



INFORME ORDEN TRIGÉSIMA - SENTENCIA T 760 DE 2008

Tabla de contenido

CONTENIDO DE TABLAS	3
CONTENIDO DE GRÁFICOS	4
1 CONSIDERACIONES GENERALES	5
2 COMPORTAMIENTO DE LAS ACCIONES DE TUTELA SEGÚN LA MEDICIÓN EFECTUADA EN EL MARCO DE LA ORDEN TRIGÉSIMA DE LA SENTENCIA T 760 DE 2008	6
3 METODOLOGÍA IMPLEMENTADA PARA LA SELECCIÓN DE LA MUESTRA.....	9
3.1 Diseño de la muestra	20
4 CARACTERIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN RECAUDADA DE LOS EXPEDIENTES DE TUTELA.....	21
4.1 Jurisdicción territorial donde residen los accionantes	21
4.2 Forma de representación en las acciones de tutela.....	23
4.3 Distribución de las acciones de tutela por rango de edad y género de los accionantes	24
4.4 Distribución de las acciones de tutela por régimen de afiliación	25
4.5 Distribución de las acciones de tutela en función de la EPS aseguradora y del total de población que tiene afiliada	26
4.6 Distribución de las acciones de tutelas impetradas contra entidades del SGSSS y contra otras entidades que no hacen parte del SGSSS	27
5 “CAUSA DE LA SOLICITUD” POR LA QUE SE ACUDE A LA ACCIÓN DE TUTELA.....	28
5.1 Comportamiento de las acciones de tutela en función de la “causa de la solicitud”, por la que más se acudió a este mecanismo constitucional durante el año 2018 y el porcentaje que representan frente a la totalidad de la muestra.....	29
6 COMPORTAMIENTO DE LAS ACCIONES DE TUTELA EN FUNCIÓN DE LAS “SOLICITUDES” FORMULADAS DENTRO DE DICHAS ACCIONES	31
6.1 Citas médicas más reclamadas vía acción de tutela, año 2018, por especialidad..	33
7 CARACTERIZACIÓN DE LAS DECISIONES JUDICIALES.....	35
7.1 Fallos de primera instancia	35
7.2 Impugnaciones.....	36
8 INDICADORES DE GOCE EFECTIVO DEL DERECHO – GED	37



9	CIRCUNSTANCIAS MANIFESTADAS POR LAS EPS FRENTE A LOS RESULTADOS DEL INFORME DE TUTELAS 2017.....	37
9.1	Principales causas manifestadas por las EPS, como generadoras de la presentación de acciones de tutela	37
9.2	Acciones que manifiestan las EPS, vienen adelantando para contrarrestar el uso de la acción de tutela como mecanismo para acceder a los servicios de salud.....	39
	Se describen a continuación las acciones que algunas EPS manifiestan vienen implementando.....	39
9.3	Acciones sugeridas por las EPS para impactar en el uso de la acción de tutela	40
10	MEDIDAS ADOPTADAS	40
10.1	Implementación de tres mecanismos para garantizar el acceso a los servicios de salud a todos los colombianos, como consecuencia de la puesta en marcha de la Ley Estatutaria en Salud – 1751 de 2015	40
10.2	Unificación de los Planes de Beneficio	43
10.3	Actualización en la Clasificación Única de Procedimientos en Salud - CUPS.....	43
10.4	Portabilidad nacional y movilidad entre regímenes	44
10.5	Continuidad en la afiliación – Sistema de Afiliación Transaccional – SAT.....	44
10.6	Política Farmacéutica	46
10.6.1	Compra centralizada de medicamentos para el tratamiento de la Hepatitis C crónica	46
10.6.2	Usos no indicados dentro de los registros sanitarios de medicamentos	46
10.6.3	Gestión del desabastecimiento de medicamentos	47
10.7	Habilitación de servicios de oncología.....	47
10.8	Habilitación de Unidades Funcionales para la Atención Integral del Cáncer del Adulto “UFCA” y de Unidades de Atención de Cáncer Infantil “UACAI”-Resolución 1447 de 2016	49
10.9	Fortalecimiento de la capacidad instalada de las Empresas Sociales del Estado – ESE	50
10.10	Saneamiento fiscal y financiero de las ESE	50
10.11	Giro directo de la Unidad de Pago por Capitación – UPC a los prestadores del Régimen Subsidiado	51
10.12	Medidas para determinar el hecho cierto de la entrega de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC y servicios complementarios que deban recobrase a la ADRES	52
10.13	Propuesta – Aihospital.....	52
11	MEDIDAS A ADOPTAR AÑO 2019.....	53



11.1	Medidas propuestas en el Plan Nacional de Desarrollo	53
11.1.1	Centralización de la verificación, control y pago de los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la Unidad de Pago por Capitación –UPC- de la población afiliada al Régimen Subsidiado, por parte de la Nación	53
11.1.2	Incentivos a la calidad y los resultados en salud.....	54
11.1.3	Indicadores aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social	55
12	REFERENCIAS	55
13	ANEXOS.....	58

Contenido de Tablas

Tabla 1.	Comportamiento de las acciones de tutela en salud, años 2000 a 2018	7
Tabla 2.	Variables y categorías de la Plantilla de captura de los expedientes analizados	10
Tabla 3.	Preguntas guía para el formato de recolección	19
Tabla 4.	Categorías de solicitudes	19
Tabla 5.	- Distribución de las acciones de tutela por departamento, considerando su número de habitantes y población afiliada, año 2018	21
Tabla 6.	- tasa de acciones de tutela por mil habitantes, agrupada por municipios según el tamaño de la población, año 2018	23
Tabla 7.	- Distribución por formas de representación en las acciones de tutela, versus rango de edad, año 2018	23
Tabla 8.	- Distribución de las acciones de tutela por rango de edad y género de los accionantes, año 2018	24
Tabla 9.	- Distribución del total de acciones de tutela según EPS por cada 1.000 afiliados, año 2018	26
Tabla 10.	- agrupación de los servicios más requeridos, en consideración a la “causa de la solicitud” que desencadenó en las acciones de tutela en salud durante el año 2018 y el porcentaje que representan frente a la totalidad de la muestra	29
Tabla 11.	- Agrupación de los servicios más requeridos, en consideración a la “causa de la solicitud” que desencadenó en las acciones de tutela en salud durante los años 2015 a 2018 y el porcentaje que representan frente a la totalidad de la muestra	30
Tabla 12.	- Comparativo agrupación de “solicitudes”, en consideración al tipo de servicio solicitado en las acciones de tutela en salud, vigencia 2018 y el porcentaje que representan frente a la totalidad de la muestra	31



Tabla 13. Agrupación de los servicios más requeridos, en consideración de las “solicitudes” que desencadenaron en las acciones de tutela en salud durante los años 2015 a 2018 y el porcentaje que representan frente a la totalidad de la muestra	32
Tabla 14. Distribución de citas médica por especialidad más requeridas, año 2018	33
Tabla 15. Agrupación de decisiones judiciales de primera instancia 2018	36
Tabla 16. Relación de acuerdo con la impugnación del fallo de primera instancia 2018	36
Tabla 17. Servicios de oncología habilitados entre los años 2012 y 2018, por grupo de servicio	48
Tabla 18. Servicios habilitados entre los años 2012 a 2018 por entidad territorial	48
Tabla 19 Instituciones Prestadoras de Servicios de salud con Unidades Funcionales para la atención del cáncer habilitadas en el año 2018	49
Tabla 20. Recursos para el fortalecimiento de la capacidad instalada de las ESE Minsalud. 2014 – 2018	50
Tabla 21. Saneamiento fiscal y financiero de ESE - fuentes de financiación	51
Tabla 22. Valores girados a los prestadores de servicios de salud del Regimen Subsidiado durante el año 2018, en aplicación de la medida de giro directo	51
Tabla 23. Propuesta de indicadores de resultado	55

Contenido de Gráficos

Gráfico 1 Variación porcentual en el comportamiento de las acciones de tutela, períodos 2016 – 2017 y 2017 – 2018.	8
Gráfico 2 - Comparación de la proporción de acciones de tutela presentadas durante el año 2018, versus los rangos de edad	25
Gráfico 3 - Distribución de las acciones de tutela por régimen de afiliación 2018	25
Gráfico 4 <i>Distribución de las acciones de tutelas impetradas contra entidades del SGSSS y contra otras entidades que no hacen parte del SGSSS</i>	27
Gráfico 5 Fallos judiciales en primera instancia 2018	35



1 Consideraciones generales

El cumplimiento de esta orden desde que fue proferida la Sentencia T 760 de 2008, ha sido objeto de una evolución tanto conceptual, como operativa, pues de un lado, se han venido incorporando las diferentes órdenes impartidas en el marco del seguimiento realizado por la Sala Especial de Seguimiento de esa Corporación y de otro, gracias a diversos espacios presenciales compartidos con los peritos constitucionales designados para el caso, se han promovido mejoras que permiten la cualificación de la información.

Es así como en lo referente al acceso para el análisis de la información, se han generado diferentes acciones, a saber: i) pasar de recolección de datos a partir de los recobros por fallos de tutela, a recolección directa, tomando la información de los expedientes que reposan en esa Corporación; ii) determinar categorías de análisis, alineadas con las prácticas violatorias del derecho a la salud y consecuentemente, con los problemas jurídicos identificados tanto en la mencionada sentencia, como en los nuevos, planteados en el numeral 7.3.3 del Auto 590 de 2016; iii) definir una metodología de muestreo que garantice la representatividad del universo objeto de estudio; iv) realizar cruces con otras bases de datos (DANE y Base de Datos Única de Afiliados - BDUA), lo que permite la caracterización de la información emanada de los expedientes de tutela y por tanto, su discriminación por diferentes ítems, como en apartes posteriores se detallará.

Bajo este orden, la herramienta de que dispone el Ministerio de Salud y Protección Social - MSPS para la medición de las acciones de tutela, posibilita contar con un panorama integral sobre las problemáticas que persisten en materia de salud y particularmente, en cuanto a accesibilidad y oportunidad en la prestación de dichos servicios, pues como se anotó anteriormente, se tienen en cuenta tanto los problemas jurídicos a que alude la Sentencia T-760 de 2008, como los generados a partir del esquema contemplado en la Ley 1751 de 2015 (exclusiones) y que fueron planteados en el numeral 7.3.3 del Auto 590 de 2016, conforme con lo cual, se adicionó a la precitada herramienta, el criterio número 18.

Es así como efectuando un análisis de las acciones de tutela mediante las que se solicita el amparo del derecho a la salud, interpuestas entre 2016 y 2018, se encuentra que la principal razón por la que los ciudadanos acuden a este mecanismo de protección constitucional, es por demoras, aseveración esta que encuentra sustento en la información que recoge el personal del MSPS, directamente de los expedientes de tutela suministrados por esa Corporación y que son constitutivos de la muestra sobre la que se elabora el informe solicitado en el marco de la Orden Trigésima de la Sentencia T 760 de 2008.

Sin perjuicio de lo anterior, debe resaltarse que las diferentes medidas adoptadas por este Ministerio han impactado en la mejora de la prestación de los servicios de salud,



pues según los datos del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud –RIPS, durante el 2018 fueron atendidas 24.299.994 personas, de las cuales, únicamente el 0,84% tuvo que acudir a la acción de tutela para acceder a los servicios que requerían.

Con todo, para el nuevo Gobierno Nacional constituye un gran reto mejorar la oportunidad dentro de la cual los usuarios vienen accediendo a los servicios de salud.

Bajo este esquema de consideraciones, no puede pasarse por alto las limitaciones a que nos vemos enfrentados desde el punto de vista metodológico para la elaboración de los informes, dada la imposibilidad de hacer inferencias estadísticas expandidas al universo de tutelas en salud dentro de la respectiva anualidad, en razón a los tiempos que transcurren entre la radicación de los expedientes de tutela en esa Corporación y la disposición de los mismos al personal de este Ministerio para su análisis y recolección de datos, pues entre una y otra actuación corren aproximadamente dos (2) meses, lo que unido al término para la presentación del informe, deviene en que la información a analizar deba tomarse con una fecha de corte anterior a la finalización de la respectiva vigencia fiscal (19 de septiembre de 2018, para el caso concreto).

Finalmente, en relación con este acápite, debe resaltarse que en atención a lo ordenado en el Auto 590 de 2016, este informe incorpora indicadores de goce efectivo del derecho (GED), como herramienta de evaluación de la actuación de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS.

2 Comportamiento de las acciones de tutela según la medición efectuada en el marco de la Orden Trigésima de la Sentencia T 760 de 2008

En el presente ítem se efectuará un análisis global de tipo descriptivo, mostrando el comportamiento de las acciones de tutela desde el primer informe presentado, hasta la vigencia 2018, cuyos datos para este último, fueron tomados de la información inicialmente enviada por parte de esa Corporación (correo electrónico del 2 de febrero de 2019) y que posteriormente fue entregada de manera formal, según oficio con radicado No. 201942300196982 del 11 de febrero de 2019, suscrito por la doctora María Victoria SÁCHICA Méndez, en calidad de Secretaria General, dando así respuesta al requerimiento que desde esta Cartera Ministerial formuláramos mediante oficio con radicado 201811301535261 del 12 de diciembre de 2018.

Así las cosas, de la información histórica recopilada, la trazabilidad en el comportamiento de las acciones de tutela en salud, correspondientes al período 2000 a 2018, muestra lo siguiente:



Tabla 1. Comportamiento de las acciones de tutela en salud, años 2000 a 2018

Año	Afiliados	Proyección poblacional	Total tutelas en salud	Crecimiento tutelas en salud	Tasa-Afiliados*	Tasa-Población*
2000	23.017.680	40.295.563	24.843	16,6%	1,1	0,6
2001	23.806.139	40.813.541	34.319	38,1%	1,4	0,8
2002	24.194.854	41.328.824	42.734	24,5%	1,8	1,0
2003	25.413.865	41.848.959	51.944	21,6%	2,0	1,2
2004	30.040.650	42.368.489	72.033	38,7%	2,4	1,7
2005	33.881.988	42.888.592	81.017	12,5%	2,4	1,9
2006	36.461.003	43.405.956	96.226	18,8%	2,6	2,2
2007	38.655.698	43.926.929	107.238	11,4%	2,8	2,4
2008	39.561.521	44.451.147	142.957	33,3%	3,6	3,2
2009	38.681.796	44.978.832	100.490	-29,7%	2,6	2,2
2010	40.047.220	45.509.584	94.502	-6,0%	2,4	2,1
2011	41.899.763	46.044.601	105.947	12,1%	2,5	2,3
2012	42.854.862	46.581.823	114.313	7,9%	2,7	2,5
2013	42.879.901	47.121.089	115.147	0,7%	2,7	2,4
2014	43.515.870	47.661.787	117.746	2,3%	2,7	2,5
2015	44.633.177	48.203.405	150.728	28,0%	3,4	3,1
2016	46.404.041	48.747.708	164.274	9,0%	3,6	3,4
2017	46.161.893	49.291.609	197.655	20,3%	4,1	4,3
2018	46.623.525	49.834.240	207.734*	5,1%	4,2	4,5

* Luego del análisis a la información remitida por la Corte Constitucional respecto del número total de acciones de tutela en salud presentadas durante la vigencia 2018 (207.734), se determinó que sólo 187.261 son atribuibles al SGSSS. El número restante corresponde a instituciones que pese a prestar servicios de salud o relacionar con dicho sector, no hacen parte del SGSSS. Tal es el caso de los regímenes especiales y de excepción (3.56%), las Administradoras de Riesgos Laborales – ARL (0.64%) y otras instituciones (5,56%), estas últimas respecto de las cuales, se anexa listado discriminando la variedad de instituciones accionadas. En total, el 9,86% de acciones de tutela pertenece a instituciones que no forman parte del SGSSS.

Fuente: BDU, 2018. La información del total de acciones de tutela en salud, proviene de la Corte Constitucional.

*Información de proyecciones poblacionales, proviene del DANE.

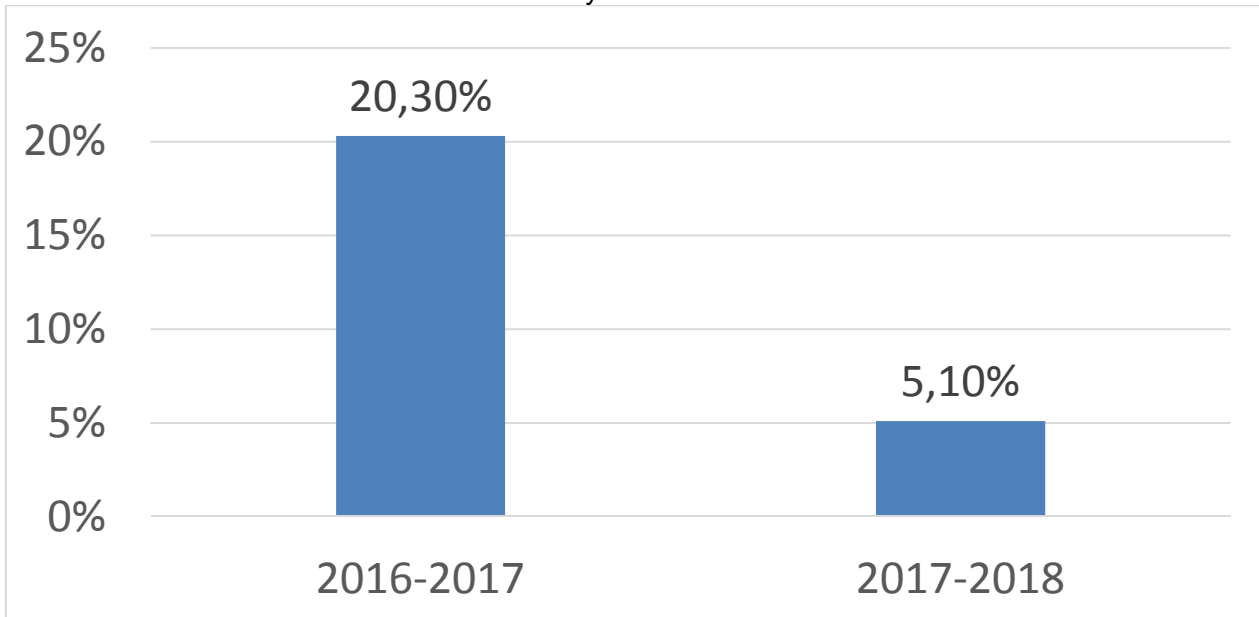
Como se observa, durante los primeros 8 años hubo un incremento en el uso de este mecanismo, hasta alcanzar un pico en el año 2008, en el que fueron interpuestas 142.957 acciones de tutela, lo que equivaldría a una tasa de 3,6 tutelas por cada 1.000 afiliados.

