presente decreto; b) por el Instituto de Seguros Sociales en los casos del artículo 17; c) por las cajas, fondos o entidades del sector público del nivel nacional;

d) por empresas públicas o privadas o por cajas o fondos de previsión social del sector privado que hayan asumido exclusivamente a su cargo el reconocimiento y pago de pensiones, y e) por las cajas, fondos y entidades territoriales que tengan a su cargo el pago y el reconocimiento de pensiones⁹⁶.

Para la liquidación, emisión y expedición de los bonos pensionales⁹⁷, se debe conformar la historia laboral del afiliado. Esto se hace mediante la información que este suministra al fondo y con la información que él solicita a las entidades en las que realizó cotizaciones y mediante la solicitud de liquidación del bono de la AFP al emisor — oficina de bonos pensionales del Ministerio de Hacienda y Crédito Público (OBP)—. Con eso debe definir el salario base para el cálculo del bono pensional; mediante la liquidación provisional del bono por parte de la OBP, para la información y aceptación de este por el afiliado; mediante la aprobación y firma del afiliado; mediante el requerimiento por parte de la AFP a la OBP de la emisión del bono; mediante la expedición del bono⁹⁸, que es el momento en que se suscribe el título físico o del ingreso de la información a un depósito central de valores, y mediante el pago del bono pensional a la AFP.

94 Decreto 876 de 1998.
95 Decreto 816 de 2002

96 Ley 100 de 1993.
97 Corte Constitucional, Sentencia T-056 de 2017.
98 Decreto 1513 de 1998, artículo 1.

TABLA 51. TUTELAS EN SEGURIDAD SOCIAL CONTRA ADMINISTRADORAS DE FONDOS DE PENSIONES (PERIODO 2019 - 2020)

AFP	2019		2020*		Variación %
	N.º tutelas	Part. %	N.º tutelas	Part. %	
Colpensiones	6716	75,32	4756	75,80	-29,18
Fondo de pensiones y cesantías Porvenir	946	10,61	694	11,06	-26,64
Fondo de pensiones y cesantías Protección	726	8,14	521	8,30	-28,24
Colfondos-Citi	380	4,26	246	3,92	-35,26
Fondos de pensiones públicas FOPEP, FONCEP y Fondos territoriales	76	0,85	30	0,48	-60,53
Otros	73	0,82	27	0,43	-63,01
Total	8917	100	6274	100	-29,64

Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo. *Solo 9 meses

3.3.5.2 Tutelas contra administradoras de riesgos laborales y compañías de seguros

En este grupo, Seguros del Estado continúa como la entidad con más tutelas con 24,26% del total. Le siguieron la ARL Positiva (13,65%) y Previsora Seguros con 13,46% (tabla 52).

Los principales motivos por los que los ciudadanos interpusieron tutelas contra Seguros del Estado fueron

estos: no valoración o no calificación de invalidez (81,2%), pago de otras prestaciones económicas (14,1%) e indemnización (4,7%).

En cuanto al pago de otras prestaciones económicas, se evidencia que el mayor número de ellas están centradas en el cubrimiento de servicios farmacéuticos, en el pago de incapacidad permanente y en gastos funerarios, entre otros.

TABLA 52. TUTELAS EN SEGURIDAD SOCIAL CONTRA ADMINISTRADORAS DE RIESGOS LABORALES Y COMPAÑÍAS DE SEGUROS (PERIODO 2019 - 2020)

ARL y compañías de seguros	2019		2020*		Variación %
	N.º tutelas	Part. %	N.º tutelas	Part. %	
Seguros del Estado SA	1005	26,26	510	24,26	-49,25
ARL Positiva	572	14,95	287	13,65	-49,83
La Previsora Seguros	468	12,23	283	13,46	-39,53
Mundial de Seguros	384	10,03	259	12,32	-32,55
Sura	365	9,54	192	9,13	-47,40
Axa Colpatría	286	7,47	174	8,28	-39,16
La Equidad Seguros de Vida	183	4,78	104	4,95	-43,17
Liberty Seguros	122	3,19	71	3,38	-41,80
Compañía de Seguros Colmena	105	2,74	54	2,57	-48,57
Otros	337	8,81	168	7,99	-50,15
Total	3827	100,00	2102	100,00	-45,07

Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo. *Solo 9 meses

3.3.5.3 Tutelas contra otras entidades del Estado

Este grupo (otras entidades del Estado) fue el tercero más tutelado. Dentro de este, las Juntas de Calificación

de Invalidez fueron las que recibieron más tutelas (tabla 53), en gran parte por desacuerdo en la calificación y por la negativa a realizar calificaciones con el pago de los respectivos honorarios.

TABLA 53. TUTELAS EN SEGURIDAD SOCIAL CONTRA ENTIDADES DEL ESTADO (PERIODO 2019 - 2020)

Otras entidades del Estado	2019		2020*		Variación %
	N.º tutelas	Part. %	N.º tutelas	Part. %	
Juntas de Calificación de Invalidez	801	23,88	536	30,06	-33,08

Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo. *Solo 9 meses

TABLA 53. TUTELAS EN SEGURIDAD SOCIAL CONTRA ENTIDADES DEL ESTADO (PERIODO 2019 - 2020)

Otras entidades del Estado	2019		2020*		Variación %
	N.º tutelas	Part. %	N.º tutelas	Part. %	
Ministerios	766	22,84	378	21,20	-50,65
Centros de servicios judiciales, juzgados, Cortes y tribunales	617	18,40	368	20,64	-40,36
Unidad Administrativa Especial de Gestión y Parafiscal UGPP	718	21,41	311	17,44	-56,69
Otros	452	13,48	190	10,66	-57,96
Total	3354	100,0	1783	100,0	-46,84

Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo. *Solo 9 meses

3.3.5.4 Tutelas contra EPS

En relación con las violaciones del derecho a la seguridad social, las tutelas en contra de las EPS se presentaron por la falta de valoración o de calificación de invalidez (39,40%), por el pago de incapacidades (29,68%) y por servicios médicos (11,32%). Medimás es la entidad que tiene más tutelas en contra por estos conceptos, seguida de Nueva EPS y de Coomeva (tabla 54).

El pago de incapacidades se reconoce como el ingreso que permite sustituir el salario durante el periodo en el que el trabajador no puede desarrollar sus labores a causa de su condición de salud. Además, este pago garantiza que las personas no interrumpan sus tratamientos médicos⁹⁹.

En este sentido, la jurisprudencia constitucional, a fin de proveer un mejor entendimiento de la naturaleza y del objetivo del pago de las incapacidades, estableció las siguientes reglas¹⁰⁰:

- i) el pago de las incapacidades sustituye el salario del trabajador, durante el tiempo que por razones médicas está impedido para desempeñar sus labores, cuando las incapacidades laborales son presumiblemente la única fuente de ingreso con que cuenta el trabajador para garantizarse su mínimo vital y el de su núcleo familiar; ii) el pago de las incapacidades médicas constituye también una garantía del derecho a la salud del trabajador, pues coadyuva a que se recupere satisfactoriamente, sin tener que preocuparse por la reincorporación anticipada a

sus actividades laborales, con el fin de obtener recursos para su sostenimiento y el de su familia; y iii) además, los principios de dignidad humana e igualdad exigen que se brinde un tratamiento especial al trabajador, quien debido a su enfermedad se encuentra en estado de debilidad manifiesta.

En conclusión, el pago de las incapacidades laborales garantiza el derecho a la vida digna, a la salud y al mínimo vital durante el tiempo en que el trabajador no puede desarrollar sus labores.

TABLA 54. TUTELAS EN SEGURIDAD SOCIAL CONTRA EPS (PERIODO 2019 - 2020)

EPS	2019		2020*		Variación %
	N.º tutelas	Part. %	N.º tutelas	Part. %	
Medimás	356	24,30	181	18,36	-49,16
Nueva EPS	262	17,88	184	18,66	-29,77
Coomeva	151	10,31	118	11,97	-21,85
Salud Total	116	7,92	85	8,62	-26,72
Sura EPS	100	6,83	69	7,00	-31,00
Otras	480	32,76	349	35,40	-27,29
Total	1465	100,00	986	100,00	-32,70

Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo. *Solo 9 meses

99 Corte Constitucional, Sentencia T-523 de 2020.

100 Corte Constitucional, Sentencia T-200 de 2017.

3.3.5.5 Tutelas contra regímenes de excepción

Las Fuerzas Militares y de Policía fueron las entidades con el mayor número de tutelas con el 65,81%, especialmente por la no valoración o calificación de invalidez, por el incumplimiento en el pago de mesadas pensionales y por la negación de servicios médicos. En el caso del Magisterio las tutelas son originadas por el incumplimiento en el pago de mesadas pensionales, por no reconocer pensiones de vejez y por reliquidación pensional (tabla 55).

