

INFORME DE CUMPLIMIENTO

La tutela en salud

Orden 30

Corte Constitucional

Sala Especial de Seguimiento Sentencia T-760 de 2008

Ministerio de Salud y Protección Social

Abril de 2015

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION	3
I. METODOLOGÍA.....	5
a. Diseño de la muestra.....	5
b. Instrumento para la recolección de la información	6
c. Metodología de análisis	9
d. Construcción de categorías de acuerdo a los problemas jurídicos identificados en la Sentencia T-760.....	10
II. RESULTADOS	15
a. Tutelas: Panorama general	15
b. Solicitudes: Análisis detallado de las tutelas en salud	24
1. Clasificación por origen de la solicitud.....	26
2. Clasificación por tipo de servicio.....	27
3. Análisis de los problemas jurídicos identificados en la sentencia T-760	43
c. Análisis de las decisiones judiciales.....	60
III. MEDIDAS ADOPTADAS	60
IV. LIMITACIONES Y FORTALEZAS	68
V. Anexos	71

INTRODUCCION

La Sentencia T-760 de 2008 de la Honorable Corte Constitucional aborda varios casos en los que se invoca la protección del derecho a la salud, y en particular, el acceso a servicios de salud requeridos por la población. A partir del análisis de estos casos, dicha providencia adoptó una serie de decisiones dirigidas a las autoridades del Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS, con el fin de que se tomaran las medidas necesarias para corregir las fallas de regulación identificadas.

De acuerdo con lo dispuesto por la orden trigésima de la Sentencia T-760 de 2008, el Ministerio de Salud y Protección Social-MSPS debe presentar anualmente un informe *“en el que mida el número de acciones de tutela que resuelven los problemas jurídicos mencionados en esta sentencia y, de no haber disminuido, explique las razones de ello”*. En cumplimiento con lo ordenado, el presente informe recoge y contextualiza los problemas jurídicos expresados en la mencionada Sentencia, a partir de una muestra representativa de casos seleccionados de la base de datos de la Honorable Corte Constitucional para el año 2014.

En comparación con los informes de años anteriores, el presente tiene la virtud de incluir información más completa, confiable y precisa, al incorporar las particularidades de los expedientes de las tutelas que hacen parte de la muestra, y verificar tutela a tutela la información consignada en la base de datos de la Honorable Corte Constitucional. Con lo anterior, es posible realizar un análisis más profundo y con ello, entender mejor los problemas jurídicos que detalla la Sentencia T-760 de 2008.

La obtención de esta información, muy amablemente suministrada por la Honorable Corte Constitucional, es de gran valor para el MSPS, pues permite realizar ajustes a la metodología de forma tal que los análisis sean más rigurosos. Con lo anterior por supuesto, se generan avances importantes para responder a lo solicitado en la Sentencia en mención.

Además de avanzar en las limitaciones y problemas técnicos resaltados en períodos anteriores¹, el presente informe de cumplimiento permite también identificar las limitaciones de la información que se encontraba disponible para analizar la evolución de

¹ Según se explicó en el Auto del 5 de junio de 2013 de la Corte Constitucional, en los primeros cuatro informes presentados por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, la Sala *“evidenció que tanto la fuente, como la metodología empleada por la entidad resultaban insuficientes para determinar una medición real de las acciones de tutela interpuestas en materia de salud, en razón a que la base de datos que registra el FOSYGA sobre las tutelas que ordenan el recobro, no abarcaba todo el espectro de las causas que motivan la interposición de estos reclamos de protección constitucional”*

las tutelas en salud. Estas limitaciones, en particular, se refieren a la generalidad de los datos recaudados, con lo cual no es posible determinar las circunstancias que llevan a los ciudadanos a interponer acciones de tutela. Así mismo, la información que se encontraba disponible no permitía conocer cuáles eran los debates probatorios que desarrollan los jueces de instancias, para decidir sobre el cumplimiento de los requisitos de procedibilidad de la tutela.