No obstante, entre 2009 y 2010 se presentó un descenso importante. Durante los años posteriores la tendencia se estabilizó hasta el 2015, en el que se alcanzó una tasa de 3.4 tutelas por cada 1.000 afiliados. Para el año 2018 la tasa de tutelas por 1.000 afiliados se ubicó en 4,4, esto representó un incremento de 5,1%, crecimiento que sea del caso anotar, fue menor en 15 puntos porcentuales, con respecto al comportamiento de los



años 2016, versus 2017. Frente al año 2018, se enfatiza en la salvedad ya anotada, en cuanto a que en el total de tutelas (207.734), se incluyen las presentadas contra entidades que no hacen parte del SGSSS. Si se toman únicamente las acciones de tutela correspondientes al SGSSS, el número de las presentadas durante el año 2018, es menor respecto del 2017 (2017: 197.655 – 2018: 187.261), lo que generaría una disminución del 5.21%.

Gráfico 1 Variación porcentual en el comportamiento de las acciones de tutela, períodos 2016 – 2017 y 2017 – 2018.



Nota: En el incremento del 5,10%, se toma la totalidad de acciones de tutela reportadas por la Honorable Corte Constitucional para el año 2018 (207.734)

Fuente: Construcción propia MSPS, 2018. Datos entregados por la Corte Constitucional y BDUA.

Al punto, debe resaltarse que en cuanto al presente informe, como parte del proceso de levantamiento y análisis de la información, se contrastaron las fechas de radicación de los expedientes de las acciones de tutela en la Corte Constitucional, con las fechas en las que dichas acciones fueron interpuestas, encontrando que la media se encuentra en 142 días, de lo que se deduce que en el bloque de tutelas radicadas en esa Corporación durante el 2018, una parte significativa corresponde a tutelas interpuestas durante el año 2017.

Por otra parte, tal y como ha ocurrido en años anteriores, existe un discreto sobredimensionamiento de las acciones de tutela clasificadas como de salud en el universo de información entregado por esa Corporación.

Es así como para la vigencia 2018, luego de la revisión de la muestra de expedientes (4.262), se pudo identificar que el 2.02% (86) de las tutelas clasificadas en esa Corporación como correspondientes a salud, no invocaban dicho derecho y que el 2,39% (102), en realidad correspondían a tutelas en las que se buscaba la protección de



derechos diferentes al de la salud. La combinación de estas dos variables equivale al 3.00%, esto es, 128 expedientes donde se invoca un derecho diferente al de la salud o las peticiones no corresponden al ámbito de la salud y 60 expedientes tienen las dos categorías.

De otro lado, debe señalarse que la Encuesta de Evaluación de los Servicios de las EPS - 2018¹, muestra que la gran mayoría de los pacientes acceden a los servicios de salud sin necesidad de interponer ningún tipo de acción legal.

Es así como según dicha encuesta, el 98% de los usuarios del Régimen Contributivo y el 99,4% de los usuarios del Régimen Subsidiado, afirmaron no haber tenido que recurrir a acciones legales para acceder a los servicios de salud que requerían.

Contrastada esta información con los resultados de la encuesta del año anterior, se observa que hubo una disminución en cuanto a los usuarios del Régimen Contributivo que hicieron uso de la acción de tutela (0.2 puntos porcentuales), mientras que se generó incremento en los afiliados al Régimen Subsidiado (1.4 puntos porcentuales); datos que son consistentes con los resultados del análisis de los expedientes.

Adicionalmente, como se anotó anteriormente, según los datos del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud –RIPS, se evidencia que durante el 2018 fueron atendidas 24.299.994 personas, de las cuales únicamente el 0,84% tuvo que interponer acción de tutela para acceder a los servicios que requerían.

3 Metodología implementada para la selección de la muestra

En esta sección se describirán los aspectos metodológicos y el instrumento de recolección utilizado en el trabajo de campo para levantar la información relevante de cada una de las acciones de tutela seleccionadas en la muestra para el año 2018.

Bajo este orden y como se señaló líneas atrás, la herramienta de que dispone este Ministerio para la medición de las acciones de tutela, contempla los catorce (14) problemas jurídicos a que refiere la Sentencia T 760 de 2008, al igual que los generados a partir del esquema previsto en la Ley 1751 de 2015 (exclusiones) y que fueron planteados en el numeral 7.3.3 del Auto 590 de 2016, en cuyo marco se adicionó a dicha herramienta el criterio número 18. A su vez, esta herramienta fue materializada a través de un formato de recolección de información diseñado para responder cuatro (4) preguntas, que una vez analizadas y procesadas, permiten contrastar la información resultante con los citados problemas jurídicos.

¹ Se realizaron 25.760 encuestas efectivas en 104 municipios y 32 departamentos. La encuesta es representativa por EPS y por departamento para la población que ha utilizado por lo menos uno de los servicios de las EPS en los últimos seis meses.



La mencionada herramienta contiene las siguientes variables:

Tabla 2. Variables y categorías de la Plantilla de captura de los expedientes analizados

DENOMINACION DE LA VARIABLE	DESCRIPCION y ESPECIFICACIONES DE LA VARIABLE	CLASIFICACION DE LA VARIABLE
Radicado	Número de radicado en la Corte Constitucional. Este corresponde al número asignado al expediente por la Corte Constitucional en la carátula anaranjada que tienen todos los expedientes. El número se ingresa sin puntos. Ejemplo: T-23345678.	Ninguna
Radicado de la petición	Corresponde a la fecha en la cual se interpuso el derecho de petición que dio origen a la acción de tutela. Se debe consignar en formato fecha: día-mes- año; si no se identifica por falta de legibilidad en el soporte se debe indicar 0-0-1900	Formato fecha
Derecho fundamental invocado	Corresponde al derecho fundamental invocado en la acción de tutela. Se coloca el primer derecho invocado	Vida Salud Trabajo Intimidad y Buen Nombre Libre desarrollo de la personalidad Libertad de conciencia Debido Proceso Presentar peticiones Otros
IDENTIFICACIÓN DEL DEMANDADO		
Naturaleza	Identificación de la persona jurídica a la que se le interpuso la acción de tutela. Dentro de las EPS, están incluidas las EPS del régimen subsidiado y las Indignas	Prestador de servicios de salud Entidad territorial Régimen de excepción Otras entidades relacionadas EPS - prestador de servicios de salud EPS - entidad territorial EPS - otras entidades relacionadas Prestador de servicios de salud - entidad territorial Prestador de servicios de salud - régimen de excepción Prestador de servicios de salud - otras entidades relacionadas Entidad territorial - régimen de excepción Entidad territorial - otras entidades relacionadas Régimen de excepción - otras entidades relacionadas EPS - prestador de servicios de salud - entidad territorial EPS - prestador de servicios de salud - otras entidades relacionadas Prestador de servicios de salud - entidad territorial - régimen de excepción Prestador de servicios de salud - entidad territorial - otras entidades relacionadas
Otro tipo de entidad	Descripción de la entidad clasificada en naturaleza como <i>otras entidades relacionadas</i>	Entidades gubernamentales y otros organismos Administradoras de fondos de pensiones Administradoras de riesgos laborales Unidad para la atención y reparación integral de víctimas



DENOMINACION DE LA VARIABLE	DESCRIPCION y ESPECIFICACIONES DE LA VARIABLE	CLASIFICACION DE LA VARIABLE
		Empresas de servicios públicos y telefonía celular Entidades de Medicina prepagada Entidades de seguros privados Otras entidades
Nombre	Descripción del nombre de la entidad a la que se le interpuso la acción de tutela. Se debe escribir en mayúscula y si existe otra entidad involucrada se debe separar por un guion (sin espacios) e indicar la otra organización. Ejemplo: SANITAS-CLINICA NUEVA	Ninguna
IDENTIFICACION DEL ACCIONANTE		
Naturaleza Del Accionante	Tipo de persona que interpone la tutela, si es una persona natural o una persona jurídica	Persona natural. Persona jurídica
Existencia de Representación Legal	Indica la representación legal a la que se recurrió para poder interponer la acción de tutela. Si dicha tutela fue accionada por la misma persona a la que se le vulneró el derecho se debe indicar a <i>título propio</i>	A título propio Otra forma de agencia oficiosa Representada por abogado Curador tutor padres Personería defensoría del pueblo ICBF Representante legal de la entidad
IDENTIFICACION DEL APODERADO		
Tipo de identificación	Indica tipo de documento del abogado en caso de que sea representado por este.	Cédula de ciudadanía Cédula de extranjería Tarjeta profesional
Número de identificación	Es necesario digitar el dato. No se deben incluir puntos ni ningún otro carácter diferente a alfanúmeros. La primera fuente para incluir este dato debe ser el derecho de petición que dio inicio a la tutela.	Ninguna
Nombre del apoderado	Se refiere al nombre del abogado que representa a la persona a la que se le vulnero el derecho. Solo se debe colocar cuando se haya elegido la opción en <u>existencia de representación legal, representado por abogado</u> . Se consigna en mayúsculas separado por un espacio el nombre y los apellidos. ejemplo: MARIO SANTACRUZ	Ninguno
IDENTIFICACION DE LA PERSONA NATURAL O JURIDICA A QUIEN SE LE VULNERO EL DERECHO		
Tipo de Identificación	Indica tipo de identificación de la persona natural o jurídica a quien se le vulnero el derecho	Cédula de ciudadanía Cédula de extranjería No aplica Nuip Pasaporte Registro civil Tarjeta de identidad Td Nit
Número de identificación	Se digita el número de identificación de la persona a la que se le vulnero el derecho . No se deben incluir puntos ni ningún otro carácter diferente a alfanúmeros. La primera fuente para incluir este dato debe ser la copia del documento de identificación del demandante si se encuentra en el expediente. En caso de que no esté se puede usar otra fuente como la reseña que haga de la misma al pie de la firma o la historia clínica o alguna fórmula médica o autorización de servicios de la	Ninguno



DENOMINACION DE LA VARIABLE	DESCRIPCION y ESPECIFICACIONES DE LA VARIABLE	CLASIFICACION DE LA VARIABLE
	EPS. Cuando no hay copia del documento de identidad se recomienda contrastar al menos dos documentos de los que hay en el expediente para confirmar que el número ingresado es correcto.	
Primer Nombre	Se coloca el primer nombre de la persona natural a quien se le vulnero el derecho. Para el caso de una entidad Jurídica. Se coloca el nombre completo de la organización en este ítem, para la cual se debe escribir en mayúsculas y separado las palabras por un espacio. Ejemplo: SOCIEDAD SAN JOSE	Ninguno
Segundo Nombre	Si aplica, se coloca el segundo nombre de la persona natural a quien se le vulneró el derecho	Ninguno
Primer apellido	Se coloca el primer apellido de la persona natural a quien se le vulneró el derecho	Ninguno
Segundo Apellido	Se coloca el primer nombre de la persona natural a quien se le vulneró el derecho	Ninguno
Sexo	Indica el sexo si es el caso , masculino o femenino de acuerdo a la persona que se le vulnero el derecho	Femenino Masculino
Fecha de nacimiento	Corresponde a la fecha de nacimiento de la persona que se le vulnero el derecho, Se debe consignar en formato fecha: día- mes- año; si no se identifica por falta de legibilidad en el soporte se debe indicar 0-0-1900	Ninguno
Población Vulnerable	Hace referencia a la pertenencia de grupos especiales de protección constitucional o de atención preferente .De acuerdo al rango de edad, al sexo, a la ocupación , entre otros aspectos se debe clasificar a la persona a la que se le vulnero el derecho en los grupos que se listan	Niños, niñas y adolescentes (hasta los 18 años) La mujer embarazada La tercera edad (mayores de 60 años) Personas en situación de discapacidad Reclusos Indígenas y minorías étnicas Homosexuales Personas en estado de indigencia Víctimas de violencia y del conflicto armado (se incluyen víctimas de violencia sexual y desplazados) Personas con enfermedades huérfanas Veteranos de la fuerza publica No aplica
Diagnostico	Hace referencia al diagnóstico por el cual se está interponiendo la acción de tutela, se debe observar en el derecho de petición y relacionarlo con el escrito en la contestación por parte de la EPS, así como en el fallo del Juez.	Ninguna
Régimen	Corresponde al tipo de grupo de aseguramiento en seguridad social en salud al que pertenece la persona a la que se le vulnero el derecho	Contributivo Subsidiado Vinculado Especial
Calidad de afiliado	Para el caso de afiliados contributivos y del Régimen Especial, que sintieron vulnerado su derecho, se debe determinar qué tipo de afiliados son, conforme al grupo que se clasificó.	Cotizante Beneficiario Senado de la republica Fuerzas militares y de la policía Fondo de prestaciones sociales del magisterio Servidores públicos de Ecopetrol Servidores públicos de universidades públicas



DENOMINACION DE LA VARIABLE	DESCRIPCION y ESPECIFICACIONES DE LA VARIABLE	CLASIFICACION DE LA VARIABLE
		INPEC No aplica
Vínculo laboral	Da cuenta de la condición laboral actual que presenta la persona a la que se le vulnero el derecho	Independiente Dependiente Sin especificar Pensionado
IBC	Ingreso base de cotización, solo aplica para los que hacen parte del régimen Contributivo. En este caso se debe incluir la información sobre el IBC del tutelante. Este puede estar reportado en los documentos provenientes de la EPS o en su intervención, pero también puede provenir del demandante mismo. En este caso es necesario digitar la cifra sin puntos ni caracteres especiales. En caso de que no haya información se indica NO ESPECIFICO.	Ninguno
Departamento de residencia	Hace referencia al Departamento el cual pertenece o reside la persona natural o jurídica a la que se le vulnero el derecho	Listado de Departamentos
Municipio de residencia	Hace referencia al Municipio el cual pertenece o reside la persona natural o jurídica a la que se le vulnero el derecho	Listado de Municipios
PRETENSIONES DEL ACCIONANTE		
Tipo Solicitudes		
Causa de la solicitud	Corresponde a la causa de tipo administrativo o médico que desencadenó la acción de tutela.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Solicitud de exención de cuotas moderadoras o copagos. 2. Solicitud de licencia de maternidad o paternidad negada porque no cotizó todo el embarazo o cotizó tardíamente. 3. Solicitud de prestación de servicios que son negados por mora en la cotización. 4. Solicitud de prestación de servicios que son negados porque el cotizante cambio su situación laboral a desempleado 5. Solicitud de reconocimiento de incapacidad por enfermedad general negada por pago tardío. 6. Solicitud de traslado de una persona a la que se le niega a pesar de haberse cumplido el tiempo necesario para poder trasladarse, por el hecho de que dentro de su grupo familiar existe una persona (su hijo, un niño) que padece una enfermedad catastrófica y, por tanto, debería esperar más tiempo para poder trasladarse. 7. Solicitud de traslado de una persona a la que se le niega por otras razones 8. Solicitud de servicio de salud pos que no ha sido negado pero está demorado