Si bien el derecho a la pensión es irrenunciable e imprescriptible, no lo son las mesadas pensionales, cuyos dineros se encuentran sometidos a la regla general de prescripción de 3 años, tal y como lo establece el artículo 488 del Código Sustantivo del Trabajo.

TABLA 55. TUTELAS EN SEGURIDAD SOCIAL CONTRA REGÍMENES DE EXCEPCIÓN (PERIODO 2019 - 2020)

Regímenes de excepción	2019		2020*		Variación %
	N.º tutelas	Part. %	N.º tutelas	Part. %	
Fuerzas Militares y de Policía	663	69,79	433	65,81	-34,69
Fondo del Magisterio	235	24,74	211	32,07	-10,21
Ecopetrol	52	5,47	14	2,13	-73,08
Total	950	100,00	658	100,00	-30,74

Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo. *Solo 9 meses

3.3.6 Solicitudes más frecuentes en las tutelas de seguridad social

El análisis de esta sección se realizó sobre una muestra representativa de 1400 tutelas que invocaron el derecho a la seguridad social y que no invocaron el derecho a la salud. Dicha selección se realizó a través de un muestreo aleatorio estratificado por departamento, con una confiabilidad del 95% y un margen de error de 2,4%. Los resultados que se presentan utilizan un factor de expansión en función de la misma variable de estratificación.

La información se registra en el anexo B de acuerdo con el relato del accionante en la tutela seleccionada. La cuantificación se hace con todas las solicitudes de cada una de las tutelas, ya que en una misma acción se puede presentar más de una solicitud con requerimientos diferentes.

Tal como ha pasado en los últimos años, la solicitud más frecuente en las tutelas que invocaron el derecho a la seguridad social fue la «calificación de invalidez o valoración por pérdida de capacidad laboral», que tuvo una participación del 23,54% (tabla 56). Esa cifra se debe principalmente a que los usuarios no están de acuerdo con el porcentaje de calificación o con la categoría de esta (común vs. profesional).

La segunda solicitud —en cantidad— en las tutelas que invocaron el derecho a la seguridad social fue la del pago de honorarios a juntas de invalidez, con 10,98%. Las solicitudes de este tipo tienen lugar cuando los usuarios no cuentan con el dinero y las entidades del sector salud y las de seguros se niegan a cubrirlo. En tercer lugar, están las solicitudes de pago de mesadas pensionales, con el 8,72%. Esto ocurre gracias a la prescripción autorizada en la ley, que corresponde a 3 años.

En cuarto lugar, aparece la solicitud de reconocimiento de pensión de vejez con un 8,6% de participación; se da cuando Colpensiones o las AFP se demoran en el reconocimiento de dicha pensión, argumentando fallas administrativas que no deben asumir los afiliados (bonos pensionales e historia laboral, entre otros)

En quinto lugar, se ubican las solicitudes de pensión de sobreviviente, con el 5,9%. Estas se presentan principalmente por la negativa de reconocimiento argumentada en la no acreditación o demostración de convivencia con el causante en los cinco años anteriores al fallecimiento de este. Otro motivo para este tipo de solicitudes son las controversias entre cónyuges o compañeros permanentes.

En este sentido, la Sentencia SL 1730-2020 del 3 de junio de 2020 —emitida por la Sala de Casación Laboral de la Corte Suprema de Justicia— sentó una nueva doctrina frente a la interpretación correcta de lo que se dispone en el literal a del artículo 13 de la Ley 797 de 2003. Allí se advierte la exigencia de un tiempo mínimo de convivencia de 5 años para acceder a la pensión de sobreviviente. Se estipuló este tiempo mínimo con el fin de evitar conductas fraudulentas como las de convivencias a última hora con quien está a



punto de fallecer y acceder así a la pensión —continúa siendo obligatorio únicamente para los casos en que la pensión de sobrevivientes se causa por muerte del pensionado—. Hay que aclarar que las condiciones son diferentes cuando el afiliado fallecido no estaba pensionado. Igualmente, estableció la orientación frente a la no discriminación entre cónyuges o compañeros permanentes como beneficiarios de la pensión de sobrevivientes, respecto de un mismo tipo de causante de la pensión. De esta manera, se manifiesta que

el interés principal es la protección del núcleo familiar sin distinción de su origen (vínculos jurídicos o naturales).

En conclusión, la Corte Suprema de Justicia estableció que, para acceder a la pensión de sobrevivientes, en caso del fallecimiento del afiliado, no se exigen requisitos de convivencia de cinco años. Además, se estipuló que este requisito —de un tiempo no inferior a cinco años de convivencia— solo es obligatorio cuando se trata del fallecimiento del pensionado.

TABLA 56. SOLICITUDES MÁS FRECUENTES EN LAS TUTELAS DE SEGURIDAD SOCIAL (PERIODO 2019 - 2020)

Solicitudes	2019		2020*		Variación %
	N.º Solicitudes	Part. %	N.º Solicitudes	Part. %	
Calificación de invalidez o valoración por pérdida de capacidad laboral	4511	20,93	3187	23,54	-29,35
Pago de honorarios a Juntas de invalidez	2968	13,77	1487	10,98	-49,90
Pago de mesadas pensionales	1974	9,16	1180	8,72	-40,22
Reconocimiento de pensión de vejez	1804	8,37	1091	8,06	-39,52
Pensión de sobreviviente	1157	5,37	799	5,90	-30,94
Corrección de historia laboral	942	4,37	737	5,44	-21,76
Liquidación de bono pensional	816	3,79	606	4,48	-25,74
Pago de incapacidades	570	2,65	564	4,17	-1,05
Indemnización sustitutiva	389	1,81	561	4,14	44,22
Pensión de invalidez	968	4,49	532	3,93	-45,04
Reliquidación pensional	1053	4,89	500	3,69	-52,52
Pago de otras prestaciones económicas	224	1,04	422	3,12	88,39
Certificaciones y entrega de documentos	568	2,64	358	2,64	-36,97
Reintegro laboral	305	1,42	285	2,11	-6,56
Traslado de régimen	706	3,28	282	2,08	-60,06
Servicios médicos	220	1,02	257	1,90	16,82
Pago de aportes a seguridad social	855	3,97	203	1,50	-76,26
Devoluciones de aportes pensionales	380	1,76	164	1,21	-56,84
Pago de salarios	225	1,04	76	0,56	-66,22
Sustitución pensional	245	1,14	61	0,45	-75,10
Otros	669	3,10	185	1,37	-72,35
Total	21.549	100,00	13.537	100,00	-37,18

Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo. *Solo 9 meses



4. Conclusiones

A pesar de que el modelo de aseguramiento de salud en Colombia es considerado como uno de los mejores de la región, aún presenta falencias en los siguientes aspectos: traslados entre EPS, asignación de afiliados en los procesos de liquidación adelantados por la Superintendencia Nacional de Salud y en la red de prestadores —que son deficientes—. Sin embargo, no se desconoce el esfuerzo del Gobierno nacional para lograr la cobertura universal de toda la población residente en Colombia, incluida la población migrante.

En materia de prestación de servicios, las deficiencias radican en la operatividad del sistema, traducidas en la falta de oportunidades, en la interrupción de tratamientos, en las barreras de tipo administrativo y en la negación de servicios, entre otros. Todo esto se ha agravado a raíz de la pandemia del COVID-19.

A lo anterior se suma la falta de talento humano especializado en las regiones debido, en gran parte, a la baja oferta de programas de especialización. Por estas razones, los pocos que logran adquirir un conocimiento superior se concentran en las grandes urbes por falta de incentivos que permitan su desplazamiento y permanencia, sobre todo en regiones denominadas como dispersas. Adicionalmente, se evidencia la diversidad en los procesos de contratación y vinculación laboral que no garantizan la continuidad en la prestación de servicios a la población.

La Corte Constitucional ha atendido aquellas vulneraciones sistemáticas a los usuarios emitiendo una jurisprudencia que refuerza y complementa las disposiciones de protección establecidas en las normas vigentes, y que son ignoradas de manera reiterativa por los actores de los sectores obligados a cumplirlas.

A raíz del COVID-19, muchas de las políticas públicas se vieron truncadas de manera radical, por lo que se ha observado un retroceso en aspectos como la implementación de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), así como en la implementación del Modelo de Atención Integral Territorial (MAITE) y en el acuerdo de punto final, entre otros.