Debido a las limitaciones en mención, y con el ánimo de presentar un informe confiable y que responda a cabalidad con lo dispuesto por la orden trigésima de la Sentencia T-760 de 2008, el MSPS solicitó autorización a la Honorable Corte Constitucional con la finalidad de recaudar información sobre las acciones de tutela en salud que se interponen en el país, autorización otorgada mediante los Autos 061 y 225 de 2014.

El 31 de Marzo de 2014 el MSPS recibió la autorización para recopilar los expedientes de las tutelas en las instalaciones de la Honorable Corte Constitucional. Durante 8 meses el MSPS recopiló y sistematizó 2.289 expedientes. Aun cuando la entrega de expedientes solicitados por el MSPS se retrasó en numerosas ocasiones² y algunos de los expedientes no fueron entregados al Ministerio, en razón a que se encontraban en sala o habían sido devueltos a los despachos judiciales de origen, para diciembre de 2014 el MSPS consolidó una base de datos con información detallada sobre cada una de las tutelas de la muestra, información que permite conocer con mayor certeza las razones que explican la interposición de las tutelas.

Acatando la orden de la Corte frente a la fecha límite de entrega del informe (Orden Trigésima – Sentencia T 760/2008³), en febrero de 2015 el MSPS entregó a la Honorable Corte Constitucional un avance. Lo anterior debido a que, para la fecha, el MSPS no había recibido el total de tutelas en salud interpuestas durante el año 2014. Debido a ello, para el presente informe se realizó un ajuste a la muestra, teniendo en cuenta que la totalidad de la información ya ha sido entregada.

² Según lo manifestado por el funcionario de la Corte, los retrasos en la entrega de algunos expedientes se presentaron debido al volumen de tutelas que se maneja en la Corte y al hecho de existir un único encargado de seleccionar y proporcionar los expedientes solicitados semanalmente por el MSPS.

³ De acuerdo con la Sentencia en mención: “Trigésimo.- Ordenar al Ministerio de Protección Social que presente anualmente un informe a la Sala Segunda de Revisión de la Corte Constitucional, a la Procuraduría General de la Nación y a la Defensoría del Pueblo, en el que mida el número de acciones de tutela que resuelven los problemas jurídicos mencionados en esta sentencia y, de no haber disminuido, explique las razones de ello. El primer informe deberá ser presentado antes del 1° de febrero de 2009”.

Este documento se ha organizado en cuatro secciones. La primera de ellas presenta la metodología a partir de la cual se estructuró la selección de la muestra y las variables que fueron extractadas de los expedientes para consolidar la base de datos que se analizó. La segunda sección presenta un análisis general de las tutelas en salud interpuestas, cuyo motivo se relaciona con la violación del derecho a la salud, un análisis descriptivo más detallado de las tutelas que hacen parte de la muestra y se relacionan con los problemas jurídicos mencionados por la sentencia T-760 de 2008, y finalmente, un análisis de las decisiones judiciales relacionadas. La tercera sección del informe expone las medidas adoptadas por el MSPS durante la vigencia 2014, con el fin de abordar las causas que explican el fenómeno de la tutela en salud. Finalmente, en la cuarta sección se listan las limitaciones y fortalezas de este informe, respecto a los informes de cumplimiento presentados en años anteriores.

I. METODOLOGÍA

La presente sección describe el diseño de la muestra de tutelas para el año 2014, el instrumento de recolección utilizado en el trabajo de campo para levantar la información relevante de cada una de las tutelas seleccionadas en la muestra, el procesamiento de los datos recolectados y el plan de análisis de los mismos.

a. Diseño de la muestra

La población objetivo para la muestra la constituyen las tutelas que durante el año 2014 invocaron vulneraciones al derecho a la salud. A su vez, el marco de muestreo está representado por las tutelas registradas en la base de datos de la Corte Constitucional, durante el año 2014. Se utilizó un método de muestreo probabilístico estratificado, en donde los estratos son los departamentos. Para encontrar el tamaño total de la muestra (n) se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{z^2_{\alpha/2} \sum p_i q_i}{z^2 (\alpha - 1) + z^2_{\alpha/2} \sum p_i q_i}$$

La precisión de las estimaciones se mide en términos del error máximo esperado α , que en este caso es del 2,03%. Adicionalmente, se contempló un nivel de confianza ($z^2_{\alpha/2}$) del 95%.