DENOMINACION DE LA VARIABLE	DESCRIPCION y ESPECIFICACIONES DE LA VARIABLE	CLASIFICACION DE LA VARIABLE
		<p>9. Solicitud de servicio de salud no pos que fue aprobado pero esta demorado</p> <p>10. Solicitud de que se mantenga un mismo prestador</p> <p>11. Solicitud de prestador especifico por parte del paciente, no existe una atención previa</p> <p>12. Solicitud de documentos: historia clínica</p> <p>13. Solicitud de atención integral.</p> <p>14. Solicitud de servicio de salud ordenado por el médico tratante y negado por ser no pos.</p> <p>15. Solicitud de servicio que es negado porque fue ordenado por un médico particular no adscrito a la red.</p> <p>16. Solicitud de servicio sin prescripción médica y negado por ser no pos</p> <p>17. Solicitud de servicio de salud negado por pertinencia médica</p> <p>18. Servicio prescrito por el médico tratante y negado por estar expresamente excluido</p>
Solicitudes	Corresponde al tipo de servicio que se solicita en la tutela y que dio origen a la tutela	<p>Afiliaciones</p> <p>Análisis conductual aplicado (aba)</p> <p>Atención domiciliaria (at)</p> <p>Cirugía plástica estética, cosmética o de embellecimiento</p> <p>Cirugía plástica reparadora o funcional</p> <p>Citas medicas</p> <p>Contingencias económicas</p> <p>Cosméticos</p> <p>Dispositivo medico</p> <p>Enseres</p> <p>Exámenes de laboratorio y complementarios</p> <p>Imagen diagnostica</p> <p>Insumo para el aseo personal</p> <p>Material de curación</p> <p>Medicamento</p> <p>No aplica</p> <p>Procedimiento</p> <p>Prótesis u ortesis</p> <p>Recurso humano (at)</p> <p>Referencia y contrarreferencia</p> <p>Suplemento dietario</p> <p>Terapias aplicadas con música o animales</p> <p>Tratamiento integral</p> <p>Viáticos</p> <p>Servicio de ambulancia</p>
Tipo de servicio	Solo para los grupos de citas médicas, tratamiento integral, exámenes de laboratorio y complementarios e imágenes diagnósticas, se debe discriminar de acuerdo a las opciones establecidas en el listado	<p>Listado de especialidades medicas</p> <p>Listado de imágenes diagnosticas</p> <p>Listado de exámenes de laboratorio y complementarios</p>



DENOMINACION DE LA VARIABLE	DESCRIPCION y ESPECIFICACIONES DE LA VARIABLE	CLASIFICACION DE LA VARIABLE
Detalle de solicitud	En este campo se debe colocar la descripción del servicio que se clasifico en los campos anteriores conforme a la descripción encontrada en la tutela	Ninguna
POS / NO POS	De acuerdo al tipo del servicio se debe indicar si es POS O NO POS	POS NO POS
IDENTIFICACION DEL JUEZ DE PRIMERA INSTANCIA		
Nivel	Corresponde de qué lugar proviene la tutela	Juzgado Tribunal Corte
Ordinal	Número del cual corresponde el Juzgado, tribunal o la corte	Listado numérico
Complemento	Competencia del juzgado, tribunal o corte que se resolvió la tutela	Listado de Juzgados, tribunales y corte
Departamento	Departamento en el cual se profirió la sentencia-fallo de primera instancia	Listado de Departamento
Municipio	Municipio en el cual se profirió la sentencia – fallo de primera instancia	Listado de Municipio
Decisión Judicial de Primera Instancia	Corresponde al análisis que se realiza frente a la decisión del juez. Se debe identificar entre el listado de posibilidades la afirmación o negación que se más preciso.	Concede parcialmente lo solicitado Concede todo lo solicitado Niega lo solicitado porque el demandante tenía capacidad económica Niega lo solicitado porque el médico que ordenó el servicio no hacía parte de la red Niega lo solicitado por daño consumado por muerte del demandante Niega lo solicitado porque es un hecho superado porque se suministró el servicio mientras se tramitaba la tutela Niega lo solicitado porque se concluyó que el servicio no era necesario para proteger la vida o la integridad del paciente Niega por improcedente Niega por una acción temeraria Niega porque existían otros recursos o medios de defensa Niega porque se trata de hechos de carácter general impersonal o abstractos
Análisis probatorio de capacidad de pago	Se debe indicar el tipo de prueba que hace alusión a la capacidad de pago y clasificarlo en el listado de opciones	Existe alguna prueba de incapacidad económica del demandante. Existe alguna prueba de la capacidad de pago del demandante No existe prueba alguna de la capacidad económica del demandante No aplica o no se solicita toda vez que no es pertinente
Análisis de la capacidad de pago por parte del juez	Se debe indicar el tipo de análisis de la capacidad de pago que fue realizado por el juez usando el listado de opciones	Se aplica la presunción de veracidad con base en la afirmación del demandante de que carece de capacidad de pago y esta no es desvirtuada por el demandado. No se analiza la capacidad de pago a pesar de que es pertinente dado de que hay pruebas de capacidad económica del demandante. El juez analiza la capacidad económica y concluyó que tenía capacidad económica.



DENOMINACION DE LA VARIABLE	DESCRIPCION y ESPECIFICACIONES DE LA VARIABLE	CLASIFICACION DE LA VARIABLE
		<p>Aplica presunción de incapacidad económica porque el usuario se encuentra en el régimen subsidiado.</p> <p>Se aplica presunción de incapacidad económica porque el demandante tiene como IBC un salario mínimo.</p> <p>No se analiza</p> <p>No aplica o no se solicita toda vez que no es pertinente</p>
Existe orden medica	Corresponde a identificar si existió una orden medica que dé cuenta del servicio que solicitaron en la acción de tutela; aunque no necesariamente debe estar el soporte físico, si debe estar relacionada en la descripción que hace el juez en el fallo o en la contestación y/o impugnación que haga el demandado	<p>Si existe</p> <p>No existe</p> <p>No aplica</p>
Frente al Concepto de CTC	Se debe indicar la respuesta del CTC cuando se solicitó un servicio no incluido en el PABS o las exclusiones	<p>Fue negado CTC por tratarse de exclusión explícita del POS</p> <p>Fue negado porque no es pertinente</p> <p>Fue negado porque existen otras alternativas en el POS</p> <p>Fue negado porque el medicamento no tiene indicación INVIMA</p> <p>No presentó el CTC a pesar de que era pertinente</p> <p>No aplica</p>
Frente a la valoración que hace el juez del CTC	Corresponde a identificar si existió un concepto de CTC y la valoración de este soporte por el Juez cuando se solicitan servicios NO POS; aunque no necesariamente debe estar el soporte físico, si debe estar relacionada en la descripción que hace el juez en el fallo o en la contestación y/o impugnación que haga el demandado	<p>Acogido por el juez</p> <p>Descartado por el juez</p> <p>No aplica</p>
Análisis de la pertinencia de la prestación	Corresponde al análisis que realizan los jueces en relación con la pertinencia técnica de la prestación solicitada. Por lo que se fundamenta en la solicitud de un concepto médico o un organismo técnico que sustente la decisión judicial	<p>La pertinencia de la prestación se analiza con base en el concepto del médico tratante únicamente</p> <p>Se solicitó concepto a medicina legal.</p> <p>Se solicitó concepto al ministerio de salud y protección social.</p> <p>Se solicitó concepto IETS</p> <p>Se solicitó concepto INVIMA</p> <p>La pertinencia de la prestación se analiza con base en el concepto del Ministerio de salud y el médico tratante</p> <p>La pertinencia de la prestación se analiza con base en el concepto del Ministerio de salud e INVIMA</p> <p>La pertinencia de la prestación se analiza con base en el concepto del Ministerio de salud, INVIMA y el médico tratante.</p>
Impugnación	Corresponde a la información que da cuenta de la apelación de la sentencia y quién lo hizo	<p>Impugnó el demandante</p> <p>Impugnó el Ministerio de protección social</p> <p>Impugnó la EPS</p> <p>Impugnó la IPS</p> <p>No se impugnó</p> <p>Impugno EPS - prestador de servicios de salud</p>



DENOMINACION DE LA VARIABLE	DESCRIPCION y ESPECIFICACIONES DE LA VARIABLE	CLASIFICACION DE LA VARIABLE
		Impugno EPS - entidad territorial Impugno EPS - otras entidades relacionadas Impugno prestador de servicios de salud - entidad territorial Impugno prestador de servicios de salud - régimen de excepción Impugno prestador de servicios de salud - otras entidades relacionadas Impugno entidad territorial - régimen de excepción Impugno entidad territorial - otras entidades relacionadas Impugno régimen de excepción - otras entidades relacionadas Impugno EPS - prestador de servicios de salud - entidad territorial Impugno EPS - prestador de servicios de salud - otras entidades relacionadas Impugno EPS - entidad territorial - régimen de excepción Impugno prestador de servicios de salud - entidad territorial - régimen de excepción Impugno prestador de servicios de salud - entidad territorial - otras entidades relacionadas
IDENTIFICACION DEL JUEZ DE SEGUNDA INSTANCIA		
Nivel	Corresponde de qué lugar proviene la tutela	Juzgado Tribunal Corte
Ordinal	Número del cual corresponde el Juzgado, tribunal o la corte	Listado numérico
Complemento	Competencia del juzgado, tribunal o corte que se resolvió la tutela	Listado de Juzgados, tribunales y corte
Departamento	Departamento en el cual se profirió la sentencia-fallo de segunda	Listado de Departamento
Municipio	Municipio en el cual se profirió la sentencia – fallo de segunda instancia	Listado de Municipio
Decisión Judicial de Segunda Instancia	Corresponde al análisis que se realiza frente a la decisión del juez. Se debe identificar entre el listado de posibilidades la confirmación o revocación que sea más preciso.	Confirma en todas sus partes la sentencia de primera instancia Revoca por hecho superado porque se suministró el servicio mientras se tramitaba la tutela Revoca por daño consumado por muerte del demandante durante el trámite de la segunda instancia Revoca porque el demandante tenía capacidad económica Revoca por se concluyó que el servicio no era necesario para proteger la vida o la integridad del paciente Revoca porque el médico que ordenó el servicio no hacía parte de la red Revoca y declara la nulidad de todo lo actuado por vicios de forma Confirma y adiciona



DENOMINACION DE LA VARIABLE	DESCRIPCION y ESPECIFICACIONES DE LA VARIABLE	CLASIFICACION DE LA VARIABLE
		Revoca fallo de 1ra instancia y concede la tutela Confirma parcialmente la sentencia en 1ra instancia
DESCRIPCION DEL FALLO DEFINITIVO		
Solicitudes	Corresponde al tipo de servicio que fue concedido por el juez	Afiliaciones Análisis conductual aplicado (aba) Atención domiciliaria (at) Cirugía plástica estética, cosmética o de embellecimiento Cirugía plástica reparadora o funcional Citas medicas Contingencias económicas Cosméticos Dispositivo medico Enseres Exámenes de laboratorio y complementarios Imagen diagnostica Insumo para el aseo personal Material de curación Medicamento No aplica Procedimiento Prótesis u ortesis Recurso humano (at) Referencia y contrarreferencia Suplemento dietario Terapias aplicadas con música o animales Tratamiento integral Viáticos Servicio de ambulancia
Tipo de servicio	Solo cuando el servicio corresponde: para citas médicas, tratamiento integral, exámenes de laboratorio y complementarios e imágenes diagnósticas, se debe discriminar de acuerdo a las opciones establecidas en el listado	Listado de especialidades medicas Listado de imágenes diagnosticas Listado de exámenes de laboratorio y complementarios
Detalle de solicitud	En este campo se debe colocar la descripción del servicio que se clasifico en los campos anteriores conforme a la descripción encontrada en la sentencia	Ninguna
POS / NO POS	De acuerdo al tipo del servicio identificado en el fallo se debe indicar si es POS O NO POS	POS NO POS

Nota: No obstante la herramienta encontrarse diseñada para recoger información sobre el Ingreso Base de Cotización – IBC del accionante, sólo en unos pocos expedientes de tutela se encuentra detallada dicha información.

Las preguntas que busca absolverse a través de la mencionada herramienta, se presentan en el siguiente cuadro, divididas en tres módulos, así:



Tabla 3. Preguntas guía para el formato de recolección

Módulo	Pregunta	Principales variables recolectadas
A. Caracterización de las tutelas	1. ¿Cuáles son las características de los tutelantes (régimen, EPS, niveles de ingreso)?	-Identificación de la persona a quien se le tutelan los derechos -Identificación de la persona que interpone la tutela -Régimen de salud y calidad de afiliación (beneficiario o cotizante) -Fecha de nacimiento y sexo -Vinculación laboral -Departamento y municipio
B. Análisis detallado de las solicitudes	2. ¿Cuál es el número de tutelas asociadas a los problemas jurídicos mencionados por la Sentencia T-760 para 2008?	-Tipo de solicitud -Clasificación de la solicitud enmarcada en los problemas jurídicos de la Sentencia T-760
	3. ¿Cuál es la composición de las solicitudes realizadas por los tutelantes en el año 2018?	-Frecuencia del total de solicitudes (una tutela puede tener varias solicitudes) -Composición de las solicitudes por el tipo de servicios de salud (medicamentos, tratamientos, etc.)
C. Análisis de la decisión judicial	4. ¿Cuáles son las características de las decisiones judiciales?	-Decisión de primera instancia -Recursos utilizados en primera instancia (CTC, orden médica, análisis de capacidad de pago) -Impugnación

Fuente: Elaboración propia, MSPS.

Ahora bien, con la finalidad de identificar las causas que dieron origen a la presentación de las acciones de tutela por parte de los usuarios (las solicitudes al interior de cada tutela), fue necesario determinar criterios de selección que las agruparan en categorías y subcategorías de manera sistemática para poder hacer un análisis comprensible, tal como se ilustra a continuación:

Tabla 4. Categorías de solicitudes

Solicitud de servicio de salud del Plan de Beneficios que no ha sido negada pero está demorada
Solicitud de atención integral.
Solicitud de servicio de salud no incluido en el Plan de Beneficios que fue aprobada pero esta demorada
Solicitud de servicio sin prescripción médica y negada por ser no Plan de Beneficios NOPBSUPC
Solicitud de servicio de salud ordenado por el médico tratante y negado por ser no Plan de Beneficios. NOPBSUPC
Solicitud de exención de cuotas moderadoras o copagos.
Solicitud de traslado de una persona a la que se le niega por otras razones
Solicitud de prestador específico por parte del paciente, no existe una atención previa
Solicitud de que se mantenga un mismo prestador
Solicitud de servicio de salud negado por pertinencia médica
Solicitud de reconocimiento de incapacidad por enfermedad general, negada por pago tardío.
Solicitud de servicio que es negada porque fue ordenada por un médico particular, no adscrito a la red.
Portabilidad, movilidad, traslados
Solicitud de documentos: historia clínica
Solicitud de licencia de maternidad o paternidad, negada porque no cotizó todo el embarazo o cotizó tardíamente.
Solicitud de prestación de servicios que son negados por mora en la cotización.



Servicio prescrito por el médico tratante y negado por estar expresamente excluido

Solicitud de prestación de servicios que son negados porque el cotizante cambio su situación laboral a desempleado

Así las cosas, respecto de la metodología, no puede pasarse por alto que la posibilidad de revisar de primera mano el expediente completo de cada una de las acciones de tutela seleccionadas y el levantamiento de la información relevante a través de un formato estandarizado, es una de las principales fortalezas metodológicas de la información, lo que unido a que el trabajo de campo (recolección de la información a partir de los expedientes físicos), sea realizado por personal contratado y supervisado por este Ministerio, que recibe de manera constante capacitación y entrenamiento respecto de las problemáticas propias del sector salud y que está sujeto a la confidencialidad en el manejo de la información y al respeto de las reglas fijadas por la Corte Constitucional, permiten colegir precisión en el manejo de la información.

3.1 Diseño de la muestra

Para empezar, debe señalarse que la población objetivo de la muestra la constituyen aquellos ciudadanos que acudieron a la acción de tutela como mecanismo de protección de su derecho a la salud, acciones respecto de las cuales se profirió fallo y cuyos expedientes fueron remitidos a la Corte Constitucional durante el año 2018 para su eventual revisión.

Estadísticamente, cada año se utiliza un método de muestreo probabilístico estratificado, en donde los estratos son los departamentos. Para encontrar el tamaño total de la muestra (n) se utiliza la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 NPQ}{\varepsilon^2(N - 1) + Z_{\alpha/2}^2 PQ}$$

La precisión de las estimaciones se mide en términos del error máximo esperado ε , que en este caso, se calcula inferior al 5%. Adicionalmente, se contempla un nivel de confianza ($Z_{\alpha/2}^2$) del 95%.

Por su parte, se toma una proporción de $P=50\%$, por lo que de esta manera se genera la mayor variabilidad y por ende, el mayor tamaño de muestra, con lo cual Q es igual a 50%. Al asumir este tamaño de muestra se está garantizando el cubrimiento de los fenómenos de ocurrencia inferior. La selección de la muestra se obtuvo con un criterio de fijación proporcional por departamento. La muestra se recolectó como una encuesta continua a lo largo de las semanas desde enero hasta el 19 de septiembre de 2018, dada la operatividad en el manejo de los expedientes en la Corte Constitucional, según lo señalado en apartes iniciales de este documento.



4 Caracterización de la información recaudada de los expedientes de tutela

En este ítem se registrará la información relacionada con las características más preponderantes de los usuarios en salud que en la vigencia 2018 acudieron a la acción de tutela, discriminada por jurisdicción territorial donde residen los accionantes, forma de representación, rango de edad, género, régimen de afiliación, Ingreso Base de Cotización – IBC, este último, con la salvedad de que en la gran mayoría de los expedientes de tutela que reposan en la Corte Constitucional, no se registra dicha información. Igualmente se incluirá la información sobre las instituciones accionadas.

4.1 Jurisdicción territorial donde residen los accionantes

A continuación se presentan los hallazgos más representativos, discriminados por departamento, municipio y región geográfica.

Así, en relación con los departamentos se evidenció que Antioquia (23,73%), Valle del Cauca (11,31%) y Bogotá D.C. (7,15%), continúan siendo los entes territoriales que registran mayor número de acciones de tutela en salud, manteniendo igualmente el orden respecto del año 2017, pese a lo cual, se incrementó la participación de Antioquia y Valle del Cauca, mientras que Bogotá la redujo.