El Programa PRASS (pruebas, rastreo y aislamiento selectivo y sostenible) —reglamentado a través del Decreto 1374 de octubre de 2020— pretendía identificar de manera oportuna los casos positivos y sospechosos de COVID-19, así como adoptar y aplicar las medidas que permitieran cortar la cadena de transmisión del virus SARS-CoV-2. No obstante, esta entidad considera que el programa fracasó, pues la respuesta de las entidades territoriales que estaban encargadas de su ejecución —las EAPB y las IPS— no mostraron interés en su cumplimiento. Eso ocasionó el aumento de contagios y, en consecuencia, una alta tasa de mortalidad en el país.

Respecto al Plan Nacional de Vacunación, la Defensoría del Pueblo evidenció la respuesta tardía del Gobierno nacional en la adquisición de las vacunas, si bien en este estudio (2020) no se reflejan aún su efectividad y sus resultados. Esa reacción tardía ocasionó un colapso en la red hospitalaria del país y un aumento significativo en los contagios y las muertes.

La acción de tutela continúa siendo el medio más eficaz y oportuno que tienen los ciudadanos para hacer valer sus derechos fundamentales ante las autoridades que los vulneran. A continuación, se relacionan los aspectos más importantes encontrados en el análisis sobre las solicitudes realizadas por los ciudadanos.

4.1 Tutelas en general

El año 2020 fue atípico por la pandemia de COVID-19. Esa situación ocasionó una disminución significativa en las acciones de tutela, en parte por el desconocimiento general sobre el método implementado por la rama de justicia para acudir a esta protección constitucional; otras de las causas de tal disminución fueron la poca o nula publicidad, el confinamiento y el miedo al contagio.

En 2020, a lo largo de 9 meses se registraron 290.531 acciones de tutela por presuntas violaciones a un derecho fundamental. El promedio mensual disminuyó en 37,55%.



El derecho de petición fue el más invocado en las acciones de tutela (42,41%), seguido del derecho a la salud (28,19%) y al debido proceso (12,68%).

Las cinco regiones con el mayor número de tutelas fueron Bogotá (19,4%), Antioquia (17,9%), Valle del Cauca (11,2%), Santander (5,4%) y Norte de Santander (4,6%). Sin embargo, al aplicar el indicador número de tutelas por cada 10.000 habitantes, Caquetá fue el departamento con el indicador más alto, seguido de Caldas, de Risaralda, de Quindío y de Norte de Santander.

En 1059 municipios (94,4%) se interpuso al menos una tutela por la violación de uno o más derechos fundamentales.

La Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas fue la entidad con el mayor número de tutelas en Colombia, con una participación del 8,15%. Le siguieron el Centro de Servicios Judiciales, los juzgados, las cortes y los tribunales (6,54%), las oficinas de tránsito y similares (5,98%), las alcaldías (5,54%) y Colpensiones (4,52%).

4.2 Tutelas en salud

Durante 2020, las tutelas que invocaron el derecho a la salud disminuyeron significativamente en el promedio mensual (47,34%), debido a la pandemia del COVID 19. Cuando cerraron los juzgados y a lo largo del periodo analizado (9 meses), la cifra de este tipo de tutelas fue superior a la disminución observada en todas las tutelas interpuestas en Colombia.

La participación del derecho a la salud pasó de 33,43% en 2019 a 28,19% en 2020. Esto indica que la pandemia y el miedo al contagio afectaron en mayor proporción a los usuarios de salud, especialmente a aquellos que más demandan servicios por sus comorbilidades.

En primera instancia las tutelas que invocaron el derecho a la salud presentaron el 73,86% de favorecimiento total de todos los derechos invocados; el 11,54% fueron hechos superado, y el 4,95% de concesión parcial. Esos porcentajes indican el alto nivel de pertinencia y procedencia de la acción de tutela para acceder al derecho fundamental de la salud.

Antioquia obtuvo el mayor número de tutelas en 2020 (18,63%), seguido por Valle del Cauca (12,2%), Bogotá (8,27%), Norte de Santander (7,32%) y Caldas (6,35%).

El indicador nacional número de tutelas en salud por cada 10.000 habitantes fue de 16,26, cifra inferior (en 61,27%) a la observada en 2019. En 13 departamentos este indicador fue superior al nacional. El departamento de Caldas presentó el indicador más alto, seguido de Risaralda, Norte de Santander, Arauca y Quindío.

En 935 municipios (83,3%) se interpuso al menos una tutela que invocaba el derecho a la salud.

Nueva EPS se constituyó como la entidad más demandada en 2020, con el 12,39%. La siguieron Medimás (12,34%), Coomeva (7,38%) y Savia salud (5,35%). Sin embargo, al aplicar el indicador número de tutelas por cada 10.000 afiliados, las aseguradoras con los indicadores más altos fueron Medimás, Coomeva, Comfaorient, Savia salud y Convida.

El 6,55% de las tutelas en salud se dirigieron contra los servicios de salud de los regímenes especiales (fuerzas militares y de policía, Magisterio y Ecopetrol).

Las tutelas contra entidades territoriales incrementaron su participación en 1,8%, específicamente contra las alcaldías distritales y municipales.

Las tutelas contra el Inpec, las penitenciarías y el Uspec para reclamar servicios de salud presentaron niveles similares a los de 2019; se observa una mayor cantidad de tutelas contra las penitenciarías ubicadas en los departamentos de Tolima, Meta y Bogotá.

Dentro del Sistema General de Riesgos Laborales, la ARL Positiva sigue siendo la entidad con el mayor número de acciones en salud, con una participación del 42,77%; la siguen Sura (19,59%) y seguros de vida Colpatria (9,97%).

En las tutelas en salud contra las administradoras de fondos de pensiones, Colpensiones fue la entidad más demandada (67,51%) seguida del fondo de pensiones Protección (18,08%) y del fondo de pensiones y cesantías Porvenir (10,73%).



En los nueve meses de 2020, hubo 152.011 solicitudes en las 81.899 tutelas que invocaron el derecho a la salud, un promedio de dos solicitudes por tutela.

Las especialidades por las que los usuarios de salud interpusieron más tutelas en 2020 corresponden a oncología, neurología, ortopedia, oftalmología y endocrinología.

Los diagnósticos más frecuentes fueron los tumores y neoplasias (16,38%), especialmente el de mama y el de próstata; siguieron las enfermedades del sistema circulatorio (10,29%), entre los que se destacan la hipertensión arterial, la insuficiencia cardíaca y los accidentes vasculares encefálicos; en último lugar están las enfermedades del aparato genitourinario (8,74%), como la insuficiencia renal crónica, la hiperplasia prostática y otros trastornos del sistema urinario.

Las solicitudes más frecuentes en las tutelas de 2020 fueron los servicios (61,98%), los medicamentos (17%) y los elementos que no son asistenciales —viáticos y cuidadores— (9,42%).

Los servicios en salud más solicitados durante 2020 fueron los de consulta externa (34,98%), los servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica (22,83%), los servicios quirúrgicos (19,81%) y el tratamiento integral (13,17%).

Los medicamentos más requeridos durante 2020 fueron el oxígeno, las insulinas, la atorvastatina, el rivaroxabán, apixaban, liraglutida, acetaminofén, timolol y tamsulosina, todos incluidos en el plan de beneficios en salud (PBS).

El 89,03% de las solicitudes en las tutelas de salud son por tecnologías de salud incluidas en el PBS.

4.3 Tutelas en seguridad social

Durante 2020, el derecho a la seguridad social fue el sexto más invocado en las tutelas; su participación dentro de estas fue del 4,96%. Este porcentaje representó un aumento en la participación en 1,43%.

En primera instancia, las tutelas que contenían el derecho fundamental a la seguridad social fueron favorables totalmente en el 47,51% de los casos, parcialmente, en el 3,43%, y hecho superado, en el 9,56%.

La ciudad de Bogotá (19,11%) fue la entidad territorial con el mayor número de tutelas, seguida de los departamentos de Antioquia (16,19%), Valle del Cauca (11,19%), Caldas (5,87%) y Risaralda (5,82%).

Colpensiones fue la entidad más demandada, con el 35,98% de las acciones. La siguieron el fondo de pensiones y cesantías Porvenir (5,25%), las Juntas de Calificación de invalidez (4,05%) y el fondo de pensiones Protección (3,94%).

Las solicitudes más frecuentes se presentaron por calificación de invalidez o valoración por pérdida de capacidad laboral (23,54%), por pago de honorarios a juntas de invalidez (10,98%) y por pago de mesadas pensionales (8,72%).