Por su parte, se tomó una proporción de $P=50\%$. 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 para fenómenos de ocurrencia

inferior. El tamaño de la muestra fue de 2.289 tutelas para el total del año⁴, la cual incluye un sobre muestreo del 3% por no respuesta, es decir tutelas no encontradas o mal diligenciadas.

La muestra se recolectó como una encuesta continua a lo largo de las semanas⁵ del año, con lo cual se va acumulando la muestra para el período anual. La selección de la muestra se obtuvo con un criterio de afijación proporcional por departamento y dentro de cada departamento se seleccionó la muestra de manera sistemática. Es decir, se estableció una semilla aleatoria dentro del intervalo del tamaño de muestra respectivo de cada departamento, y a partir de allí se dieron saltos proporcionales hasta escoger la cantidad de muestra en cada departamento. Cabe resaltar que no se encontraron sesgos en este tipo de metodología -de acuerdo al universo de estudio-, que afectaran la representatividad de la muestra en un análisis previo a la selección de la misma.

b. Instrumento para la recolección de la información

La posibilidad de revisar de primera mano el expediente completo de cada una de las tutelas seleccionadas y el levantamiento de la información relevante a través de un formato estandarizado, es sin duda una de las principales ventajas metodológicas del presente informe. Es importante recordar que el trabajo de campo fue realizado por personal contratado y supervisado por el Ministerio de Salud y Protección Social - MSPS. El personal contratado estuvo sujeto a la reserva de la información y al respeto de las reglas fijadas por la Honorable Corte Constitucional.

El formato de recolección de información se diseñó para responder 4 preguntas, las cuales se presentan en el siguiente cuadro, divididas en tres módulos (véase [Anexo 1](#) para el detalle de las variables recolectadas). Es importante anotar que otro tipo de información (e.g. frecuencia de tutelas) se recogió directamente de la base de datos proporcionada por

⁴ En un principio se contempló la posibilidad de recolectar un tamaño de muestra de 4.229 con un nivel de confianza del 95% y un error de estimación del 1.5%. No obstante, por algunas limitaciones de logística, se tomó la decisión de reducir el tamaño de muestra al expuesto, el cual tiene un error de estimación inferior al 5% , error de estimación que sigue siendo bastante robusto.

⁵ La periodicidad semanal fue fijada como una regla por la Corte Constitucional en el Auto 061 de 2014. Semanalmente la Corte Constitucional emite al Ministerio las tutelas clasificadas como de salud. Partiendo de esta base, se seleccionan las tutelas que hacen parte de la muestra, siguiendo la metodología descrita en esta sección.

la Corte Constitucional, razón por la cual esa información no se incluye en el cuadro a continuación.

Tabla 1. Plan de análisis

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 quien 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 2014?	-Tipo de solicitud (administrativa o salud) -Clasificación de la solicitud (oportunidad, negación por No POS, etc.)
	3. ¿Cuál es la composición de las solicitudes realizadas por los tutelantes en el año 2014?	-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) -Apelación

La nueva estructura del recaudo de información, presentada en el cuadro anterior, supone dos cambios fundamentales frente a la metodología aplicada en años anteriores. En primer lugar, se recaudó información mucho más detallada, en comparación con la información que se había recogido en oportunidades anteriores y que se recauda en los informes claves del sector como el de la Defensoría del Pueblo. En segundo lugar, se expandió el recaudo de la información a áreas que no habían sido exploradas en informes anteriores. En este sentido es importante aclarar que en esta oportunidad hay continuidad con la información básica analizada en informes anteriores, pero se avanza en proponer hacia el futuro informes mucho más robustos que los que se han realizado en el pasado.