Ahora bien, considerando el número de acciones de tutela por habitantes en cada departamento, los departamentos con una mayor tasa en la presentación de dichas acciones son Caldas, Risaralda, Norte de Santander, Quindío y Antioquia. En el otro extremo se encuentra Sucre, Vichada, Atlántico y Bogotá,

Tabla 5. - Distribución de las acciones de tutela por departamento, considerando su número de habitantes y población afiliada, año 2018

Departamento	Tutelas	Participación	Tasa de tutelas por mil habitantes	Tasa de tutelas por mil afiliados
Amazonas	327	0,16%	4,15	4,62
Antioquia	49.289	23,73%	7,37	7,96
Arauca	1.946	0,94%	7,19	7,79
Atlántico	4.620	2,22%	1,81	1,86
Bogotá, D.C.	14.854	7,15%	1,82	1,97
Bolívar	5.307	2,55%	2,44	2,54
Boyacá	4.161	2,00%	3,25	3,75
Caldas	10.156	4,89%	10,22	11,81
Caquetá	2.104	1,01%	4,24	5,46
Casanare	1.014	0,49%	2,70	2,69
Cauca	4.989	2,40%	3,52	4,00
Cesar	5.874	2,83%	5,51	5,12



Departamento	Tutelas	Participación	Tasa de tutelas por mil habitantes	Tasa de tutelas por mil afiliados
Choco	835	0,40%	1,62	1,94
Córdoba	6.103	2,94%	3,41	3,72
Cundinamarca	5.761	2,77%	2,05	2,59
Guainía	183	0,09%	4,21	4,18
Guaviare	278	0,13%	2,40	3,71
Huila	5.124	2,47%	4,28	4,69
La guajira	864	0,42%	0,83	1,00
Magdalena	2.809	1,35%	2,16	2,15
Meta	4.564	2,20%	4,49	4,90
Nariño	4.391	2,11%	2,43	3,09
Norte de Santander	13.167	6,34%	9,46	9,44
Putumayo	498	0,24%	1,39	1,63
Quindío	4.049	1,95%	7,04	7,99
Risaralda	9.724	4,68%	10,05	10,59
San Andres Islas	392	0,19%	5,00	6,99
Santander	12.578	6,05%	6,02	6,17
Sucre	1.403	0,68%	1,60	1,48
Tolima	6.629	3,19%	4,67	5,43
Valle del Cauca	23.488	11,31%	4,94	5,53
Vaupés	100	0,05%	2,23	3,19
Vichada	145	0,07%	1,88	1,88
Sin identificar	8	0,00%		
Nacional	207.734	100,00%	4,17	4,46

Fuente: Construcción propia MSPS, datos Corte Constitucional, DANE, BDUA 2018

Nota: el total de la población afiliada es de 46'623.525, de la cual, 1'104.397, corresponde a regímenes especiales y de excepción. La información de los afiliados a estos regímenes no está disponible por departamento, dado que se trata de regímenes no regulados por el SGSSS.

A nivel municipal, en 1.028 municipios se presentó al menos una acción de tutela.

Así las cosas, Concordia-Antioquia (33,92), Alcalá-Valle del Cauca (32,93) y Ocaña-Norte de Santander (25,07), registraron la tasa de tutelas más alta por 1.000 habitantes.

Al agrupar los municipios por quintiles de acuerdo con su número de habitantes (tabla 6), se observa que las dos ciudades más grandes del país que concentran el 29% de la población, presentan una tasa de 3,0 tutelas por cada mil habitantes.

Por su parte, los 768 municipios más pequeños, los cuales concentran el 19% de la población, tienen una tasa de 2,1 tutelas por cada mil habitantes. La mayor tasa (6,3) de tutelas, corresponde a las ciudades con población entre 114.562 y 482,287 habitantes.



Tabla 6. – tasa de acciones de tutela por mil habitantes, agrupada por municipios según el tamaño de la población, año 2018

Agrupación de la población de los municipios por quintiles	Municipios		Población		Tutelas		Tasa de tutelas x mil habitantes
	Q	%	Q	%	Q	%	
Quintil 1- Municipios con población menor a 29,378 habitantes	775	75,39%	9.978.680	18,97%	23.031	11,09%	2,31
Quintil 2- Municipios con población Entre a 29,526 y 113.954 habitantes	195	18,97%	10.028.623	20,16%	33.692	16,22%	3,36
Quintil 3- Municipios con población Entre a 114.562 y 482,287 habitantes	45	4,38%	9.916.886	20,24%	62.599	30,14%	6,31
Quintil 4 - Municipios con población Entre a 483.286 y 2'445,405 habitantes	11	1,07%	9.199.601	18,77%	49.721	23,94%	5,40
Quintil 5 - Municipios con población mayor a 2'529,403 habitantes	2	0,19%	10.710.450	21,86%	38.679	18,62%	3,61
Total	1.028	100,00%	49.834.240	100,00%	207.722	100,00%	4,17

Fuente: Construcción propia MSPS, 2018. Datos entregados por la Corte Constitucional.

Nota: No fue posible identificar el municipio de origen de la tutela en 12 registros, dado que en el campo "Juez_P_Instance", de la información recogida de los expedientes suministrados por la Corte Constitucional, no se encuentra dicha información.

4.2 Forma de representación en las acciones de tutela

Por regla general, en materia de salud la acción de tutela es interpuesta por la persona que estima vulnerado su derecho, sin embargo, en el análisis realizado en el presente informe se pudo evidenciar que el 50% de los accionantes la ejercieron directamente y que ello se concentró en mayor cantidad en los grupos de edades entre los 45 a 64 años. Continúa en orden la representación por agencia oficiosa con un 32,66%, figura esta que preponderantemente es utilizada por las personas de 65 años y más.

Tabla 7. - Distribución por formas de representación en las acciones de tutela, versus rango de edad, año 2018

Formas de representación	Representación por rango de edad en años							Total	Part. (%)
	<1	1 a 5	6 a 14	15 a 44	45 a 64	65 o más	No específica		
A título propio				552	778	384	409	2.123	49,81%
Curador tutor padres	40	107	155	64	2	4	37	409	9,60%
Otra forma de agencia oficiosa	13	44	74	233	261	582	185	1.392	32,66%
Personería, Defensoría del pueblo e ICBF	6	19	15	42	59	64	35	240	5,63%
Representada por abogado	1	2	5	16	24	15	34	97	2,28%
Representante legal de la entidad							1	1	0,02%



Formas de representación	Representación por rango de edad en años								
	<1	1 a 5	6 a 14	15 a 44	45 a 64	65 o más	No específica	Total	Part. (%)
Total	60	172	249	907	1.124	1.049	701	4.262	100,00 %

Fuente: Construcción propia MSPS, 2018. Datos de la muestra de tutelas recogida de la Corte Constitucional

4.3 Distribución de las acciones de tutela por rango de edad y género de los accionantes

En 2018 no se observa una diferencia marcada por sexo cuando se requirió algún servicio de salud, aunque las tutelas interpuestas por mujeres representan el 53,34% del total, como se evidencia en la tabla 8.

Con relación a la edad, se encuentra que los grupos de 45-64 años y mayores de 65 años son los que mayormente acuden a la acción de tutela. También se observa que de la población de 65 años o más, equivalente al 8,06% de la población general, acuden a dicha acción el 34,61%, seguido de la población entre 45-64 años, que corresponde al 20,19% de la población general, de cuyo grupo etario interponen acciones de tutela el 26,67%, como se ilustra a continuación:

Tabla 8. - Distribución de las acciones de tutela por rango de edad y género de los accionantes, año 2018

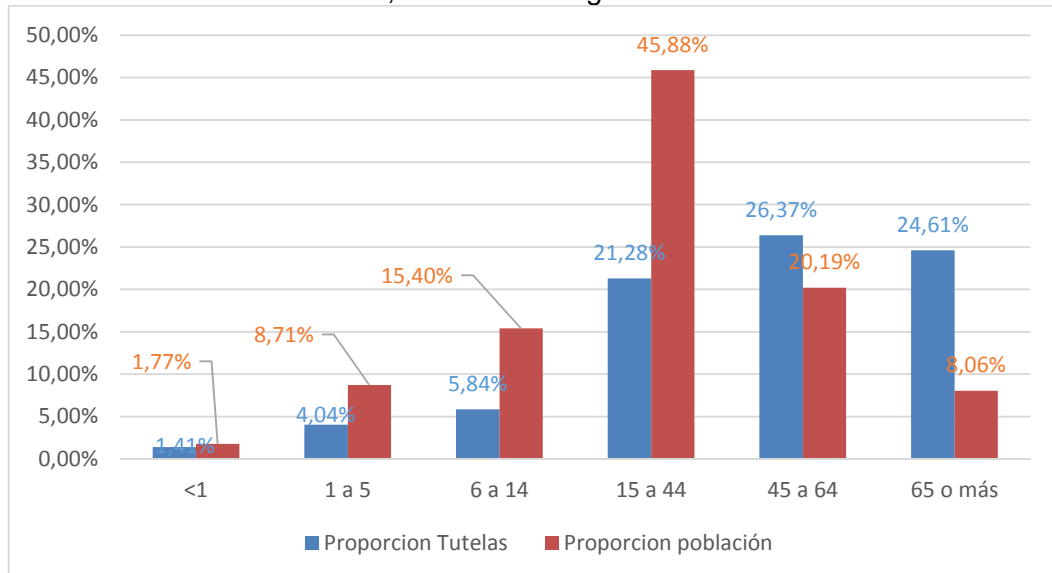
Rango de Edad	Femenino		Masculino		Total	
	Cant.	Proporción	Cant.	Proporción	Cant.	Proporción
<1	28	46,67%	32	53,33%	60	1,41%
1 a 5	72	41,86%	100	58,14%	172	4,04%
6 a 14	110	44,18%	139	55,82%	249	5,84%
15 a 44	479	52,81%	428	47,19%	907	21,28%
45 a 64	663	58,99%	461	41,01%	1.124	26,37%
65 o más	603	57,48%	446	42,52%	1.049	24,61%
No específica	289	41,23%	412	58,77%	701	16,45%
Total	2.244	52,65%	2.018	47,35%	4.262	100,00%

Fuente: Construcción propia MSPS, 2018
Datos de la muestra de tutelas recogida de la Corte Constitucional

Lo anterior guarda coherencia con la transición epidemiológica y la carga de la enfermedad para el caso de la población de los rangos entre los 44 y 64 años y más de 64 años. Ello, pues el envejecimiento de la población por lo general genera una mayor presión sobre los servicios de salud, debido a las mayores necesidades en salud de estos grupos poblacionales, tal como lo ha señalado la Organización Mundial de la Salud- OMS.



Gráfico 2 - Comparación de la proporción de acciones de tutela presentadas durante el año 2018, versus los rangos de edad

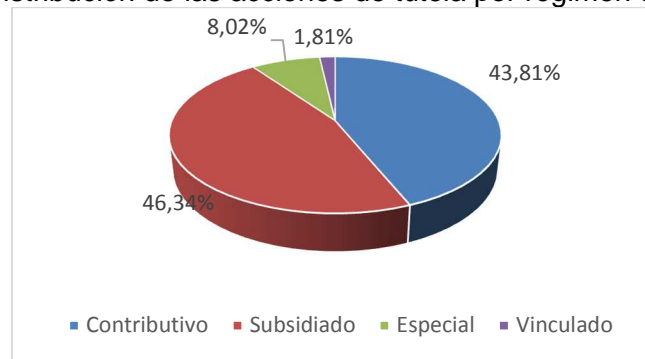


Fuente: Construcción propia MSPS, 2018. Datos de la muestra de tutelas recogida de la Corte Constitucional y proyecciones DANE

4.4 Distribución de las acciones de tutela por régimen de afiliación

La información generada de la muestra de los expedientes de tutela suministrados por esa Corporación en cuanto a régimen de aseguramiento al cual pertenecen los accionantes, arrojó los siguientes resultados: del total de la muestra, el 46,34% de los accionantes pertenece al Régimen Subsidiado, seguido del 43,81% al Régimen Contributivo, mientras que 8,02% están afiliados a un régimen especial o de excepción. Es del caso resaltar que del análisis a la información se encuentra por primera vez que los afiliados al Régimen Subsidiado ocuparon un mayor porcentaje en la presentación de acciones de tutela, con respecto a los del Régimen Contributivo. A continuación se ilustra la distribución por régimen de afiliación, así:

Gráfico 3 - Distribución de las acciones de tutela por régimen de afiliación 2018



Fuente: Construcción propia MSPS, 2018. Datos de la muestra de tutelas recogidas de la Honorable Corte Constitucional



4.5 Distribución de las acciones de tutela en función de la EPS aseguradora y del total de población que tiene afiliada

Del análisis a la información suministrada por esa Corporación respecto de las entidades aseguradoras contra las que se interpusieron acciones de tutela durante el año 2018, se extrae la información que se detalla a continuación:

Tabla 9. - Distribución del total de acciones de tutela según EPS por cada 1.000 afiliados, año 2018

EPS	# Tutelas en salud		# Afiliados	Tasa de tutelas / mil afiliados
	Cantidad	Porcentaje		
Aliansalud	114	0,06%	213.884	0,53
Ambuq	2.598	1,48%	828.009	3,14
Asmet Salud	9.027	5,14%	1.896.367	4,76
Cajacopi	1.395	0,79%	885.039	1,58
Capital Salud	3.140	1,79%	1.164.129	2,70
Capresoca	328	0,19%	180.365	1,82
Comfachocó	191	0,11%	174.413	1,10
Comfacor	1.591	0,91%	547.792	2,90
Comfacundi	390	0,22%	120.808	3,23
Comfamiliar Cartagena	2.859	1,63%	170.543	16,76
Comfamiliar Guajira	101	0,06%	224.012	0,45
Comfamiliar Huila	565	0,32%	573.817	0,98
Comfamiliar Nariño	94	0,05%	182.569	0,51
Comfaoriente	549	0,31%	122.077	4,50
Comfasucre	102	0,06%	118.409	0,86
Comfenalco Valle	708	0,40%	235.037	3,01
Comparta	7.554	4,30%	1.741.441	4,34
Compensar	1142	0,65%	1.453.843	0,79
Convida	2.394	1,36%	549.961	4,35
Coomeva EPS	22.951	13,08%	2.306.768	9,95
Coosalud	5.528	3,15%	2.047.501	2,70
Cruz Blanca	1.971	1,12%	460.031	4,28
Ecoopsos	2.951	1,68%	300.926	9,81
Emdisalud	1.358	0,77%	456.983	2,97
Emssanar	7.231	4,12%	1.904.666	3,80
Famisanar	2.907	1,66%	2.137.565	1,36
Medimas EPS	23.071	13,14%	4.173.518	5,53
Mutual ser	1.507	0,86%	1.599.064	0,94
Nueva EPS	22.455	12,79%	4.619.246	4,86
Salud Total EPS	8.686	4,95%	2.714.237	3,20
Saludvida	5.457	3,11%	1.212.187	4,50
Sanitas	3.677	2,09%	2.432.286	1,51



EPS	# Tutelas en salud		# Afiliados	Tasa de tutelas /
	Cantidad	Porcentaje		mil afiliados
Savia Salud	21.309	12,14%	1.707.471	12,48
SOS	5.363	3,06%	924.356	5,80
Sura	4.260	2,43%	2.933.632	1,45
1. Total EPS	175.524	95,50%	43.312.952	4,05
AIC	356	43,52%	477.511	0,75
Anas Wayuu	20	2,44%	184.312	0,11
Dusakawi	121	14,79%	208.904	0,58
Mallamas	225	27,51%	312.017	0,72
Pijaos	96	11,74%	83.502	1,15
2. Eps indígenas	818	0,45%	1.266.246	0,65
3. Empresas adaptadas	92	0,05%	49.270	1,87
4. Regímenes especiales	7.353	4,00%	1.995.057	3,69
5. Total (1+2+3+4)	183.787	99,00%	46.623.525	3,94
Cafam	6	0,00%		
Cafesalud EPS	1626	0,93%		
Caprecom	15	0,01%		
Colsubsidio	15	0,01%		
Comfaboy	62	0,04%		
Comfanorte	1	0,00%		
Manexka	2	0,00%		
Saludcoop	31	0,02%		
6. Eps liquidadas	1.758	0,95%		
7. Eps sin identificar	96	0,05%		
Total (5+6+7)	185.641	100,00%		

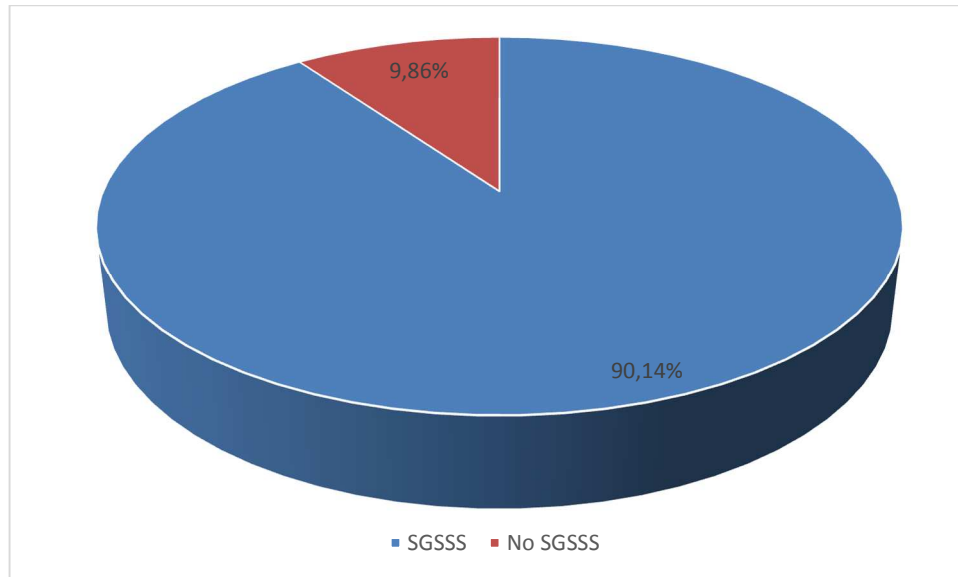
Fuente: Construcción propia MSPS, 2018, Datos entregados por la Corte Constitucional.