5. Recomendaciones

Como respuesta a la actuación deficiente de los actores del sistema de salud colombiano respecto a las recomendaciones realizadas por esta entidad en años anteriores —y que se reflejan en este estudio—, la Defensoría del Pueblo exhorta a que las entidades obligadas, que se mencionan a continuación, presenten un informe en el que se reflejen tanto los avances como las dificultades en el cumplimiento de cada una de ellas. De esta forma, se podrán solucionar las vulneraciones evidenciadas en las acciones de tutela y que de manera sistemática afectan el goce efectivo del derecho a la salud.

Al Ministerio de Salud y Protección Social:

- i. Garantizar el cumplimiento de las actividades de salud pública y de intervenciones colectivas con énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- ii. Implementar los modelos de atención en el marco de la política pública en salud, que debe tener un enfoque diferencial con base en las características regionales.
- iii. Revisar y ampliar el rango de las categorías establecidas para el pago de cuotas moderadoras y copagos según la capacidad de pago de los cotizantes, en virtud de los principios de equidad y progresividad.
- iv. Regular la oferta de los servicios en salud de los prestadores de servicios, de tal manera que se garantice la disponibilidad, accesibilidad y calidad en la atención de los servicios demandados.
- v. Operativizar la plataforma PAIWEB para que agilice las operaciones derivadas del Plan Nacional de Vacunación.
- vi. Diseñar, implementar y monitorear las políticas públicas que se requieran para resolver las causas de la falta de oportunidad e integralidad en el sistema de salud.
- vii. Actualizar el manual tarifario adoptado mediante el Decreto 2423 de 1996 e incluir las tarifas y procedimientos que no se encuentran en dicho documento.
- viii. Evaluar el cumplimiento de las EPS en el suministro de los medicamentos no incluidos en el plan de beneficios con la implementación de la estrategia de presupuestos máximos.
- ix. Garantizar la participación ciudadana en todos los procesos implementados tanto para la actualización del PBS como para el de exclusiones.



Al Ministerio de Salud y Protección Social y al Ministerio de Educación Nacional:

- i. Revisar de manera prioritaria la política de formación de talento humano en salud, y ampliar los cupos para la formación de especialistas teniendo en cuenta las necesidades del país.
- ii. Generar incentivos para el desarrollo del talento humano en salud, de tal manera que se garantice cobertura a nivel nacional.

A la Superintendencia Nacional de Salud:

- i. Investigar y sancionar a las EAPB que incumplan con las obligaciones legales de detección temprana de la enfermedad, así como con la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.
- ii. Investigar y sancionar a las EAPB que incumplan con la obligación de caracterizar a la población afiliada para la gestión efectiva del riesgo.
- iii. Investigar y sancionar a las EAPB que incumplan con las normas que determinan los tiempos de oportunidad para la prestación de los servicios en salud.
- iv. Adelantar las acciones a las que haya lugar contra las aseguradoras en salud que nieguen las tecnologías incluidas en el Plan de Beneficios en Salud.
- v. Continuar con el saneamiento de las deudas del sector salud y vigilar el cumplimiento de la Ley de Punto final.
- vi. Investigar a las IPS que nieguen los servicios habilitados, en especial el servicio de urgencias. Asimismo, revisar las prácticas que pongan en riesgo la atención en salud de la población más vulnerable.

A la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES):

- i. Asegurar el flujo de recursos para el reconocimiento y el pago de los servicios a cargo del Estado.
- ii. Hacer operativo el procedimiento para lograr el saneamiento de deudas en el marco de la ley de punto

final con premura y efectividad, y rendir cuentas permanentes sobre los avances.

- iii. Informar con transparencia para que las cifras sean conocidas por todos los interesados.

A las aseguradoras en salud:

- i. Garantizar el cumplimiento de las actividades de salud de carácter individual, es decir, las relacionadas con los programas de detección temprana, prevención de la enfermedad y promoción de la salud.
- ii. Garantizar las atenciones en salud contenidas en el PBS y no PBS, con disponibilidad, accesibilidad, calidad y aceptabilidad.
- iii. Asegurar la red de prestadores de servicios en salud en las entidades territoriales que cuentan con población afiliada, para garantizar condiciones de accesibilidad y calidad.
- iv. Cumplir con las obligaciones contractuales con la red de prestadores contratada para evitar la negación del acceso a los servicios.
- v. Hacer un seguimiento individualizado a las personas con enfermedades graves y de alto costo con problemas de atención en salud, de manera que se garantice la continuación los tratamientos y procedimientos.
- vi. Entregar de manera total y oportuna los medicamentos ordenados por los profesionales tratantes a cada uno de los afiliados.
- vii. Asegurar el trato digno y humano de los pacientes y sus familias.
- viii. Eliminar todo tipo de barreras de acceso (administrativas, geográficas y económicas) impuestas a los usuarios o a sus familiares.
- ix. Evitar el traslado injustificado de pacientes cuando las IPS ofertan los servicios requeridos por el paciente y garantizan una atención integral.
- x. Cumplir con la implementación de procesos y herramientas para el agendamiento estandarizado,



oportuno y confiable de citas, así como la autorización integral de servicios que garanticen la oportunidad en el acceso a los servicios y tecnologías en salud.

A los prestadores de servicios de salud:

- i. Garantizar la prestación de los servicios que tienen habilitados, en términos de calidad y oportunidad.
- ii. Fortalecer las redes de servicios especializados para la atención integral de los pacientes.
- iii. Implementar el trato adecuado y humanizado hacia los pacientes en salud.
- iv. Cumplir con la norma de infraestructura hospitalaria y sanitaria para la prestación adecuada de los servicios en salud.

Al Consejo Superior de la Judicatura:

- i. Crear un sistema de información que permita realizar la trazabilidad de los incidentes de desacato para garantizar el derecho tutelado.
- ii. Ordenar a los jueces de la república alimentar el sistema de información reportando los incidentes de desacato, el trámite y el resultado final.

A los jueces de la República:

- i. Hacer efectivas, adelantando las actuaciones a las que haya lugar, las órdenes judiciales impartidas en sus providencias y que hayan sido objeto de incidentes de desacato.

Al Ministerio de Trabajo:

- i. Revisar la política de talento humano del sector salud para implementar el trabajo digno y humanizado, así como la formalización laboral incluyente, justa y equitativa del personal al servicio del sector de la salud.
- ii. Establecer los tiempos para que las juntas regionales emitan el dictamen de calificación de incapacidad laboral.

A la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas (UARIV):

- i. Cumplir con las obligaciones derivadas en la Ley 1448 de 2011 y con los demás decretos reglamentarios, en relación con el pago de indemnizaciones a la población víctima del conflicto armado.
- ii. Dar respuestas de fondo, congruentes y con oportunidad a los derechos de petición presentados en virtud de sus funciones.

Al Inpec, a la Uspec y a la Fiduprevisora:

- i. Trabajar de manera articulada con el Sistema General de Seguridad Social en Salud y con los regímenes especiales para hacer operativo el modelo de salud previsto para las personas privadas de la libertad —establecido en la Ley 1709 de 2014—, de manera que se garantice a toda la población la prestación de los servicios de salud de manera digna, continua y oportuna.