En el módulo de caracterización de las tutelas (A) los cambios más importantes apuntan a tratar de construir perfiles más precisos de los litigantes. Esto permitirá, por ejemplo, revisar a partir de la fuente primaria de información el perfil socioeconómico de los litigantes, teniendo en cuenta sus ingresos, pero también otros datos como el régimen de afiliación, el municipio de residencia y el tipo de afiliación al sistema. Esto es importante porque, como ha sido resaltado en numerosas oportunidades en la literatura internacional y nacional sobre el litigio en salud, el perfil socioeconómico de los afiliados podría llevar a cuestionamientos sobre el grado de equidad con el que se protege el derecho a la salud en el litigio. Adicionalmente, se incluyó información para conocer algunas facetas de vulnerabilidad de la población, como las personas en situación de discapacidad, los menores de edad y otro tipo de limitaciones que llevan a la actuación a través de la agencia oficiosa.

En el segundo módulo (B) los cambios más importantes tienen que ver con el recaudo de información sobre las motivaciones del litigio, informadas en las acciones de tutela. En este caso el objetivo era muy específico; tanto los informes anteriores del MSPS como los informes de la Defensoría del Pueblo se habían limitado a recoger información sobre los servicios solicitados, sin precisar las motivaciones. Por esta razón, la única clasificación posible sobre las prestaciones solicitadas era si éstas estaban incluidas o no en el Plan Obligatorio de Salud-POS. Sin embargo, muchas de las solicitudes que se referían a servicios POS en realidad no buscaban el acceso al servicio; algunas de ellas, por ejemplo, buscaban que el servicio fuese prestado en una Institución Prestadora de Salud-IPS específica, o en una fecha determinada, o que fuera revisada por un nuevo especialista. Esta limitación en la información tuvo dos graves consecuencias: i) En primer lugar, cuando se afirmaba que determinado porcentaje de tutelas versaba sobre servicios de salud cubiertos en el POS, se ofrecía una información incompleta que no explicaba la situación real de los usuarios, pues en muchos casos no se trataba de negaciones sino de otros problemas no identificados como los mencionados arriba. En otras palabras, se reducía la complejidad del litigio a problemas de cobertura del POS; ii) En segundo lugar, generó dificultades para realizar diagnósticos precisos, con miras a adoptar políticas públicas pertinentes para abordar las situaciones que llevan a los usuarios a litigar.

En este sentido, el cambio metodológico más importante consistió en incluir la información relativa a las motivaciones detrás de los casos concretos, de modo que el informe de tutelas refleje de manera más acertada la complejidad de la realidad del litigio. Fortaleza que no brinda ninguno de los informes pasados.

El tercer módulo (C) corresponde a información nueva que no se había recogido en el pasado. Esta información corresponde a la actuación de los jueces en los casos concretos. Los cambios apuntan a recoger información no sólo sobre la decisión – si se concede o se

niega la solicitud- sino también sobre el tipo de debate procesal que se desarrolla en cada caso. El objetivo de contar con esta información es poder avanzar en el análisis del cumplimiento de los propios jueces de su jurisprudencia, por ejemplo en cuanto al debate probatorio sobre la capacidad económica de las personas o sobre la pertinencia técnica de las solicitudes, ambas requeridas por la Honorable Corte Constitucional. Si bien el MSPS carece de competencia para regular la actuación de los jueces, con esta información se podrá profundizar en el conocimiento sobre qué tanto el litigio en salud protege efectivamente el derecho en los casos concretos, y que tan eficiente es en relación con otros mecanismos de protección.

De esta manera, la información recolectada sobre cada tutela y la información sobre la totalidad de las tutelas con las que cuenta la Corte Constitucional, se constituyen en las principales fuentes de información que permiten realizar los análisis requeridos por la Orden 30 de la Sentencia T-760, así como algunos análisis adicionales que se consideran de utilidad para el MSPS, en el marco de las políticas públicas del sector. Los resultados de estos análisis se presentan en la sección a continuación.

c. Metodología de análisis

En primer lugar, se realizó un procesamiento de los datos con el fin de depurar la información y hacerla fácilmente analizable. Los datos de las tutelas tomados manualmente en la Honorable Corte Constitucional y sistematizados en el instrumento electrónico descrito, fueron consolidados luego de cada jornada de recolección en un archivo central con las mismas características, sin modificación inicial de las variables. Posteriormente, se realizó una exclusión de las tutelas que no tuvieran relación con salud, con base en el detalle de la solicitud. Con la muestra depurada y consolidada en su totalidad, se realizó el análisis.