Nota: La descripción de la entidad demanda según información del expediente de tutela, permite identificar que se trata de una EPS, más en algunos casos no es posible precisar a cuál corresponde, razón por la que se registran "EPS sin identificar".

Como se observa de la anterior tabla 9, las EPS con mayor número de tutelas por afiliado para el año 2018 fueron en su orden, Comfamiliar Cartagena con 16,76, Savia Salud con 12,48 tutelas por cada 1.000 afiliados, seguida de COOMEVA con una tasa de 9,95 y ECOOPSOS con una tasa de 9,81.

4.6 Distribución de las acciones de tutelas impetradas contra entidades del SGSSS y contra otras entidades que no hacen parte del SGSSS

Gráfico 4 Distribución de las acciones de tutelas impetradas contra entidades del SGSSS y contra otras entidades que no hacen parte del SGSSS



Fuente: Construcción propia MSPS, 2018. Datos del total de tutelas recogida de la Corte Constitucional

5 “Causa de la solicitud” por la que se acude a la acción de tutela

Como lo establece la herramienta de recolección de la información, la “*causa de la solicitud*”, corresponde a la causa de tipo administrativo o médico que desencadenó en la acción de tutela, ejemplo, solicitud de servicio del Plan de Beneficios que no ha sido negada pero está demorada, solicitud de servicio de salud no incluido en el Plan de Beneficios, que fue aprobada pero que está demorada, solicitud de atención integral, entre otros, cuyo análisis se realiza con base en los problemas jurídicos a que refiere tanto la Sentencia T-760 de 2008, como el numeral 7.3.3 del Auto 590 de 2016.

Bajo este orden de ideas, con la finalidad de identificar la “*causa de la solicitud*”, fue necesario determinar criterios de selección que agruparan las solicitudes en categorías y sub categorías para poder hacer un análisis comprensible.

Así las cosas, antes de describir los principales resultados de este análisis, es importante aclarar que el número de solicitudes en la generalidad de los casos, es mayor que el número de acciones de tutela, razón por la cual, en este aparte la unidad de análisis la constituye la “*causa de la solicitud*” y no necesariamente la tutela.

También debe aclararse que la información a tomar y analizar es la correspondiente a los 4.160 expedientes de la muestra, relacionados exclusivamente con el derecho a la salud, excluyendo los 102 expedientes cuyas acciones corresponden a ámbitos distintos.



5.1 Comportamiento de las acciones de tutela en función de la “causa de la solicitud”, por la que más se acudió a este mecanismo constitucional durante el año 2018 y el porcentaje que representan frente a la totalidad de la muestra

Del análisis a la información contenida en los expedientes correspondientes a las acciones de tutela del año 2018, se encuentra que lo más requerido fue la “Solicitud de servicio de salud del Plan de Beneficios que no ha sido negada pero está demorada” (41,22%), seguido de “Solicitud de atención integral” con el 23,39% y “Solicitud de servicio de salud no incluido en el Plan de Beneficios que fue aprobada pero está demorada” con un 14,99%, lo que se discrimina en la tabla 10

Tabla 10. - agrupación de los servicios más requeridos, en consideración a la “causa de la solicitud” que desencadenó en las acciones de tutela en salud durante el año 2018 y el porcentaje que representan frente a la totalidad de la muestra

Categorías de solicitudes	Régimen				Nº Casos	Porcentaje
	Contributivo	Especial	Subsidiado	Vinculado		
Solicitud de servicio de salud del Plan de Beneficios que no ha sido negada pero está demorada	1.630	399	1.867	61	3.957	41,22 %
Solicitud de atención integral	924	130	1.157	34	2.245	23,39 %
Solicitud de servicio de salud no incluido en el Plan de Beneficios que fue aprobada pero esta demorada	577	75	778	9	1.439	14,99 %
Solicitud de servicio negado por ser NOPBSUPC	545	73	749	18	1385	14,42 %
Solicitud de exención de cuotas moderadoras o copagos.	158	10	141	12	321	3,34%
Solicitud de traslado de una persona a la que se le niega por otras razones	40	6	35	11	92	0,96%
Solicitud de prestador específico por parte del paciente, no existe una atención previa	21	7	23	1	52	0,54%
Solicitud de que se mantenga un mismo prestador	20	2	8	1	31	0,32%
Solicitud de servicio de salud	5		17		22	0,23%
Solicitud de reconocimiento de incapacidad por enfermedad general negada por pago tardío.	15		1		16	0,17%
Solicitud de servicio que es negado porque fue ordenado por un médico particular no adscrito a la red.	8	3	5		16	0,17%
Portabilidad, movilidad, traslados	5		2		7	0,07%
Solicitud de documentos: historia clínica	2	1	3		6	0,06%
Solicitud de licencia de maternidad o paternidad negada porque no cotizó todo el embarazo o cotizó tardíamente.	5				5	0,05%
Solicitud de prestación de servicios que son negados por mora en la cotización.	3		1		4	0,04%
Servicio Prescrito por el médico tratante y negado por estar expresamente excluido			1		1	0,01%
Solicitud de prestación de servicios que son negados porque el cotizante cambio su situación laboral a desempleado			1		1	0,01%



Total	3.958	706	4.789	147	9.600	100,00 %
-------	-------	-----	-------	-----	-------	-------------

Fuente: Construcción propia MSPS, 2018.

Datos de la muestra de tutelas recogida de la Corte Constitucional

Nota: Como se señaló anteriormente, una acción de tutela puede contener varias solicitudes, por lo que el número de solicitudes no necesariamente debe coincidir con el de acciones de tutela.

La solicitud de “servicio negado por no tener prescripción médica y no ser Plan de Beneficios”, de acuerdo con información recogida de los expedientes de los fallos de tutela, corresponde a acciones impetradas en las que no media prescripción de médico de la red de prestadores de la EPS.

Tabla 11. - Agrupación de los servicios más requeridos, en consideración a la “causa de la solicitud” que desencadenó en las acciones de tutela en salud durante los años 2015 a 2018 y el porcentaje que representan frente a la totalidad de la muestra

Categorías de solicitudes	Porcentaje			
	2015	2016	2017	2018
Solicitud de servicio de salud del Plan de Beneficios que no ha sido negada pero está demorada	27,30%	29,58%	43,25%	41,22%
Solicitud de atención integral	27,57%	29,61%	18,55%	23,39%
Solicitud de servicio de salud no incluido en el Plan de Beneficios que fue aprobada pero esta demorada	2,84%	11,86%	17,14%	14,99%
Solicitud de servicio negado por ser NOPBSUPC	30,58%	19,79%	13,77%	14,42%
Solicitud de exención de cuotas moderadoras o copagos.	4,39%	5,59%	4,16%	3,34%
Solicitud de traslado de una persona a la que se le niega por otras razones	1,24%	0,88%	0,89%	0,96%
Solicitud de prestador específico por parte del paciente, no existe una atención previa	1,32%	0,66%	0,85%	0,54%
Solicitud de que se mantenga un mismo prestador	0,77%	0,73%	0,46%	0,32%
Solicitud de reconocimiento de incapacidad por enfermedad general negada por pago tardío.	1,50%	0,42%	0,30%	0,17%
Solicitud de servicio que es negado porque fue ordenado por un médico particular no adscrito a la red.	0,35%	0,27%	0,26%	0,17%
Solicitud de servicio de salud negado por pertinencia médica	0,68%	0,20%	0,16%	0,23%
Solicitud de licencia de maternidad o paternidad negada porque no cotizó todo el embarazo o cotizó tardíamente.	0,86%	0,25%	0,10%	0,05%
Solicitud de prestación de servicios que son negados por mora en la cotización.	0,17%	0,06%	0,04%	0,04%
Solicitud de documentos: historia clínica	0,42%	0,10%	0,02%	0,06%
Total	100%	100%	100%	100%

Fuente: Construcción propia MSPS, 2015- 2018.

Datos de la muestra de tutelas recogida de la Corte Constitucional

Nota: Como se señaló anteriormente, una acción de tutela puede contener varias solicitudes, por lo que el número de solicitudes no necesariamente debe coincidir con el de acciones de tutela.

La solicitud de “servicio negado por no tener prescripción médica y no ser Plan de Beneficios”, de acuerdo con información recogida de los expedientes de los fallos de tutela, corresponde a acciones impetradas en las que no media prescripción de médico de la red de prestadores de la EPS.



6 Comportamiento de las acciones de tutela en función de las “solicitudes” formuladas dentro de dichas acciones

Según lo establecido en la herramienta de recolección de la información, las “solicitudes”, corresponden al tipo de servicio que se requiere en la acción de tutela y que da origen a la misma, por ejemplo, tratamiento integral, citas médicas, dispositivos médicos, exámenes de laboratorio, medicamentos, prótesis, etc.

Ahora, de la misma forma que para el caso de las “causa de la solicitud”, las “solicitudes” se han agrupado por categorías, preservando las del año anterior.

Al respecto, debe aclararse que en una misma tutela y por una misma “causa de solicitud”, pueden presentarse “solicitudes” en las que se incluyan varios servicios de salud, relacionados por ejemplo con tecnologías en salud, trámites administrativos como solicitud de historia clínica o prestaciones como viáticos, manutención, entre otros. Así, una tutela cuya “causa de la solicitud” pudiera clasificarse dentro de las categorías de solicitud de (i) servicio de salud no incluido en el Plan de Beneficios que fue aprobado pero está demorado y (ii) solicitud de atención integral, puede incluir a título de “solicitudes”, varios servicios como una cita con especialista, el inicio de un tratamiento farmacológico y una cirugía. En este caso tenemos una (1) tutela, con dos (2) “causas de la solicitud” y tres (3) “solicitudes”.

Así las cosas, del análisis a la información contenida en los expedientes referentes a las acciones de tutela del año 2018, se encuentra que las “solicitudes”, vale decir, el tipo de servicio solicitado más requerido fue “tratamiento integral”, seguido de “citas médicas” y “medicamentos”, tal como se detalla en la tabla 12.

Tabla 12. – Comparativo agrupación de “solicitudes”, en consideración al tipo de servicio solicitado en las acciones de tutela en salud, vigencia 2018 y el porcentaje que representan frente a la totalidad de la muestra

Servicio	Solicitud Principal		Solicitud Adicional		Total	
	Nº Casos	% Part	Nº Casos	% Part	Nº Casos	% Part
Tratamiento integral	2.517	26,23%	265	46,09%	2.782	27,35%
Citas médicas	1.365	14,22%	83	14,43%	1.448	14,24%
Medicamento	1.193	12,43%	16	2,78%	1.209	11,89%
Procedimiento	908	9,46%	19	3,30%	927	9,11%
Viáticos	889	9,26%	62	10,78%	951	9,35%
Insumo para el aseo personal	429	4,47%	22	3,83%	451	4,43%
Imagen diagnostica	405	4,22%	18	3,13%	423	4,16%
Cirugía plástica reparadora o funcional	236	2,46%	0	0,00%	236	2,32%
Contingencias económicas	197	2,05%	4	0,70%	201	1,98%



Servicio	Solicitud Principal		Solicitud Adicional		Total	
	Nº Casos	% Part	Nº Casos	% Part	Nº Casos	% Part
Afiliaciones	185	1,93%	2	0,35%	187	1,84%
Exámenes de laboratorio y complementarios	181	1,89%	10	1,74%	191	1,88%
Referencia y contrarreferencia	181	1,89%	1	0,17%	182	1,79%
Prótesis u órtesis	180	1,88%	10	1,74%	190	1,87%
Suplemento dietario	177	1,84%	1	0,17%	178	1,75%
Recurso humano (at)	115	1,20%	5	0,87%	120	1,18%
Cosméticos	101	1,05%	2	0,35%	103	1,01%
Dispositivo medico	71	0,74%	4	0,70%	75	0,74%
Atención domiciliaria (at)	60	0,63%	3	0,52%	63	0,62%
Material de curación	56	0,58%	11	1,91%	67	0,66%
Enseres	47	0,49%	2	0,35%	49	0,48%
Servicio de ambulancia	46	0,48%	7	1,22%	53	0,52%
Cirugía plástica estética, cosmética o de embellecimiento	31	0,32%	0	0,00%	31	0,30%
Análisis conductual aplicado (aba)	11	0,11%	0	0,00%	11	0,11%
Exoneración de Copagos y Cuotas Moderadoras	9	0,09%	28	4,87%	37	0,36%
Traslado o movilidad o portabilidad	7	0,07%	0	0,00%	7	0,07%
Total	9.597	100%	575	100%	10.172	100,00%

Fuente: Construcción propia MSPS, 2018.

Datos de la muestra de tutelas recogida de la Corte Constitucional

Tabla 13. Agrupación de los servicios más requeridos, en consideración de las “solicitudes” que desencadenaron en las acciones de tutela en salud durante los años 2015 a 2018 y el porcentaje que representan frente a la totalidad de la muestra

Servicio	Porcentaje			
	2015	2016	2017	2018
Tratamiento integral	24,06%	33,23%	25,11%	26,23%
Citas médicas	12,31%	9,09%	13,83%	14,22%
Medicamento	10,06%	13,34%	11,73%	12,43%
Procedimiento	5,73%	4,73%	9,89%	9,46%
Viáticos	8,33%	9,21%	9,19%	9,26%
Insumo para el aseo personal	5,00%	3,37%	3,46%	4,47%
Imagen diagnostica	2,64%	2,80%	4,41%	4,22%
Cirugía plástica reparadora o funcional	5,21%	6,71%	3,24%	2,46%



Servicio	Porcentaje			
	2015	2016	2017	2018
Contingencias económicas	2,29%	1,65%	2,42%	2,05%
Afiliaciones	2,09%	2,57%	2,24%	1,93%
Exámenes de laboratorio y complementarios	2,69%	1,87%	2,21%	1,89%
Referencia y contrareferencia	2,21%	3,05%	2,47%	1,89%
Prótesis u ortesis	2,05%	1,40%	1,79%	1,88%
Suplemento dietario	2,14%	1,13%	1,82%	1,84%
Recurso humano at	1,87%	1,36%	1,36%	1,20%
Cosméticos	1,07%	0,47%	1,00%	1,05%
Dispositivo medico	1,45%	1,00%	0,79%	0,74%
Atención domiciliaria at	1,29%	0,80%	0,97%	0,63%
Material de curación	0,64%	0,54%	0,55%	0,58%
Enseres	0,89%	0,18%	0,48%	0,49%
Servicio de ambulancia	0,94%	0,65%	0,51%	0,48%
Cirugía plástica estética, cosmética o de embellecimiento	0,79%	0,53%	0,31%	0,32%
Análisis conductual aplicado aba	0,28%	0,16%	0,16%	0,11%
Traslado o movilidad o portabilidad				0,32%
Documentos	0,31%	0,13%	0,00%	0,00%
Terapias aplicadas con música o animales	0,25%	0,05%	0,00%	0,00%
No aplica	3,43%	0,00%	0,08%	

Fuente: Construcción propia MSPS, 2018. Datos de la muestra de tutelas recogida de la Corte Constitucional

6.1 Citas médicas más reclamadas vía acción de tutela, año 2018, por especialidad

Tabla 14. Distribución de citas médica por especialidad más requeridas, año 2018

Especialidad médica	N° Casos	% Part
Medicina interna	123	9,01%
Ortopedia	111	8,13%
Oftalmología retinología	102	7,47%
Neurología	81	5,93%
Psiquiatría	62	4,54%
Urología	60	4,40%
Otorrinolaringología	57	4,18%
Medicina del trabajo del deporte	55	4,03%
Cirugía general	53	3,88%
Anestesiología	45	3,30%



Especialidad médica	N° Casos	% Part
Oncología	44	3,22%
Cardiología	43	3,15%
Fisiatría	38	2,78%
Ginecología y obstetricia	38	2,78%
Endocrinología	37	2,71%
Gastroenterología	34	2,49%
Dermatología	32	2,34%
Neurocirugía	32	2,34%
Nutricionista	32	2,34%
Neumología	28	2,05%
Medicina general	25	1,83%
Hematología	24	1,76%
Neuropediatría	24	1,76%
Nefrología	23	1,68%
Pediatría	19	1,39%
Angiología y cirugía vascular	17	1,25%
Odontología	17	1,25%
Traumatología	16	1,17%
Genetista	14	1,03%
Reumatología	12	0,88%
Alergología	9	0,66%
Cirugía plástica, estética y reparadora	9	0,66%
Neuropsicología	8	0,59%
Rehabilitación	8	0,59%
Cirugía oral y maxilofacial	6	0,44%
Infectología	6	0,44%
Hepatología	4	0,29%
Radiología	4	0,29%
Cirugía ortopédica y traumatología	3	0,22%
Inmunología	3	0,22%
Medicina intensivista	2	0,15%
Cirugía pediátrica	1	0,07%
Cirugía torácica	1	0,07%
Geriatría	1	0,07%
No aplica	1	0,07%
Terapias físicas de lenguaje y demás relacionadas	1	0,07%
Total	1.365	100,00%