Referencias

Acero Rodríguez, P. D. (s. f.). *Salud mental en profesionales de la salud, y riesgo de suicidio, en el marco de la pandemia COVID-19*. Colegio Colombiano de Psicólogos. <https://scp.com.co/wp-content/uploads/2020/06/SALUD-MENTAL-SECTOR-SALUD-FINAL.pdf>

Agencia Snic. (2020, 30 de diciembre). *Cómo afecta la infección a los más pequeños*. ABC. https://www.abc.es/salud/enfermedades/abci-como-afecta-infeccion-mas-pequenos-202012301057_noticia.html

Arciniegas, Y. (2021, 23 de marzo). *La OMS denuncia desigualdad «grotesca» en la distribución de vacunas*. France 24. <https://www.france24.com/es/europa/20210322-covid19-pandemia-coronavirus-oms>

Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral. (2020, octubre). *Conozca los comentarios y la carta enviada por ACEMI*. <https://www.acemi.org.co/index.php/noticias-destacadas/conozca-los-comentarios-y-la-carta-enviada-por-acemi>

Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas. (2020a, 25 de marzo). *Pagos, auditoría y tarifas, las mayores dificultades en la relación de EPS e IPS en 2020* [primer estudio de percepción de prácticas indebidas de las EPS]. <https://achc.org.co/pagos-auditoria-y-tarifas-las-mayores-dificultades-en-la-relacion-de-EPS-e-ips-en-2020/>

Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas. (2020b, 9 de septiembre). *Hospitales y Clínicas piden al Gobierno nacional ordenar obligatoriedad de mecanismos de Acuerdo de Punto Final*. <https://achc.org.co/tag/acuerdo-de-punto-final/>

Asofondos. (2021, 22 de abril). *Aborro pensional creció hasta \$317,9 billones, pese a un mal marzo*. <https://asofondos.org.co/comunicados/aborro-pensional-crecio-hasta-3179-billones-pese-a-un-mal-marzo/>

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2021a, 20 de septiembre). *Información importante acerca de las variantes*. United States Department of Health and Human Services. Consultado el 2 de abril de 2021 en

<https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/transmission/variant.html>

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2021b, 4 de octubre). *Clasificaciones y definiciones de las variantes del SARS-CoV-2*. United States Department of Health and Human Services. Consultado el 27 de abril de 2021 en <https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/cases-updates/variant-surveillance/variant-info.html>

CNN. (2020, 25 de diciembre). *Cronología del coronavirus: del primer caso reportado al desarrollo de vacunas en 12 meses*. <https://cnnespanol.cnn.com/2020/12/25/cronologia-del-coronavirus-del-primer-caso-reportado-al-desarrollo-de-vacunas-en-12-meses/>

Colpensiones. (2021, 28 de febrero). *Informe de peticiones, quejas, reclamos, denuncias y solicitudes de acceso a la información*. Gobierno de Colombia. https://web.archive.org/web/20210228214958/https://www.colpensiones.gov.co/Documentos/informe_de_peticiones_quejas_reclamos_denuncias_y_solicitudes_de_acceso_a_la_informacion

Consejo Internacional de Enfermeras. (2021, 13 de enero). *El efecto de la COVID-19: Las enfermeras del mundo se enfrentan a trauma colectivo, un peligro inmediato para la profesión y el futuro de nuestros sistemas de salud*. <https://www.icn.ch/es/noticias/el-efecto-de-la-covid-19-las-enfermeras-del-mundo-se-enfrentan-trauma-colectivo-un-peligro>

Consejo Superior de la Judicatura. (s. f.). *Medidas transitorias para presentar tutelas y hábeas corpus por correo electrónico*. Rama Judicial. <https://www.ramajudicial.gov.co/web/medidas-covid19/medidas-transitorias-para-presentar-tutelas-y-habeas-corpus-por-correo-electronico>

Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2021a). *Información II trimestre 2021pr, acumulado 2020pr y año corrido 2021pr* [base de datos]. Presidencia de la República de Colombia. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/nacimientos-y-defunciones>



Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2021b, agosto). *Encuesta Pulso Social*. Gobierno de Colombia. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/encuesta-pulso-social>

Dutheil, F., Aubert, C., Pereira, B., Dambrun, M., Moustafa, F., Mermillod, M., Baker, J., Trousselard, M., Lesage, F. & Navel, V. (2019). *Suicide among physicians and health-care workers: A systematic review and meta-analysis*. PLoS ONE, 14(12), artículo e0226361. <https://doi.org/ggf9wp>

EURORDIS. (2020, noviembre). *How has COVID-19 impacted people with rare diseases?* https://download2.eurordis.org/rbv/covid19survey/covid_infographics_final.pdf

Federación Médica Colombiana. (2020, 28 de septiembre). *Carta al Congreso de la República*. <https://web.archive.org/web/20210502035700/https://federacionmedicacolombiana.com/wp-content/uploads/2020/12/Carta-radicada-al-congreso-de-la-republica-PL010-FMC.pdf>

Fundación Universitaria San Martín. (2020, 21 de mayo). *Informe revela el impacto que ha generado la cuarentena en la salud mental de los adultos mayores* [comunicado de prensa 6]. <https://www.sanmartin.edu.co/1/noticias/informe-revela-impacto-ha-generado-la-cuarentena-en-la-salud-mental-los-adultos-mayores/>

Galindo, F. (2020, 2 de noviembre). *Otro engaño a la salud de los colombianos* [columna de opinión]. El Espectador. <https://www.elespectador.com/opinion/columnistas/fernando-galindo-g/otro-engano-a-la-salud-de-los-colombianos-column/>

Giraldo, J. C. (2020, 18 de diciembre). *El COVID-19 en pocas palabras*. <https://web.archive.org/web/20210116123911/https://consultorsalud.com/covid-19-en-pocas-palabras/>

Guzmán, J. P. & Tamayo, A. (2020, 6 de agosto). *Ansiedad y depresión, 'verdugos' de los jóvenes en la pandemia*. <https://www.javeriana.edu.co/pesquisa/ansiedad-y-depresion-verdugos-de-los-jovenes-durante-la-pandemia/>

Infobae. (2021, 8 de febrero). *Coronavirus: Cruz Roja lanzó un plan para ayudar a vacunar a 500 millones de personas en todo el mundo*. <https://www.infobae.com/coronavirus/2021/02/08/coronavirus-cruz-roja-lanzo-un-plan-para-ayudar-a-vacunar-a-500-millones-de-personas-en-todo-el-mundo/>

Instituto Nacional de Salud. (2021, 18 de enero). *Boletín 62* [valores separados por comas]. Ministerio de Salud y Protección Social. <https://www.ins.gov.co/BoletinesCasosCOVID19Colombia/2021-01-18.rar>

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos. (2019, 8 de agosto). *Diferencia entre alimento y suplementos dietarios*. Ministerio de Salud y Protección Social. <https://www.invima.gov.co/diferencia-entre-alimento-y-suplemento-dietario>

López Casas, J. G. (2020, 18 de septiembre). *El acuerdo de punto final*. <https://web.archive.org/web/20210305102157/https://consultorsalud.com/el-acuerdo-de-punto-final/>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2011, 6 de noviembre). *Colombia continúa su lucha contra la malaria*. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-continua-su-lucha-contra-la-malaria.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013, 19 de septiembre). *Enfermedades huérfanas*. Gobierno de Colombia. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INTOR/definicion-enfermedadeshuerfanas.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014, noviembre). *Todo lo que usted debe saber sobre el Plan de Beneficios - POS*. Gobierno de Colombia. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/RBC/todo-lo-que-usted-debe-saber-sobre-el-plan-de-beneficios.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2020a, 13 de noviembre). *Desde la salud también hay protección financiera para los colombianos* [boletín de prensa 923 de 2020]. Gobierno de Colombia. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Desde-la-salud-tambien-hay-proteccion-financiera-para-los-colombianos.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2020b, 27 de enero). *Circular 010 de 2020*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/MET/circular-10-de-2020.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2020c, septiembre). *Lineamientos del plan estratégico de intensificación de la vacunación en Colombia. Septiembre - diciembre 2020*. Gobierno de Colombia. <https://www.minsalud.gov.co/sites/>



rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS./PP/ET/lineamiento-plan-estrategico-intensificacion-vacunacion-col-092020.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2020d, 3 de julio). *Plan de acción para la prestación de servicios de salud durante las etapas de contención y mitigación de la pandemia por SARS-CoV-2 (COVID-19)*. Gobierno de Colombia. <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/PSSS01.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2020e, 27 de octubre). [informe del Sistema de Evaluación de Gestión y Resultados (SINERGIA)]. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/OCI/anexo-informe-Isemestre-sinergia.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2020f, 19 de febrero). *Minsalud fija presupuestos máximos para profundizar la garantía al derecho a la salud de los colombianos* [boletín de prensa 027 de 2020]. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Minsalud-fija-Presupuestos-Maximos-para-profundizar-la-garant%C3%ADa-al-derecho-a-la-salud-de-los-colombianos.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2020g, 5 de junio). *Nuevas medidas para flujo de recursos en el sector salud y afiliados* [boletín de prensa 331 de 2020]. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Nuevas-medidas-para-flujo-de-recursos-en-el-sector-salud-y-afiliados.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2020h, 19 de octubre). *Detecte el cáncer de mama a tiempo* [boletín de prensa 842 de 2020]. Gobierno de Colombia. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Detecte-el-cancer-de-mama-a-tiempo.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2020i, 16 de mayo). *Más de un billón de pesos para la salud mental* [boletín de prensa 263 de 2020]. Gobierno de Colombia. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Mas-de-un-billon-de-pesos-para-la-salud-mental.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2020j, 10 de octubre). *Minsalud ratifica su compromiso con la salud mental de los colombianos*. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Minsalud-ratifica-su-compromiso-con-la-salud-mental-de-los-colombianos.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2020k, 30 de marzo). *Lineamientos generales para el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) en el contexto de la pandemia de COVID-19*. Gobierno de Colombia. <https://www.fondoriesgoslaborales.gov.co/wp-content/uploads/2020/04/GIPS15-programa-inmunizaciones.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2021a, 26 de marzo). *Minsalud revisó avances del Plan de vacunación y planteó retos* [comunicado de prensa 408 de 2021]. Gobierno de Colombia. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Minsalud-reviso-avances-del-Plan-de-vacunacion-y-planteo-retos.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2021b, septiembre). *Cifras de aseguramiento en salud* [base de datos]. Gobierno de Colombia. Consultado el 18 de octubre de 2021 en <https://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/Paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2021c, marzo). *Informe de gestión 2020*. Gobierno de Colombia. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/informe-gestion-msps-2020.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2021d, 12 de octubre). *Minsalud, comprometido con la salud mental de los colombianos* [boletín de prensa 1033 de 2021]. Gobierno de Colombia. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Minsalud-comprometido-con-la-salud-mental-de-los-colombianos.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (s. f.). *Salud para la paz*. <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/internacional/Paginas/salud-para-la-paz.aspx>

Modelo mejorado de salud para el magisterio. (s. f.). https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-85247_archivo_pdf.pdf

Monsalve, M. M. (2021, 23 de febrero). *Lo que se sabe de salud mental y coronavirus tras un año de pandemia*. El Espectador. <https://www.elespectador.com/noticias/salud/lo-que-se-sabe-de-salud-mental-y-coronavirus-tras-un-ano-de-pandemia/>

Observatorio Interinstitucional de Cáncer de Adultos. (2020). *6.º Estudio Nacional de Barreras de Acceso en Cáncer*. https://oicasocializa.com/images/pdf/Presentacion_Socializacion_6to_Estudio_de_Barreras_de_Acceso.pdf



Observatorio Nacional de Cáncer. (2021, 4 de febrero). *Boletín N.º 02 Día mundial del cáncer. Ministerio de Salud y Protección Social*. https://www.sispro.gov.co/observatorios/oncancer/Paginas/onc_boletin_02_cancer.aspx

Ochoa, A. (2020, diciembre). *Al Hospital Contigo: una herramienta durante la pandemia ¿Cómo va el desempeño global de los hospitales públicos en Colombia?* El Pulso. Periódico para el sector de la salud (267). http://www.periodicoelpulso.com/2020_diciembre/generales-8.php

OnCuba News. (2021, 27 de enero). *OMS advierte que 10 países concentran el 75% de las vacunas contra la COVID-19*. <https://oncubanews.com/coronavirus/oms-advierde-que-10-paises-concentran-el-75-de-las-vacunas-contra-la-covid-19/>

Opinión & Salud. (s. f.). *El sistema de salud a un año de iniciada la pandemia*. <https://www.opinionysalud.com/2021/03/19/el-sistema-de-salud-a-un-ano-de-iniciada-la-pandemia/>

Organización de las Naciones Unidas. (2020, 12 de febrero). *Colombia avanza en la eliminación de la malaria*. <https://nacionesunidas.org.co/noticias/colombia-avanza-en-la-eliminacion-de-la-malaria/>

Organización de las Naciones Unidas. (2020, mayo). *Informe de políticas: Los efectos de la COVID-19 en las personas de edad*. https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/old_persons_spanish.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2018, 30 de marzo). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. Organización de las Naciones Unidas*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Organización Mundial de la Salud. (2020, 31 de agosto). *Evaluación rápida de la continuidad de los servicios de salud esenciales durante la pandemia de COVID-19. Organización de las Naciones Unidas*. <https://www.who.int/es/news/item/31-08-2020-in-who-global-pulse-survey-90-of-countries-report-disruptions-to-essential-health-services-since-covid-19-pandemic>

Organización Panamericana de la Salud. (s. f.). *Financiación de la atención de la salud. Organización Mundial de la Salud*. <https://www.paho.org/es/temas/financiacion-atencion-salud>

Our World in Data. (2021). *Our World in Data is now tracking Coronavirus (COVID-19) vaccinations across the world* [base de datos]. <https://ourworldindata.org/covid-vaccination-dataset>

Peña, G. M. (s. f.). *Pandemia por Covid-19 confirma fracaso de la gestión del riesgo en salud por parte de las EPS y del Estado. Opinión & Salud*. <https://www.opinionysalud.com/2021/03/12/pandemia-por-covid-19-confirma-fracaso-de-la-gestion-del-riesgo-en-salud-por-parte-de-las-EPS-y-del-estado>

Personería de Medellín. (2020, 30 de noviembre). *Incumplimiento en la entrega de medicamentos; otra de las fallas de las EPS en Medellín*. <http://www.personeriamedellin.gov.co/index.php/historico-de-boletines/381-incumplimiento-en-la-entrega-de-medicamentos-otra-de-las-fallas-de-las-EPS-en-medellin>

Pinilla, A. C. (2020, 11 de noviembre). *Sistema de salud en el Caquetá en los tiempos del covid-19. Periódico virtual Amazonia y Paz*. <https://www.uniamazonia.edu.co/amazoniaypaz/sistema-de-salud-en-el-caqueta-en-los-tiempos-del-covid-19/>

Porque Quiero Estar Bien. (s. f.). *¿Por qué los expertos consideran que la salud mental es la otra pandemia detrás del covid-19?* <https://porquequieroestarbien.com/articulos/por-que-los-expertos-consideran-que-la-salud-mental-es-la-otra-pandemia-detras-del-covid>

Rendón, L. M. (2010). *El régimen de seguridad social de los docentes de educación básica y media vocacional según el principio de inescindibilidad*. Revista CES Derecho, 1(1), 6-24. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4863622>

Revista Semana. (2021, 21 de enero). *¿Reflejo de la desigualdad? Así va la vacunación contra el coronavirus en el mundo*. <https://www.semana.com/mundo/articulo/reflejo-de-la-desigualdad-asi-va-la-vacunacion-contra-el-coronavirus-en-el-mundo/202133/>

Sanabria-Mazo, J. P., Riaño-Lara, V., Rojas Gómez, J. S., Carmona, M., Méndez Ulrich, J. L., Feliu-Soler, A., Mateo Canedo, C., Selva Olid, C., Muro, A. & Sanz, A. (2020, agosto). *Comportamiento social de la población colombiana durante la pandemia del COVID-19*. <https://doi.org/g293>

Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. (2020, 28 de diciembre). *Los casos de niños con COVID-19*



han subido del 1% al 12% del total en la segunda ola, pero su evolución es buena. <https://www.separ.es/node/2042>

Superintendencia Nacional de Salud. (2020, 16 de mayo). *La EPS Medimás dejará de operar en 8 departamentos: Supersalud* [comunicado de prensa 053 de 2020]. Ministerio de Salud y Protección Social. <https://www.supersalud.gov.co/es-co/Noticias/listanoticias/la-EPS-medimas-dejara-de-operar-en-8-departamentos-supersalud>

Superintendencia Nacional de Salud. (2020a, 26 de agosto). *La brecha en cartera entre IPS y EPS está en \$2,8 billones* [comunicado de prensa número 123 de 2020]. Ministerio de Salud y Protección Social. <https://www.supersalud.gov.co/es-co/Noticias/listanoticias/la-brecha-en-cartera-entre-IPS-y-EPS-esta-en-2-punto-8-billones>

Superintendencia Nacional de Salud. (2020b, 06 de noviembre). *Supersalud ordena intervención forzosa para liquidar al Programa de Salud de Comfacundi* [comunicado de prensa 163 de 2020]. Ministerio de Salud y Protección Social. <https://www.supersalud.gov.co/es-co/Noticias/listanoticias/supersalud-ordena-intervencion-forzosa-para-liquidar-al-programa-de-salud-de-comfacundi>

Superintendencia Nacional de Salud. (2020c, 11 de noviembre). *Supersalud ordena liquidación del Programa de Salud de Comfamiliar Cartagena y Bolívar* [página actualmente en blanco]. Ministerio de Salud y Protección Social. <https://wcmportal.supersalud.gov.co/portalweb/Comunicaciones/Lists/Noticias/Noticia.aspx?ID=1342>

Superintendencia Nacional de Salud. (2020d, 13 de noviembre). *Supersalud revoca funcionamiento de EPS Medimás en 4 departamentos* [comunicado de prensa 170 de 2020]. Ministerio de Salud y Protección Social. <https://www.supersalud.gov.co/es-co/Noticias/listanoticias/supersalud-revoca-funcionamiento-de-EPS-medimas-en-4-departamentos>