Fuente: Construcción propia MSPS, 2018.
Datos de la muestra de tutelas recogida de la Corte Constitucional

La oportunidad en la asignación de citas médicas especializadas puede verse afectada por diversas causas, entre otras:

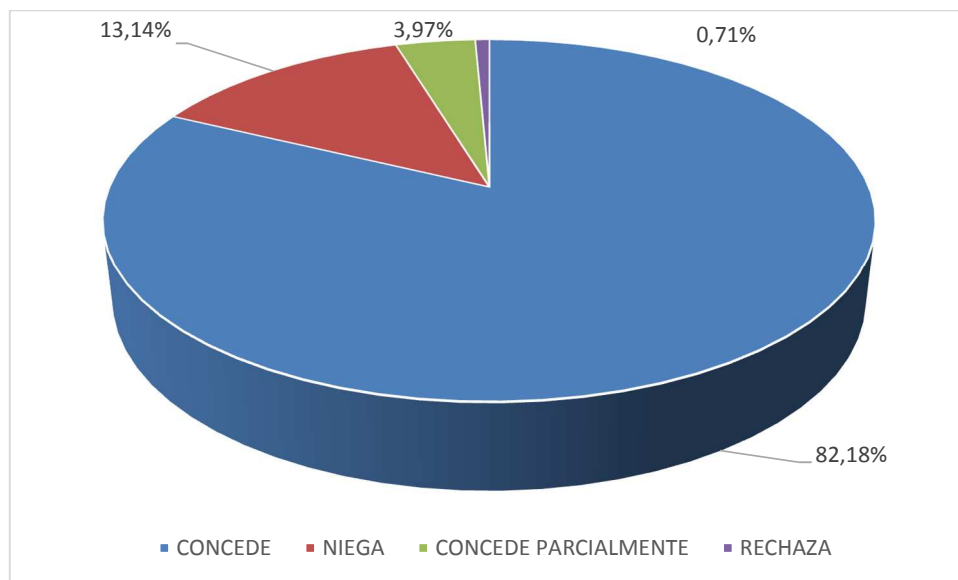
- I. Escasez de especialistas para el servicio requerido.
- II. Concentración de especialistas en las grandes urbes del territorio nacional. De acuerdo con el Registro Único de Talento humano en Salud (ReTHUS) y la ubicación laboral reportada en la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes al SGSSS, para el año 2016 se observa una mayor densidad de profesionales de la salud en las zonas urbanas (102 por cada 10 mil habitantes), respecto a las zonas rurales (40,8) y dispersas (28,1).
- III. Saturación de solicitudes de atención por especialista debido a dificultades en la capacidad resolutoria de los primeros niveles de atención, que remiten los casos a prestadores de mayor complejidad.

7 Caracterización de las decisiones judiciales

En esta sección se abordará el sentido de las decisiones judiciales.

7.1 Fallos de primera instancia

Gráfico 5 Fallos judiciales en primera instancia 2018



Fuente: Construcción propia MSPS, 2018
Datos de la Corte Constitucional

La información de la anterior gráfica se construyó a partir de la relación de expedientes de tutelas remitidas por la Corte Constitucional (207.734)



Ahora bien, la información para la construcción de la tabla 15, se tomo del análisis de los expedientes de la muestra (4.160)

Tabla 15. Agrupación de decisiones judiciales de primera instancia 2018

Decisiones judiciales de primera instancia	Nº Casos	Porcentaje
Concede todo lo solicitado	2.704	65,00%
Concede parcialmente lo solicitado	919	22,09%
Niega lo solicitado porque es un hecho superado porque se suministró el servicio mientras se tramitaba la tutela	292	7,02%
Niega por improcedente	198	4,76%
Niega por una acción temeraria	24	0,58%
Niega lo solicitado por daño consumado por muerte del demandante	10	0,24%
Niega porque existían otros recursos o medios de defensa	7	0,17%
Niega lo solicitado porque el demandante tenía capacidad económica	3	0,07%
Niega porque se trata de hechos de carácter general impersonal o abstractos	2	0,05%
Niega lo solicitado porque se concluyó que el servicio no era necesario para proteger la vida o la integridad del paciente	1	0,02%
Total	4.160	100,00%

Fuente: Construcción propia MSPS, 2018.

Datos de la muestra de tutelas recogida de la Corte Constitucional

Nota: No incluye los registros ámbito "no salud" (102 registros)

7.2 Impugnaciones

En la tabla 16 se detalla el comportamiento de los intervinientes en las acciones de tutela, según se hubiese o no promovido la impugnación del fallo, así:

Tabla 16. Relación de acuerdo con la impugnación del fallo de primera instancia 2018

Impugnación de fallo primera instancia	Nº Casos	Porcentaje
No se impugnó	3.264	78,46%
Impugnó la EPS	691	16,61%
Impugnó el demandante	117	2,81%
Impugno régimen de excepción - otras entidades relacionadas	64	1,54%
Impugno entidad territorial - otras entidades relacionadas	9	0,22%
Impugnó la IPS	9	0,22%
Impugno EPS - otras entidades relacionadas	3	0,07%
Impugno EPS - entidad territorial	2	0,05%
Impugnó entidad territorial - régimen de excepción	1	0,02%
Total	4.160	100,00%

Fuente: Construcción propia MSPS, 2018. Datos: Honorable Corte Constitucional



8 Indicadores de goce efectivo del derecho – GED

A partir del año 2014 este Ministerio dio inicio a la construcción del Sistema de Evaluación y Calificación de Actores – SEA, proceso que actualmente permite a través de la divulgación de resultados, que públicamente se conozca la información relacionada con la gestión del riesgo, la implementación de programas de prevención y control de enfermedades, los resultados en la atención de la enfermedad, la prevalencia de enfermedades de interés en salud pública, así como la calidad de la atención en salud y la satisfacción de los usuarios frente a la gestión de los actores del SGSSS.

Los indicadores utilizados para la construcción del SEA son indicadores trazadores², que dan cuenta de los aspectos fundamentales de la atención en salud que reciben los usuarios, por tal razón el SEA se constituye en una herramienta idónea para medir el goce efectivo del derecho a la salud. Los resultados de la información del SEA (2014-2017), se encuentran disponibles en la página web Observatorio Nacional de Calidad de en salud <http://oncalidadsalud.minsalud.gov.co> / Publicaciones / Sistema de Calificación y Evaluación de Actores SEA.

9 Circunstancias manifestadas por las EPS frente a los resultados del informe de tutelas 2017

Este Ministerio en aras de contar con una visión integral frente a la problemática relacionada con las acciones de tutela en el sector salud, remitió a las EPS los resultados del informe de tutelas 2017 y paralelamente, realizó reunión de trabajo con ellas y les solicitó, informar las causas internas por las cuales consideran que los usuarios se ven enfrentados a hacer uso de dicho mecanismo constitucional para hacer efectivo su derecho a la salud.

9.1 Principales causas manifestadas por las EPS, como generadoras de la presentación de acciones de tutela

1. Falta de resolutiveidad en el primer nivel de atención, los médicos generales derivan los pacientes a los especialistas, cuando la condición de salud del paciente podría haber sido resuelta por el médico general.
2. Multiplicidad de remisiones a subespecialidades y equipos interdisciplinarios.
3. Disponibilidad de personal de salud, existen limitaciones de personal de salud, especialmente de especialidades clínicas y sus subespecialidades, estas limitaciones se acentúan en las ciudades intermedias y regiones apartadas
4. Demanda inducida de especialistas, el especialista no devuelve al paciente al primer nivel de atención cuando se ha resuelto el problema de salud y continua

² El Indicador trazador se define como “una condición diagnóstica típica de una determinada especialidad médica o de una institución, que refleje de forma fiable la globalidad de la asistencia brindada. Puede ser una enfermedad de diagnóstico frecuente en la cual las deficiencias en la asistencia se consideran comunes y susceptibles de ser evitadas, y en las que se puede lograr beneficio al corregir esas deficiencias”. (Chassin MR. Quality of Health Care, Part 3: Improving the quality of care. Editorial. NEJM, 1996, 335(14):1060-63).



- asignándole citas periódicas de monitoreo que podría atender el médico general en el primer nivel de atención.
5. Agendamiento de pacientes con tratamientos ya instaurados: Pacientes con enfermedades crónicas y tratamientos predefinidos copan buena parte de las agendas de los especialistas, limitando la disponibilidad de agenda a nuevos pacientes.
 6. Sugerencias medicas por fuera de la prescripción (fuera de Mipres), el profesional de la salud sugiere o prescribe un tratamiento que no está incluido en el Plan de Beneficios, no obstante, este encontrarse recomendado por las guías de práctica clínica y la evidencia científica.
 7. No existe oferta de servicios de salud en el lugar donde reside el usuario y se le asignan las citas en lugares diferentes al de su residencia.
 8. Dificultades para articular y hacer converger el transporte, la hotelería, el cuidador del paciente y el servicio de salud cuando se requiere el traslado de pacientes a otros lugares.
 9. En algunas regiones los prestadores de servicios de salud asumen posiciones dominantes respecto de determinados servicios y especialidades, lo que incrementa excesivamente el costo del servicio, exigiendo pago anticipado, negándose a asignar y agendar los procedimientos, incluso cuando han sido cancelados de manera anticipada por la EPS.
 10. Exigencia de algunos prestadores de servicios de salud en cuanto a que las EPS asuman el pago de los servicios incluidos en el Plan de Beneficios y en las exclusiones y dificultad o imposibilidad de la EPS de realizar el recobro ante los entes territoriales o ADRES.
 11. Los prestadores de servicios de salud se niegan a prestar los servicios no incluidos en el Plan de Beneficios, dado el no pago de la EPS.
 12. El usuario exige la atención en salud por fuera de la red prestadora de servicios de salud de que dispone la EPS para el efecto.
 13. La libre elección del paciente, en ocasiones satura la disponibilidad de un prestador específico, mientras el resto de la red está disponible.
 14. Incumplimiento de citas por parte de los usuarios, lo que no permite que las EPS ajusten oportunamente la agenda, lo que se ha incrementado dada la ausencia de medidas coercitivas sobre el particular.
 15. Exigencias de los usuarios de insumos que no están incluidos en el Plan de Beneficios o con características y marcas específicas.
 16. El usuario acude directamente a la acción de tutela sin adelantar los trámites de autorización ante la EPS.
 17. Se vencen las órdenes médicas y los usuarios no las refrendan y acuden directamente a la acción de tutela.
 18. Trámites y demoras en autorizaciones de algunos servicios, el usuario se debe desplazar a un lugar diferente al lugar donde se le brindó el servicio y no cuenta con información suficiente sobre el trámite.
 19. Dificultades para la radicación ante los entes territoriales de los recobros por concepto de servicios no incluidos en el Plan de Beneficios de los afiliados al



- Régimen Subsidiado, pues algunas entidades territoriales no autorizan el procedimiento el salud o su pago si no media una acción de tutela.
20. Mediante acción de tutela, en algunas ocasiones, las EPS del Régimen Subsidiado son conminadas a asumir con cargo a la UPC, el costo de intervenciones cuya financiación corresponde a las entidades territoriales.
 21. Tercerización del suministro de medicamentos e insumos sin suficiente control por parte de la EPS.
 22. Solicitud de medicamentos que no están incluidos en el Plan de Beneficios y/o en el momento no se encuentran autorizados por el IMVIMA.
 23. En determinados casos tanto los trámites administrativos, como su disposición, demoran el acceso a algunos medicamentos.
 24. En ciertas ocasiones, las EPS se ven obligadas a asumir costos de transporte sin que estén cubiertos por UPC diferencial.
 25. Inducción del uso de la tutela por parte de los prestadores de servicios de salud como mecanismo para acceder a algunos servicios (ejemplo: terapias ABA), para posicionar nuevas tecnologías y cubrir exclusiones entre otras.
 26. Limitaciones del conocimiento médico por parte de los jueces de tutela, lo que hace que los fallos y sanciones derivadas no guarden coherencia con la condición real del paciente, la atención brindada y los roles y responsabilidades de los diferentes agentes (EPS, IPS y entidades territoriales).
 27. En algunos fallos de tutela no se diferencia entre cuidado asistencial y el cuidado familiar y entre la prestación de servicios de salud y servicios estéticos. Se solicitan cuidadores para las actividades domésticas, cuidadores sombra, suplementos alimenticios para suplir deficiencia nutricional, cirugías estéticas, pago de arriendos y servicios públicos, que si bien pudieran ser conexos con el derecho a la salud, no todos están cubiertos con los recursos de la UPC.
 28. Discrepancias interpretativas respecto del concepto de “integralidad” por parte de los diferentes agentes del SGSSS, usuarios y operadores judiciales.
 29. Traslados masivos por liquidación de EPS, la ampliación de la red de prestadores con ajuste a la entrada de nuevos afiliados y su ubicación no permite a la EPS brindar los servicios de manera adecuada e inmediata.

9.2 Acciones que manifiestan las EPS, vienen adelantando para contrarrestar el uso de la acción de tutela como mecanismo para acceder a los servicios de salud.

Se describen a continuación las acciones que algunas EPS manifiestan vienen implementando

1. Auditoria permanente con monitoreo de indicadores de oportunidad y planes de ajuste.
2. Seguimiento a la capacidad de la red para ampliarla en caso de requerirse.
3. Adelanto de acciones para la implementación de las redes integrales de prestadores de servicios de salud.
4. Monitoreo y retroalimentación a red de prestadores.
5. Centralización de procesos administrativos



6. Fortalecimiento de la capacidad resolutoria del médico personal y apoyo mediante interconsultas, chats.
7. Mejoramiento de los procesos de autorización, permitiendo que el prestador las gestione en línea e implementación de autorizaciones masivas.
8. Disposición en línea de información que le permite al usuario consultar en línea el estado de su afiliación, el reporte de novedades, estado de autorizaciones.
9. Gestión de la prescripción y capacitación a médicos en materia de prescripciones
10. Autonomía del especialista, conforme al protocolo y plan de manejo del paciente.
11. Fortalecimiento de centrales de citas.
12. Gestión de agendas: organización de agendas para desplazar un especialista al municipio de residencia de un grupo de usuarios u organizar un grupo de usuarios para desplazarlos en conjunto a otra ciudad.
13. Monitoreo de la frecuencia de urgencias y fortalecimiento de la consulta prioritaria para descongestionar los triage 3 y 4.
14. Creación de líneas específicas de contacto para el seguimiento de la oportunidad de la atención en determinados grupos de pacientes (ejemplo, pacientes con cáncer y pacientes que interponen tutelas).
15. Ruta preferencial para los pacientes oncológicos y determinados grupos poblacionales. Una vez se identifica el paciente, se generan las autorizaciones, medicamentos, procedimientos y consultas de manera inmediata.
16. Seguimiento a opiniones y sugerencias.
17. Acompañamiento a los usuarios respecto de la asignación y oportunidad en el acceso a citas médicas, procedimientos y demás servicios de salud.

9.3 Acciones sugeridas por las EPS para impactar en el uso de la acción de tutela

1. Tener en consideración la capacidad de pago de los usuarios al momento de fallar una acción de tutela.
2. Brindar asistencia a los jueces sobre el funcionamiento del SGSSS.
3. Apoyo de los entes de control a las EPS para contrarrestar los posibles abusos de algunos usuarios.
4. Fortalecimiento de la telemedicina.

10 Medidas adoptadas

10.1 Implementación de tres mecanismos para garantizar el acceso a los servicios de salud a todos los colombianos, como consecuencia de la puesta en marcha de la Ley Estatutaria en Salud – 1751 de 2015

El mecanismo de protección colectiva – Servicios incluidos en el Plan de Beneficios financiados con cargo a la UPC. Con anterioridad a la entrada en vigencia de la Ley 1751 de 2015, las actualizaciones al entonces Plan Obligatorio de Salud – POS, se enmarcaban en el ámbito de la Ley 100 de 1993, donde existía el plan con sus respectivas



exclusiones, a pesar de la existencia de tecnologías y servicios en salud aprobados para su uso en el territorio nacional

El mecanismo de protección individual – Servicios prescritos a través de la herramienta MIPRES (listado explícito de servicios y tecnologías) en el Régimen Contributivo y financiados con cargo a los recursos que administra la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES, o garantizados por la entidad territorial en el Régimen Subsidiado, financiados con cargo a los recursos que ellas administran. Esta herramienta a nivel territorial viene siendo implementada por Bogotá y los departamentos de Atlántico, Cauca y Nariño.

La herramienta en cuestión, fue diseñada para registrar y reportar las prescripciones de tecnologías en salud no financiadas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC y servicios complementarios que son ordenados por los profesionales de la salud tratantes.