Superintendencia Nacional de Salud. (2020e, 19 de noviembre). *Supersalud sanciona a la EPS Coomeva con tres*

multas por más de \$2.500 millones [comunicado de prensa 172 de 2020]. <https://www.supersalud.gov.co/es-co/Noticias/listanoticias/supersalud-sanciona-a-la-EPS-coomeva-con-tres-multas-por-mas-de-2-mil-500-millones>

Superintendencia Nacional de Salud. (s. f.). *Informe de gestión 2020*. Ministerio de Salud y Protección Social. <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/planeacion/InformesGestion/GG-62.pdf>

Torres Vega, A. (2020, 24 de diciembre). *El año 2020... una vorágine de sentimientos para el talento humano en salud de Colombia y el mundo*. <https://web.archive.org/web/20201224130231/https://consultorsalud.com/el-2020-voragine-talento-humano-en-salud/>

Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas. (s. f.). *Informe de rendición de cuentas 2020*. Departamento de la Prosperidad Social. <https://www.unidadvictimas.gov.co/es/informe-rendicion-de-cuentas-2020/64788>

Universidad Autónoma de Barcelona. (2020, 3 de junio). *La UAB lidera un estudio transnacional sobre salud mental durante la pandemia*. <https://web.archive.org/web/20200719004227/https://www.uab.cat/web/sala-de-prensa/detalle-noticia/la-uab-lidera-un-estudio-transnacional-sobre-salud-mental-durante-la-pandemia-1345667994339.html?noticiaid=1345815624155>

Varatharaj, A. (2020). *Neurological and neuropsychiatric complications of COVID-19 in 153 patients: a UK-wide surveillance study*. *The Lancet*, 7(10), 875-882. <https://doi.org/gg4mqm>

Vivas, M. A. (2021, 24 de febrero). *58.032 personas padecen enfermedades huérfanas en Colombia*. <https://web.archive.org/web/20210227103424/https://consultorsalud.com/58-032-personas-padecen-enfermedades-huerfanas/>



Jurisprudencia citada

- Acuerdo 260 de 2004, art 7.
- Congreso de la República, Ley 1755 de 2015.
- Corte Constitucional de Colombia, Sentencia C-163 de 2019.
- Corte Constitucional, Sentencia C-038 de 2020.
- Corte Constitucional, Sentencia C-313 de 2014.
- Corte Constitucional, Sentencia C-327 de 2016.
- Corte Constitucional, Sentencia SU-074 de 2020.
- Corte Constitucional, Sentencia SU-580 de 2020.
- Corte Constitucional, Sentencia SU-677 de 2017.
- Corte Constitucional, Sentencia T-003 de 2020.
- Corte Constitucional, Sentencia T-012 de 2020.
- Corte Constitucional, Sentencia T-013 de 2020.
- Corte Constitucional, Sentencia T-014 de 2017.
- Corte Constitucional, Sentencia T-056 de 2017.
- Corte Constitucional, Sentencia T-069 de 2018.
- Corte Constitucional, Sentencia T-074 de 2019.
- Corte Constitucional, Sentencia T-079 de 2016.
- Corte Constitucional, Sentencia T-092 de 2018.
- Corte Constitucional, Sentencia T-1198 de 2003.
- Corte Constitucional, Sentencia T-197 de 2019.
- Corte Constitucional, Sentencia T-200 de 2017.
- Corte Constitucional, Sentencia T-222 de 2018.
- Corte Constitucional, Sentencia T-228 de 2020.
- Corte Constitucional, Sentencia T-245 de 2020.
- Corte Constitucional, Sentencia T-259 de 2019.
- Corte Constitucional, Sentencia T-274 de 2020.
- Corte Constitucional, Sentencia T-275 de 2020.
- Corte Constitucional, Sentencia T-298 de 2019.
- Corte Constitucional, Sentencia T-313 de 2017.
- Corte Constitucional, Sentencia T-314 de 2017.
- Corte Constitucional, Sentencia T-348 de 2018.
- Corte Constitucional, Sentencia T-364 de 2019.
- Corte Constitucional, Sentencia T-413 de 2020.
- Corte Constitucional, Sentencia T-423 de 2019.
- Corte Constitucional, Sentencia T-452 de 2019.
- Corte Constitucional, Sentencia T-475 de 2020.
- Corte Constitucional, Sentencia T-481 de 2016.
- Corte Constitucional, Sentencia T-491 de 2018.
- Corte Constitucional, Sentencia T-512 de 2020.
- Corte Constitucional, Sentencia T-513 de 2020.
- Corte Constitucional, Sentencia T-523 de 2020.
- Corte Constitucional, Sentencia T-529 de 2020.
- Corte Constitucional, Sentencia T-573 de 2005.
- Corte Constitucional, Sentencia T-591 de 2009.
- Corte Constitucional, Sentencia T-603 de 2010.
- Corte Constitucional, Sentencia T-679 de 2013.
- Corte Constitucional, Sentencia T-732 de 2009.
- Corte Constitucional, Sentencia T-745 de 2014.
- Corte Constitucional, Sentencias T-210 de 2018.
- Corte Constitucional, Sentencias T-760 de 2008.
- Corte Constitucional, T-124 de 2016.
- Corte Constitucional, T-171 de 2015.
- Corte Constitucional, T-454 de 2008.
- Corte Constitucional, T-745 de 2013.
- Decreto 1072 de 2015.
- Decreto 1513 de 1998.
- Decreto 816 de 2002.
- Decreto 876 de 1998.
- Ley 100 de 1993.
- Ley 1306 de 2009.
- Ley 1388 de 2010.
- Ley 1392 de 2010.
- Ley 1412 de 2010.
- Ley 1438 de 2011.
- Ley 1448 de 2011.
- Ley 1618 de 2013.
- Ley 1953 de 2019.
- Ley 972 de 2005.
- Ministerio de Justicia y del Derecho, Decreto Legislativo 491 de 2020.
- Minsalud, Acuerdo 029 de 2011.
- Minsalud, Circular 052 de 2020.
- Minsalud, Decreto 521 de 2020.
- Minsalud, Resolución 089 de 2019.
- Minsalud, Resolución 1128 de 2020.
- Minsalud, Resolución 244 de 2019.
- Minsalud, Resolución 2503 de 2020.
- Minsalud, Resolución 2565 de 2007.
- Minsalud, Resolución 3100 de 2019.
- Minsalud, Resolución 312 de 2019.
- Minsalud, Resolución 3513 de 2019.
- Minsalud, Resolución 3974 de 2009.
- Minsalud, Resolución 412 de 2000.
- Minsalud, Resolución 429 de 2016.
- Minsalud, Resolución 4886 de 2018.
- Minsalud, Resolución 4888 de 2018.
- Minsalud, Resolución 521 de 2020.
- Minsalud, Resolución 5265 de 2018.
- Minsalud, Resolución 5521 de 2013.
- Minsalud, Resolución 586 de 2021.
- Minsalud, Resolución 6408 de 2016.
- Minsalud, Resolución 769 de 2008.
- Minsalud, Resoluciones 205 y 206 de 2020.
- Resolución 5261 de 1994.
- Superintendencia Nacional de Salud, Resolución 12645 de 2020.
- Superintendencia Nacional de Salud, Resolución 12754 de 2020.
- Superintendencia Nacional de Salud, Resolución 128777 de 2020.
- Superintendencia Nacional de Salud, Resolución 237 de 2020.
- Superintendencia Nacional de Salud, Resolución 2379 de 2020.
- Supersalud, Resolución 1214 de 2021.



Anexos

Anexo A. Ficha para recolección de información de tutelas en salud

 DEFENSORÍA DEL PUEBLO Derechos humanos, para vivir en paz	
FICHA PARA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN DE TUTELAS EN SALUD	
1. Expediente Número: _____	
2. Ciudad: _____	
3. Departamento: _____	
4. Recibo en Corte Constitucional: _____	
5. Juez de primera instancia: _____	
6. Juez de segunda instancia: _____	
7. Demandante: _____	
8. Demandado: _____	
9. Derechos invocados: _____	
10. Decisión en primera instancia: _____	
11. Decisión en segunda instancia: _____	
Régimen al que pertenece el demandante: _____	
Edad: _____	
HECHOS	
Diagnóstico: _____	
Nombre de exámenes diagnósticos: _____	
Nombre de medicamentos: _____	
Nombre de procedimientos quirúrgicos: _____	
Nombre de tratamientos: _____	
Nombre de prótesis, órtesis e insumos: _____	
Nombre de procedimientos diagnósticos: _____	
Nombre de citas médicas: _____	
Nombre de alimentos nutricionales: _____	
Exclusiones: _____	
Descripción de otras solicitudes: _____	
Resumen de fallo en primera instancia: _____	

Resumen de fallo en segunda instancia: _____	

Observaciones: _____	
Magistrado: _____	
Diligenciado por: _____ Fecha: _____	



Anexo B. Ficha para recolección de información de tutelas en seguridad social

 DEFENSORÍA DEL PUEBLO Derechos humanos, para vivir en paz	
FICHA PARA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN DE TUTELAS EN SEGURIDAD SOCIAL	
1. Expediente Número:	
2. Ciudad:	
3. Departamento:	
4. Recibo en Corte Constitucional:	
5. Juez de primera instancia:	
6. Juez de segunda instancia:	
7. Demandante:	
8. Demandado:	
9. Derechos invocados:	
10. Decisión en primera instancia:	
11. Decisión en segunda instancia:	
Régimen al que pertenece el demandante: _____	
Edad: _____	
HECHOS	
Diagnóstico: _____	
DESCRIPCIÓN DE LAS SOLICITUDES	

Resumen de fallo en primera instancia: _____	

Resumen de fallo en segunda instancia:	

15. Observaciones	

Magistrado: _____	
Diligenciado por: _____ Fecha: _____	

Anexo C. Diagnósticos y bloques establecidos en la Estadística Internacional de Enfermedades (CIE 10)

Capítulo	Bloque de códigos	Descripción
I	A00 - B99	Enfermedades infecciosas y parasitarias.
II	C00 - D48	Tumores [neoplasias].
III	D50 - D89	Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad.
IV	E00 - E90	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas.
V	F00 - F99	Trastornos mentales y del comportamiento.
VI	G00 - G99	Enfermedades del sistema nervioso.
VII	H00 - H59	Enfermedades del ojo y sus anexos.
VIII	H60 - H95	Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides.
IX	I00 - I99	Enfermedades del sistema circulatorio.
X	J00 - J99	Enfermedades del sistema respiratorio.
XI	K00 - K93	Enfermedades del sistema digestivo.
XII	L00 - L99	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo.
XIII	M00 - M99	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo.
XIV	N00 - N99	Enfermedades del sistema genitourinario.
XV	O00 - O99	Embarazo, parto y puerperio.
XVI	P00 - P96	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal.
XVII	Q00 - Q99	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas.
XVIII	R00 - R99	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte.
XIX	S00 - T98	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas.
XX	V01 - Y98	Causas externas de morbilidad y de mortalidad.
XXI	Z00 - Z99	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud.
XXII	U00 - U99	Códigos para situaciones especiales.

Anexo D. Clasificación de los servicios y tecnologías de salud

1	Servicios
11	Grupo de atención inmediata
111	Atención prehospitalaria
1111	Atención prehospitalaria
112	Urgencias
1121	Consulta médica
1122	Observación
113	Transporte asistencial
1131	Traslado aéreo
1132	Traslado terrestre

1	Servicios
12	Consulta externa
121	Consulta externa general
1211	Consulta médica
1212	Consulta odontológica
1213	Consulta nutricional
1214	Consulta de psicología
1215	Consulta de trabajo social
1216	Consulta de optometría
1217	Atención domiciliar médica



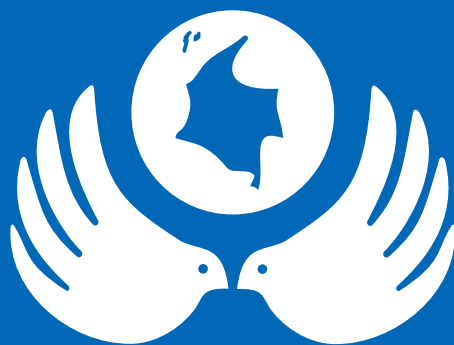
1	Servicios
1218	Atención domiciliaria no médica
1219	Junta médica
122	Consulta externa especializada
1221	Consulta médica especializada
1222	Consulta odontológica especializada
1223	Consulta nutricional especializada
1224	Consulta de psicología especializada
1225	Atención domiciliaria médica especializada
1226	Atención domiciliaria no médica especializada
1227	Junta médica especializada
123	Seguridad y salud en el trabajo
1231	Consulta médica de seguridad y salud en el trabajo
1232	Junta médica de seguridad y salud en el trabajo
124	Vacunación
1241	Vacunación
13	Internación
131	Hospitalización
1311	Internación general
1312	Internación en salud mental
132	Hospitalización paciente crónico
1321	Internación de paciente crónico
133	Hospitalización domiciliaria
1331	Internación en casa
134	Unidad de cuidados intensivos
1341	Unidad de cuidados intensivos
135	Unidad de cuidados intermedios
1351	Unidad de cuidados intermedios
14	Quirúrgico
141	Cirugías
1411	Procedimientos quirúrgicos
1412	Procedimientos endoscópicos
1413	Remplazos articulares

1	Servicios
1414	Trasplante
15	Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica
151	Terapia
1511	Terapia física
1512	Terapia ocupacional
1513	Terapia del lenguaje
1514	Otras terapias
1515	Terapia respiratoria
1516	Terapias con equipos multidisciplinarios
152	Laboratorio clínico
1521	Procedimientos diagnósticos
153	Laboratorio de citologías cervicouterinas
1531	Laboratorio de citologías cervicouterinas
154	Laboratorio de histotecnología
1541	Laboratorio de histotecnología
155	Patología
1551	Patología
156	Gestión pretransfusional
1591	Gestión pretransfusional
157	Imágenes diagnósticas
1571	Técnicas radiaciones ionizantes
1572	Técnicas radiaciones no ionizantes
158	Medicina nuclear
1581	Medicina nuclear
159	Otros procedimientos diagnósticos y terapéuticos
1591	Otros procedimientos diagnósticos y terapéuticos
1592	Diagnóstico vascular
16	Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica de alto costo
161	Hemodinamia e intervencionismo
1611	Hemodinamia
1612	Intervencionismo
162	Diálisis



1	Servicios
1621	Diálisis
163	Radioterapia
1631	Quimio y radioterapia para cáncer
164	Quimioterapia
1641	Quimio y radioterapia para cáncer
18	Tratamiento integral
181	Tratamiento integral
1811	Tratamiento integral
2	Medicamentos y fitoterapéuticos
21	Medicamentos
211	Síntesis química
212	Síntesis biológica
213	Homeopáticos
214	Fórmulas magistrales
22	Fito terapéuticos
221	Fito terapéuticos
3	Alimentos, bebidas y suplementos dietarios
31	Suplementos dietarios
311	Fórmulas lácteas
312	Otros suplementos dietarios
32	Alimentos
321	Aceites [vegetales, animales, minerales]
322	Otros alimentos
33	Bebidas
331	Bebidas
4	Cosméticos y productos de aseo
41	Cosméticos
411	Champú y lociones capilares
412	Crema antipañalitis
413	Cremas y lociones humectantes
414	Jabones cosméticos
42	Productos de aseo

1	Servicios
421	Pañales
422	Pañitos húmedos
423	Geles antibacteriales
424	Desodorantes
425	Otros productos de aseo
5	Dispositivos e insumos
51	Dispositivos médico-quirúrgicos
511	Prótesis y órtesis
52	Insumos
521	Insumos domiciliarios [camas, atriles, barandas, etc.]
522	Insumos hospitalarios [suturas, materiales, etc.]
6	Aseguramiento en salud
61	Aseguramiento en salud
611	Aseguramiento en salud
6111	Afiliación
6112	Traslados EPS
6113	Traslados IPS
6114	Copagos y reembolsos
6115	Incapacidades y licencias de maternidad
7	OTROS
71	Otros
712	Otros
8	Elementos que no son asistenciales, pero se tutelan
87	Elementos que no son asistenciales, pero se tutelan
871	Transporte no asistencial
8711	Traslado no asistencial - viáticos
872	Alojamiento
8721	Hospedaje y albergue - viáticos
873	Cuidador
8731	Cuidador



Defensoría del Pueblo

C O L O M B I A

Defensoría del Pueblo
Cra. 9 # 52 a 55
Bogotá D.C., Colombia
Tel. 57+1 314 4000
57+1 314 7300
www.defensoria.gov.co
info@defensoria.gov.co

#NosUnenTusDerechos