Con MIPRES se elimina el trámite de autorización que realizaban las EPS a través de los Comités Técnico-Científicos (CTC), se reducen los trámites administrativos para el acceso a los servicios y tecnologías no financiados con recursos de la UPC y se fortalece la autonomía médica, redundando en mayor oportunidad en la disposición y entrega de estas tecnologías en salud y servicios complementarios, además de la trazabilidad de información y su disponibilidad en tiempo real, lo que posibilita obtener datos del tiempo que tarda cada EPS en hacer entrega efectiva de los servicios y por ende, facilita las acciones de seguimiento y control.

Igualmente, las EPS deben reportar a través de los servicios web implementados en MIPRES, la información relacionada con el suministro efectivo de las tecnologías en salud y servicios complementarios, lo que constituye requisito para la presentación de recobros ante la ADRES. Esta información permite establecer los tiempos de entrega al paciente y si existen causas de no entrega total, parcial o diferida.

Actualmente, la herramienta MIPRES, además de reducir los trámites administrativos y por tanto los tiempos de prestación de los servicios y entregas de tecnologías, medicamentos e insumos, suministra información en tiempo real de los servicios no incluidos en el Plan de Beneficios con Cargo a la UPC, que se están prescribiendo y si dichos servicios efectivamente han sido suministrados al paciente. La citada herramienta además de disponer información sobre la entrega, permite consultar los tiempos desde la prescripción, el direccionamiento y la entrega efectiva.

Dadas las bondades de la herramienta tecnológica en mención, se prevé que en el primer trimestre de 2019 se incorpore la información de las prescripciones a “MISEGURIDADSOCIAL”, para que el ciudadano en forma segura y sin menoscabo de la protección de datos personales, pueda ver las prescripciones que le fueron autorizadas y su estado de suministro.



A través de esta herramienta tecnológica el profesional de la salud tratante una vez agotadas las tecnologías incluidas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, puede prescribir las demás tecnologías que se encuentran disponibles y autorizadas en el país, sin requerir mayores trámites administrativos, por lo cual inmediatamente la herramienta tecnológica genera la autorización correspondiente para que sea suministrada o garantizada por parte de la EPS.

Solo para tres casos específicos como es la prescripción de medicamentos del listado UNIRS (usos no incluidos en el registro sanitario), soporte nutricional ambulatorio y servicios complementarios requerirán el aval de una junta de profesionales, conformada en la misma institución prestadora de servicios de salud en la que se hizo la prescripción. Sin embargo, dicho aval no se requerirá cuando se trate de soporte nutricional ambulatorio prescrito a pacientes con enfermedades huérfanas, pacientes con VIH, pacientes con cáncer terminal, con insuficiencia renal crónica en estadio. Tampoco se requerirá cuando se trate de prescripción de pañales cuya cantidad sea inferior o igual a 120 pañales al mes. Para estos casos bastará la prescripción por parte del profesional de la salud tratante.

Así las cosas, con la implementación de la citada herramienta se busca evitar la negación de prestaciones no financiadas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, que constituye según los informes que se han venido presentando, una de las principales causas por las que se acude a la acción de tutela. Este mecanismo financia el 10 % de los procedimientos en salud y cerca del 46 % de los medicamentos, autorizados por la autoridad competente.

Mecanismo de exclusiones. Listado explícito de los servicios y tecnologías que no financia el SGSSS, por cumplir los criterios de exclusión establecidos en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015

Así las cosas, atendiendo lo establecido por la Corte Constitucional en la Sentencia C 313 de 2014, respecto del punto de partida del derecho fundamental a la salud, la estructura actual del sistema de salud prevé que los servicios y tecnologías en salud autorizados en el país, están disponibles para la prescripción de los usuarios (bien sea a través del mecanismo de protección colectiva o del individual), quedando excluidos únicamente los servicios y tecnologías que cumplen los criterios consagrados por el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015 y que actualmente se encuentran enlistadas en la Resolución 5267 de 2017.

Bajo este contexto se tiene que para el paciente o el personal de salud prescriptor, el contenido del derecho es transparente pues las tecnologías y servicios en salud autorizadas en el país están disponibles para su prescripción o uso según corresponda y solo quedan excluidas las tecnologías en salud que cumplan con los criterios establecidos en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015, encontrándose actualmente en este grupo 43 tecnologías (Resolución 5267 de 2017).



De la implementación de los precitados tres (3) mecanismos, se tiene:

- Que el límite al derecho no es el Plan de Beneficios, financiado con la Unidad de Pago por Capitación - UPC (mecanismo de protección colectiva), sino las exclusiones y la aplicación de los criterios para el efecto.
- Que actualmente se encuentra estructurado un esquema que permite determinar con claridad y sin dudas la fuente de financiación de las tecnologías y servicios en salud autorizados en el país. Ello pues se tiene total certeza de lo financiado con la UPC (mecanismo de protección colectiva) y con recursos de la ADRES o de las entidades territoriales - mecanismo de protección individual según se trate del Régimen Contributivo (MIPRES) o del Régimen Subsidiado.
- Que el modo de financiación actualmente es indiferente para el paciente y para el médico, porque lo que el paciente requiere está cubierto y todas las prestaciones en salud incluidas en la atención para cada individuo según su necesidad.

10.2 Unificación de los Planes de Beneficio

En cumplimiento de los mandatos legales y de lo ordenado por la Corte Constitucional en la Sentencia T 760 de 2008, de manera progresiva se procedió con la unificación de los entonces Planes Obligatorios de Salud (POS) de los regímenes Contributivo y Subsidiado, lo cual fue implementado por grupos etarios, ajustando en cada oportunidad la UPC del Régimen Subsidiado, en la medida en que se igualaba el respectivo Plan de Beneficios con el del Régimen Contributivo, para asegurar la prestación oportuna de los servicios de salud unificados.

El proceso de unificación también ha conllevado la materialización del principio de enfoque diferencial, tan es así que el Ministerio de Salud y Protección Social viene reconociendo un incremento a la UPC de las EPS Indígenas, así como primas adicionales para zonas especiales por dispersión geográfica, al igual que una prima adicional por zona alejada del continente para el departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina

10.3 Actualización en la Clasificación Única de Procedimientos en Salud - CUPS

Para empezar, es pertinente señalar que los procedimientos que financia el SGSSS deben estar descritos en la Clasificación Única de Procedimientos en Salud – CUPS, por lo que desde el año 2014 se ha venido trabajando y generando consensos con las diferentes sociedades científicas para establecer dicha clasificación, trabajo en el cual, estas revisan en conjunto con sus asociados los procedimientos que deben ser ajustados en su descripción o que requieren ser objeto de inclusión de acuerdo con las solicitudes de las diferentes especialidades médicas, todo ello en pro de que se establezca la denominación correcta que deben tener estos procedimientos para que todos los actores del SGSSS, acojan dicha descripción y de esa manera, se hable un mismo idioma.



Así las cosas, cuando cada profesional de la salud denomina un procedimiento a su manera, ello abre la posibilidad de que se nieguen servicios, por lo que el uso obligatorio de la CUPS por parte de todos los actores del SGSSS, minimiza tal posibilidad.

Ahora bien, en razón a los avances científicos en materia de salud, la medida adoptada prevé la actualización permanente de la CUPS, cuyo procedimiento para el efecto se encuentra establecido en la Resolución 3804 de 2016 de este Ministerio, de manera que se trata de una gestión continua, técnica, dinámica, participativa y transparente, validada por expertos, de ahí que anualmente, a través de las sociedades científicas se pueden sugerir los cambios requeridos en la CUPS, en busca de la materialización del interés general.

Bajo este orden se tiene que las actualizaciones en la CUPS se encuentran en consonancia con la descripción de los procedimientos del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, al igual que con el listado de procedimientos de la herramienta tecnológica Mipres, de forma tal que las tecnologías en salud disponibles en el país, se garanticen bien mediante el mecanismo de protección colectiva o el individual.

10.4 Portabilidad nacional y movilidad entre regímenes

En la actualidad los afiliados al SGSSS pueden acceder a la atención en salud a través de su misma EPS en cualquier municipio o lugar del país, lo que impone a dichas entidades (EPS), la adecuación de su red de prestadores de servicios de salud para garantizar a los usuarios la atención que estos demanden a lo largo del territorio nacional y no solo en el municipio donde se realizó la afiliación, en aplicación de la referida medida.

La medida en cuestión también prevé las reglas de movilidad entre regímenes para afiliados focalizados en los niveles I y II del Sistema de Identificación de Beneficiarios-SISBEN, por lo que los colombianos de más escasos recursos pueden moverse entre el Régimen Subsidiado y el Contributivo, sin necesidad de cambiar de EPS, con lo cual se reducen los trámites que enfrentaba el afiliado y se evita la falta de oportunidad en la atención.

10.5 Continuidad en la afiliación – Sistema de Afiliación Transaccional – SAT

Como se señaló en el informe de la vigencia anterior, en consideración a que las reglas de la afiliación en aspectos como reporte de novedades y cobertura familiar, también impactan en las acciones de tutela, se ha venido trabajando en la unificación y actualización de dichas reglas y en la creación de un sistema de afiliación que permita el registro y consulta en tiempo real de la información básica y complementaria de los afiliados y sus novedades, conocido como Sistema de Afiliación Transaccional – SAT.



Se prevé entonces que el SAT constituya la solución informática en WEB de tipo transaccional y que facilite a los colombianos y extranjeros residentes en el país, la afiliación al SGSSS y a quienes ya estén afiliados, la inscripción a una EPS y el reporte de sus novedades, tanto cuando se trate de persona natural, como de persona jurídica (aportante).

Como novedades del SAT se resaltan aquellas que venían afectando la inscripción como la reinscripción, la terminación, la movilidad o el traslado; la actualización de datos personales; el reporte de novedades de la relación laboral o de pensión y las relacionadas con la conformación del grupo familiar del cotizante o cabeza de familia.

Actualmente se ha dado al servicio a través del portal <https://miseguridadsocial.gov.co> el registro de personas y aportantes, el traslado entre EPS del mismo régimen, inclusión y exclusión de beneficiarios y algunas consultas. Como afiliado se tiene disponible la consulta del estado actual de la afiliación y los pagos realizados.

En el SAT las transacciones se validan y aprueban en tiempo real, lo que se comunica a la dirección electrónica que el afiliado haya autorizado.

De los beneficios del SAT se resaltan:

- Transparencia en el manejo de la información y el empoderamiento del afiliado, pues es él quien directamente actualiza su información.
- Consultas en línea
- Reducción de trámites administrativos
- Información centralizada de la afiliación
- Control de multiafiliación y fallecidos
- Reducción de costos de operación
- Reducción de volúmenes en el procesamiento de transacciones
- Control de asignación de los recursos del SGSSS
- Disposición ágil y oportuna de información para la dirección y control del SGSSS.

De los avances del SAT entre 2017 y 2018, se resaltan la implementación de las funcionalidades adicionales a la de la afiliación, a saber, i) el traslado de Entidad Promotora de Salud; ii) la inclusión y exclusión de beneficiarios y iii) la implementación de una prueba piloto, “*de inicio de relación laboral*”, en la cual el empleador es el Congreso de la República, prueba que inició en julio de 2018.

Ahora bien, el reporte de novedades al SGSSS, a través del SAT, inicio el 15 de marzo de 2018 con la novedad de traslado de EPS, a la fecha se han aprobado alrededor de 75.000 cambios de EPS en el portal www.miseguridadsocial.gov.co.

Por otra parte, en el 2018 también se dispuso la entrada en producción de otras funcionalidades, como son: i) novedades de relación laboral (inicio y terminación de



relación laboral); ii) afiliación institucional y de oficio y novedades de entes territoriales y Regímenes Especiales o de Excepción y iii) reportes a este Ministerio y EPS.

Para el año 2019 se tiene previsto avanzar en la implementación de las siguientes funcionalidades i) afiliación de poblaciones especiales por parte de las autoridades administrativas responsables de dichas poblaciones; ii) aplicación de novedades para las entidades territoriales y iii) reporte de terminación y pérdida de la capacidad laboral.

10.6 Política Farmacéutica

10.6.1 Compra centralizada de medicamentos para el tratamiento de la Hepatitis C crónica

Con miras a remover obstáculos frente al acceso a los medicamentos requeridos por los pacientes diagnosticados con la Hepatitis C crónica, este Ministerio a través de la Resolución 1692 de 2017 fijó los criterios para la compra centralizada de medicamentos para el tratamiento de la mencionada enfermedad, que realizó por intermedio del Fondo Rotatorio de la Organización Panamericana de la Salud – OPS.

Es así como en aplicación de dicho mecanismo, esta entidad adquirió medicamentos para 1.224 tratamientos, de los cuales se han distribuido el 74% a las EPS y 505 pacientes han sido prescritos vía MIPRES.

Como resultado de tal gestión se resalta la equidad en el acceso al tratamiento, el seguimiento clínico, la articulación entre los actores del SGSSS y el mejoramiento en la salud de las personas.

10.6.2 Usos no indicados dentro de los registros sanitarios de medicamentos

Otra de las acciones para desestimar la presentación de acciones de tutela en cuanto a acceso de medicamentos se refiere, la constituye la medida adoptada respecto de los Usos No Incluidos en el Registro Sanitario- UNIRS, que como de suyo se entiende, corresponde a aquellos usos o prescripciones excepcionales de medicamentos que requieren ser empleados en indicaciones, vías de administración, dosis o grupos de pacientes diferentes a los consignados en el registro sanitario otorgado por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA.

Es así como a través de la respectiva regulación (Resolución 1885 de 2018), se estableció el procedimiento de nominación, evaluación y aprobación de los UNIRS, previéndose que este Ministerio por iniciativa propia o a solicitud de las sociedades científicas, reporte al INVIMA los usos no incluidos en los registros sanitarios de los medicamentos que considere necesarios para salvaguardar la vida y salud de los



pacientes, adjuntando la evidencia científica que soporte la eficacia o efectividad y seguridad del uso no incluido en el registro.

Así mismo, la precitada resolución determinó que el listado oficial de medicamentos con UNIRS, estará compuesto por usos que habiendo cumplido el procedimiento de nominación, no cuentan con evidencia científica suficiente para dar certeza sobre su eficacia o efectividad, pero constituyen la única alternativa terapéutica disponible para los pacientes, según lo determine el INVIMA luego de culminada la evaluación farmacológica del uso.

También se prevé que el uso será evaluado periódicamente por el INVIMA a la luz de la nueva evidencia que pueda surgir de acuerdo con los procedimientos definidos para este fin, de manera que pueda tomarse una decisión de fondo sobre su eficacia o efectividad y determinar si se incluye o no en el registro sanitario.

Lo anterior, permite que el medio tratante pueda prescribir los medicamentos que se encuentren en dicho listado y que por tanto, se minimice la posibilidad de acudir a la acción de tutela.

10.6.3 Gestión del desabastecimiento de medicamentos

Igualmente para impactar en el desabastecimiento de medicamentos respecto de casos que se confirmen sobre el particular y por ende, para desestimar la presentación de acciones de tutela por tal concepto, el Ministerio de Salud y Protección Social implementó un procedimiento que tiene como objetivo mitigar dicha situación cuando no se dispone de alternativas terapéuticas esenciales y/o de interés en salud pública e identificar las medidas para prevenir situaciones futuras que pongan en riesgo la provisión de los mismos mediante la implementación de acciones estratégicas hacia los actores implicados en la red de suministro.

En el marco de esta herramienta se han generado las alertas de desabastecimiento de múltiples medicamentos y adoptado alternativas para que los pacientes tengan acceso a los medicamentos.

Actualmente se viene trabajando de forma conjunta con el INVIMA, por tratarse de un asunto cuya competencia radica esencialmente en la autoridad sanitaria debido a que la situación se encuentra asociada a la información disponible en los registros sanitarios.

10.7 Habilitación de servicios de oncología

A este Ministerio le corresponde efectuar la habilitación de servicios de oncología (artículo 58 de la Ley 1438 de 2011, modificado por el artículo 118 del Decreto Ley 019). Es así



como hasta la vigencia 2018, con el acompañamiento del Instituto Nacional de Cancerología, se había realizado la verificación y habilitación de 1129 servicios de oncología, solicitada por diferentes prestadores de servicios de salud, cuya distribución por tipo de servicio y entidad territorial se detalla a continuación:

Tabla 17. Servicios de oncología habilitados entre los años 2012 y 2018, por grupo de servicio

Tipo de Servicio	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	TOTAL
Consulta Externa	212	53	110	132	123	136	93	859
Quirúrgicos	31	11	31	16	32	14	14	149
Quimioterapia	30	4	17	11	12	9	6	89
Radioterapia	3	1	6	5	2	1	3	21
Medicina Nuclear	0	1	4	2	2	1	1	11
Total	276	70	168	166	171	161	117	1129

Fuente: Base de datos de programación de visitas de servicios nuevos de oncología con corte a noviembre 30 de 2018 – Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria – Ministerio de Salud y Protección Social

Tabla 18. Servicios habilitados entre los años 2012 a 2018 por entidad territorial

DEPARTAMENTO	2012-2016	2017	2018
AMAZONAS	0	0	0
ANTIOQUIA	114	16	13
ARAUCA	0	0	0
ATLANTICO	95	11	3
BOGOTA D.C.	88	36	48
BOLIVAR	42	1	0
BOYACA	3	0	0
CALDAS	21	2	4
CASANARE	7	0	8
CAQUETA	0	0	0
CAUCA	11	39	0
CESAR	33	4	14
CHOCO	3	0	0
CORDOBA	5	1	0
CUNDINAMARCA	41	0	0
GUAINIA	0	0	0
GUAVIARE	0	0	0



DEPARTAMENTO	2012-2016	2017	2018
HUILA	5	8	2
LA GUAJIRA	7	0	0
MAGDALENA	31	5	0
META	16	1	0
NARIÑO	37	6	2
NORTE DE SANTANDER	31	5	0
PUTUMAYO	0	0	0
QUINDIO	4	1	0
RISARALDA	41	10	3
SAN ANDRES	2	0	0
SANTANDER	52	3	8
SUCRE	20	0	0
TOLIMA	22	3	5
VALLE DEL CAUCA	120	9	7
VAUPES	0	0	0
TOTAL NACIONAL	851	161	117

Fuente: Base de datos de programación de visitas de servicios nuevos de oncología con corte a noviembre 30 de 2018 – Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria – Ministerio de Salud y Protección Social

10.8 Habilitación de Unidades Funcionales para la Atención Integral del Cáncer del Adulto “UFCA” y de Unidades de Atención de Cáncer Infantil “UACAI”-Resolución 1447 de 2016

Durante el año 2017 este Ministerio habilitó a la Fundación Hospital San Pedro como UFCA y en julio de 2018 habilitó al Hospital Infantil Los Ángeles como UACAI, ambas ubicadas en el departamento de Nariño.

Con corte a noviembre de 2018 se encontraban en curso de habilitación los siguientes prestadores de servicios de salud:

Tabla 19 Instituciones Prestadoras de Servicios de salud con Unidades Funcionales para la atención del cáncer habilitadas en el año 2018

Nombre de institución	Habilitación como UFCA	Habilitación como UACAI	Ubicación
Clínica Oncológica Aurora	X		Departamento de Nariño
Fundación Valle del Lili	X	X	Departamento del Valle



Clínica Materno Infantil San Luis		X	Departamento de Santander
Clínica la Estancia S.A	X	X	
Clínica Somer	X		Departamento de Antioquia

Fuente: Base de datos de programación de visitas de servicios nuevos de oncología con corte a noviembre 30 de 2018 – Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria – Ministerio de Salud y Protección Social

10.9 Fortalecimiento de la capacidad instalada de las Empresas Sociales del Estado – ESE

Para inversiones en infraestructura y dotación hospitalaria de la red pública de prestadores de servicios de salud, el Ministerio de Salud y Protección Social ha venido asignando anualmente recursos, tal como se detalla en la tabla 20. Particularmente, para el año 2017, el monto ascendió a \$230.158.010.056 y a diciembre 31 de 2018, a \$63.472.084.633.

Tabla 20. Recursos para el fortalecimiento de la capacidad instalada de las ESE Minsalud. 2014 – 2018

Tipo de Proyecto	2014	2015	2016	2017	2018	Valor Asignado MSPS	Total Proyectos Apoyados
Infraestructura en Salud	34.930.445.149	125.496.057.643	34.138.134.788	168.716.305.056	32.578.884.677	395.859.827.312	99
Dotación equipo médico	41.372.803.840	37.304.248.483	11.430.448.663	29.636.300.000	22.995.799.956	142.739.600.942	391
Transporte asistencial (TAB,TAM)	16.902.940.000	12.936.456.345	10.988.145.063	24.744.405.000	6.897.400.000	72.469.346.408	765
Unidad Médico Odontológica	120.000.000	1.649.100.000	5.651.000.000	7.061.000.000	1.000.000.000	15.481.100.000	87
Total	93.326.188.988	177.385.862.471	62.207.728.514	230.158.010.056	63.472.084.633	626.549.874.662	1.342

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres. Corte a diciembre de 2018.

10.10 Saneamiento fiscal y financiero de las ESE

El objeto de dicha medida es que este Ministerio en virtud del artículo 80 de la Ley 1438 de 2011, categorice anualmente el riesgo de las ESE de nivel territorial, de forma tal que las que se ubiquen en riesgo medio o alto, adopten el respectivo Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero, en los términos establecidos por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, programa que entre otras medidas, les permite a dichas entidades (ESE), acceder a los recursos del Fondo de Salvamento y Garantías para el



Sector Salud - FONSAET, administrados por la ADRES, para superar las dificultades financieras que las llevaron a tal nivel de riesgo en la categorización.

A continuación se presenta la información referente a los recursos asignados a las ESE categorizadas en riesgo medio o alto y la respectiva fuente de financiación, así:

Tabla 21. Saneamiento fiscal y financiero de ESE - fuentes de financiación

Fuente	Acto administrativo	Valor girado
Presupuesto General de la Nación – Ministerio de Salud y Protección Social	Resolución 4501 de 2012	32.270.918.031
	Resolución 4654 de 2013	27.645.800.000
	Resolución 4874 de 2013	149.000.000.000
Fonsaet	Resolución 5938 de 2014	81.865.663.238
	Resolución 5321 de 2015	42.506.666.667
	Resolución 3845 de 2016	66.368.439.021
	Resolución 6136 de 2016	6.833.936.051
	Resolución 1179 de 2017	8.335.050.819
	Resolución 3132 de 2017	66.906.712.050
	Resolución 4522 de 2017	10.000.000.000
TOTAL		491.733.185.877

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social – Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria. Corte 31 de marzo de 2018

En lo que respecta a la vigencia 2018, este Ministerio por Resolución 4885 del 7 de noviembre de la misma anualidad, realizó la asignación de recursos del FONSAET, asignando a los departamentos de Córdoba, Magdalena, Nariño y Norte de Santander, un total de \$31.245.026.839 y a las ESE Hospital Federico Lleras Acosta, Hospital Departamental de Villavicencio, Hospital Universitario del Caribe de Cartagena, ESE Rio Grande de la Magdalena del municipio de Magangué y Hospital San José de Maicao, que registran medida de intervención forzosa administrativa para administrar, impuesta por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, un total de \$54.984.090.967.

10.11 Giro directo de la Unidad de Pago por Capitación – UPC a los prestadores del Régimen Subsidiado

A través de esta medida se busca agilizar el flujo de recursos hacia las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del Régimen Subsidiado, en pro de la garantía del acceso a dichos servicios por parte de la población afiliada a este régimen. Es así como durante el año 2018, de acuerdo con la información suministrada por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud-ADRES, las referidas instituciones recibieron recursos para la financiación del aseguramiento de la población en comento, por valor de \$13,6 billones, tal como se referencia en la siguiente tabla:

Tabla 22. Valores girados a los prestadores de servicios de salud del Regimen Subsidiado durante el año 2018, en aplicación de la medida de giro directo (\$ cifras en pesos)



Mes	Valor girado (\$ cifras en pesos)
ENERO	1.063.247.862.422
FEBRERO	1.055.164.194.939
MARZO	1.089.092.775.913
ABRIL	1.125.904.019.085
MAYO	1.134.537.222.995
JUNIO	1.120.691.760.311
JULIO	1.123.490.380.390
AGOSTO	1.134.538.584.162
SEPTIEMBRE	1.133.675.308.174
OCTUBRE	1.169.902.944.067
NOVIEMBRE	1.232.329.800.898
DICIEMBRE	1.226.244.693.702
Total general	13.608.819.547.058

Fuente: ADRES

10.12 Medidas para determinar el hecho cierto de la entrega de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC y servicios complementarios que deban recobrase a la ADRES

Con el objeto de verificar que al usuario al que le sea ordenado por parte del médico tratante una tecnología en salud no financiada con cargo a la UPC o un servicio complementario, efectivamente le sea entregado y cuyos valores correspondientes deban recobrase a la ADRES, el Ministerio expidió la Resolución 1885 de 2018³, donde se prevé el reporte de la respectiva información por parte de las EPS o de las Entidades Obligadas a Compensar-EOC a este Ministerio.

Es así como desde el pasado 10 de julio de 2018 se dio inicio a la Fase 1 del Módulo de Proveedor – Dispensador (enrolamiento de proveedores), módulo en el cual se deben inscribir todas las entidades que hagan suministro de las tecnologías en salud que se prescriben a través de MIPRES. Estas entidades son activadas en la red de proveedores de las EPS.

Ahora bien, a partir del 1º de enero de 2019, las EPS y EOC entraron a la operación del módulo de proveedores con 1 proveedor y a partir del 1º de marzo de 2019, ingresaron en forma obligatoria todos los proveedores, lo que permite tener certeza respecto a la entrega efectiva de la tecnología o servicio complementario ordenado.

10.13 Propuesta – Aihospital

Con el propósito de mejorar las condiciones de acceso y calidad de la atención en salud y teniendo en cuenta que en aproximadamente ochocientos municipios del país la red pública de prestadores de servicios de salud se constituye en oferente única en servicios

³ “Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC, de servicios complementarios y se dictan otras disposiciones”



trazadores, se plantea el fortalecimiento de dicha red mediante la propuesta “*Al Hospital*”, que busca desarrollar cinco (5) líneas de trabajo, a saber, infraestructura, dotación, talento humano, servicios y liquidez, trabajo que se busca desarrollar de forma conjunta entre este Ministerio y la mesa interinstitucional conformada, entre otros por la Superintendencia Nacional de Salud y los grupos de asistencia técnica y seguimiento que articulan esfuerzos para hacer acompañamiento a las diferentes instituciones.

Para la primera etapa de este programa se priorizaron la ESE Hospital San Andrés de Tumaco, ESE Hospital San José de Maicao, ESE Hospital Luís Ablanque de la Plata de Buenaventura, ESE Hospital San Juan de Dios de Puerto Carreño, ESE Hospital San Rafael de Leticia, Nueva ESE Hospital Departamental San Francisco de Asís de Quibdó, ESE Hospital Rosario Pumarejo de López de Valledupar, y el Hospital de San Andrés y Providencia.

11 Medidas a adoptar año 2019

11.1 Medidas propuestas en el Plan Nacional de Desarrollo

11.1.1 Centralización de la verificación, control y pago de los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la Unidad de Pago por Capitación –UPC- de la población afiliada al Régimen Subsidiado, por parte de la Nación

Se ha evidenciado que los recursos disponibles para financiar las tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación -NOPBSUPC- de los afiliados al Régimen Subsidiado, son insuficientes para algunos territorios, debido a la ausencia de estandarización de procesos de gestión en las entidades territoriales; al desconocimiento de la concentración de la oferta de servicios asociados a los servicios y tecnologías NOPBSUPC y a la fuga de recursos en algunas entidades territoriales.

En este sentido, la administración de los recursos para cubrir NOPBSUPC de la población afiliada al Régimen Subsidiado por parte de los departamentos y distritos, presenta cuatro retos a solucionar: i) deudas acumuladas, ya que según información que reposa en el Ministerio de Salud y Protección Social, existe una deuda acumulada de \$933 mil millones a diciembre de 2017, ii) ineficiencia en el uso de los recursos disponibles, iii) fuga de recursos en algunas entidades territoriales y iv) ausencia de estandarización de procesos de reconocimiento y pago de los servicios y tecnologías NOPBSUPC, que generan inequidades en el acceso desde el punto de vista territorial.

Se encuentra entonces que existe desigualdad en la concentración de la oferta de los servicios de salud desde la perspectiva territorial. Esta



concentración tiene incidencia directa en la acumulación de deuda de algunas entidades territoriales, contrario a lo que sucede con algunas otras que no ejecutan la totalidad de recursos. Bajo este orden, el monto de recursos disponibles para la financiación de los servicios de salud NOPBSUPC de la población afiliada al Régimen Subsidiado, aunque podrían resultar suficientes bajo un manejo mancomunado de recursos a nivel nacional, son insuficientes para financiar dichos gastos en un esquema de fondos descentralizados.

Además, la ausencia de estandarización de los procesos de gestión (existen tantos procesos como departamentos y distritos), supone unos tiempos disímiles para el reconocimiento y pago en el territorio, lo que llega a afectar el acceso de los usuarios del Régimen Subsidiado a este tipo de tecnologías, dificultando igualmente el proceso de monitoreo y aplicación de planes de mejora que hagan más transparente la cadena para los beneficiarios de los pagos.

En consecuencia, la iniciativa propuesta para el plan nacional de desarrollo, pretende solucionar estas problemáticas, indicando que será competencia de la Nación financiar y pagar los servicios y NOPBSUPC de todos los afiliados al SGSSS, sin que exista diferencias por régimen, con el propósito de que la administración del recurso que financia tales servicios y tecnologías, esté a cargo en su totalidad de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES, así como la auditoría de las cuentas que soportan su pago y el desembolso de lo correspondiente, garantizando un acceso oportuno y equitativo en todo el territorio nacional.

11.1.2 Incentivos a la calidad y los resultados en salud

A través de la proyecto de Plan Nacional de Desarrollo (artículo 137, propuesto por esta cartera), se plantea un esquema de incentivos a la calidad y los resultados en salud. El objetivo del artículo propuesto es incentivar a los actores del SGSSS a obtener mejores resultados en salud, así como a mejorar la oportunidad a través de un pago asociado a los resultados, mediante incentivos monetarios o de reconocimiento social y empresarial.

Lo anterior se prevé financiar con cargo a los recursos provenientes de la cotización de los afiliados al Régimen Contributivo, utilizados hoy para inducción de demanda asociada a la promoción y prevención. Con la aplicación de un pago por resultados, sin afectar la prima pura que requiere el asegurador para garantizar la atención a sus afiliados, se pretende generar mejoras sustanciales en la oportunidad de la atención en salud.



11.1.3 Indicadores aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social

Por último, el Ministerio de Salud y Protección Social se encuentra comprometido con mejorar de la oportunidad de la atención en salud, como quiera que ello constituye una de las principales causas por las que los usuarios acuden a la acción de tutela. Por esta razón, en el marco de la propuesta de Plan Nacional de Desarrollo y los indicadores de resultado con los que se medirá al sector salud, esta Cartera Ministerial propuso tres indicadores asociados a la oportunidad de la atención, los cuales que se presentan a continuación:

Tabla 23. Propuesta de indicadores de resultado

Nombre del Indicador	Línea de Base	Meta 2022
Porcentaje de usuarios que considera fácil o muy fácil acceder a un servicio de salud	43,4%	51,0%
Días transcurridos entre la fecha del diagnóstico y la fecha de inicio del primer ciclo de quimioterapia para leucemia aguda	15,9	5,0
Porcentaje de EPS que otorgan cita a consulta de medicina general en cinco (5) días o menos	80,0%	100,0%

12 Referencias

Cuenta de Alto Costo. (04 de 10 de 2017). *Quiénes somos*. Obtenido de Cuenta de Alto Costo: Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo: <https://cuentadealtocosto.org/site/index.php/quienes-somos>

Departamento Administrativo Nacional de Estadística-DANE. (04 de 10 de 2017). *Estadísticas por tema*. Obtenido de Estadísticas Vitales Nacimientos y Defunciones: <http://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/nacimientos-y-defunciones>

Garcia, A., & al., e. (2006). Measuring the performance of health care services: a review of international experiences and their. *Gac Sanit*, 20(4), p. 316-324.

Gaviria, A. (13 de diciembre de 2017). *Ley Estatutaria: protección colectiva, protección individual y exclusiones*. Obtenido de Alejandro Gaviria : <http://agaviria.blogspot.com.co/2017/03/ley-estatutaria-proteccion-colectiva.html>

INS. (2017). *Boletín Epidemiológico Semanal Semana 52*. Obtenido de Instituto Nacional de Salud: <http://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2017> Boletín epidemiológico semana 52.pdf



Instituto Nacional de Salud. (24 de 10 de 2017). *Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública*. Obtenido de SIVIGILA: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Paginas/sivigila.aspx>

Ley 1751. (2015). *Por medio del cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*. Bogotá, D.C. : Congreso de Colombia.

Ministerio de la Protección Social. (2009). *1er Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud "INCAS Colombia 2009"*. Bogotá D.C.

Ministerio de Protección Social. (2009). *1er. Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud*. Bogotá.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Análisis de Situación de Salud. Colombia*.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud*.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). *Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021*. Bogotá D.C.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021*.

Ministerio de Salud y Protección Social. (04 de 10 de 2017). *Repositorio Institucional Digital*. Obtenido de Manual de Usuario de los Módulos de Nacimientos y: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/OT/Manual-usuarios-RUAF-ND.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (04 de 10 de 2017). *Repositorio Institucional Digital*. Obtenido de Preguntas Frecuentes RIPS: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/OT/FAQ-RIPS.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (04 de 10 de 2017). *Repositorio Institucional Digital*. Obtenido de Caracterización Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) - IPS: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/caracterizacion-registro-especial-prestadores-reps.pdf>

MSPS. (2018). *Observatorio Nacional de Calidad en Salud*. Obtenido de Ministerio de Salud y Protección Social: <http://oncalidadsalud.minsalud.gov.co/Paginas/Inicio.aspx>

OECD. (2011). *Health at a Glance 2011: OECD Indicators*. Zurich: OECD Publishing.

OECD. (2015). *OECD Framework for Health System Performance Measurement*. . Obtenido de <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-care-quality-indicators.htm>

OMS. (21 de Enero de 2019). *Envejecimiento y ciclo de vida*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/ageing/about/facts/es/>



OMS. (2002). *Estrategias para evaluar el desempeño de los sistemas de Salud*. Organización Mundial de la Salud.

OPS/OMS. (2 de Octubre de 2014). *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*.

WHO. (2010). *The World Health Report: Health systems financing: the path to universal coverage*. World Health Organization.



La salud
es de todos

Minsalud

13 Anexos

CD adjunto