Este informe desarrolló un análisis descriptivo retrospectivo de cada una de las tutelas de la muestra, a partir de tres dimensiones. La primera, describe el panorama general de las tutelas; allí se hace una evaluación de la evolución de las tutelas en salud frente a las tutelas generales y se describe a grandes rasgos el perfil de los tutelantes a partir de la muestra seleccionada. La segunda dimensión hace un análisis específico de las solicitudes de las tutelas de la muestra. Esta segunda dimensión tiene dos niveles analíticos. En el primer nivel se realizó una categorización de las tutelas en dos grupos, a saber: i) situaciones de orden médico y ii) situaciones de orden administrativo. Cabe resaltar que es posible que en una tutela confluyeran solicitudes de ambos grupos por lo que no se trata de categorías mutuamente excluyentes. El segundo nivel analítico aborda las diferentes solicitudes que contiene cada tutela, clasificándolas de acuerdo al tipo de servicio solicitado. Esta clasificación es el resultado de los servicios más solicitados, grupos de servicios de salud

bajo las normas de habilitación del país y servicios asociados a resultados o procesos en salud de los individuos y poblaciones, para un total de 25 grupos. los cuales son: *Afiliaciones, Análisis Conductual Aplicado (ABA), atención domiciliaria, cirugía plástica estética, cosmética o de embellecimiento, cirugía plástica reparadora o funcional, citas médicas, contingencias económicas, cosméticos, dispositivo médico, enseres, exámenes de laboratorio y complementarios, imagen diagnóstica, insumo para el aseo personal, material de curación, medicamentos, procedimientos, prótesis u órtesis, recurso humano, referencia y contra-referencia, suplemento dietario, terapias aplicada con música o animales, tratamiento integral, viáticos, servicio de ambulancia y no aplica.*

Finalmente, la tercera dimensión de análisis evalúa la información respecto a las decisiones judiciales, es decir, las variables que dieron lugar al fallo de dicha tutela.
.....**Pendiente por completar, de acuerdo con el análisis de las decisiones judiciales**

d. Construcción de categorías de acuerdo a los problemas jurídicos identificados en la Sentencia T-760

A partir de la construcción de la nueva base de datos de la muestra de tutelas, el presente informe permite avanzar en la comprensión de los problemas jurídicos que plantea la Sentencia T-760 de 2008. Así pues, con el objetivo de procesar y analizar la información de manera más eficiente y sistemática, garantizar la comparabilidad a futuro sobre los resultados obtenidos y facilitar la comprensión de estos últimos, se han generado unas categorías o grupos de análisis para responder a las 14 prácticas violatorias del derecho a la salud, consignadas en el numeral tres de la parte considerativa del Auto 044 de 2012.

Los problemas jurídicos planteados en la sentencia se dividen en generales y concretos, a saber:

Generales:

1. “¿Desconoce el Estado el derecho a la salud de las personas al permitir que se mantenga la incertidumbre en relación con los servicios incluidos, los no incluidos y los excluidos del plan obligatorio de salud, teniendo en cuenta las controversias que esta incertidumbre produce y su impacto negativo en el acceso oportuno a los servicios de salud?”

2. *¿Desconoce el Estado el derecho a la salud de las personas, al permitir que la mayoría de las decisiones judiciales que tutelan el acceso a los servicios de salud, tengan que ocuparse de garantizar el acceso a servicios contemplados en los planes obligatorios de salud, ya financiados?*

3. *¿Desconoce el Estado el derecho a la salud de las personas que son beneficiarias del régimen subsidiado, por no haber tomado las medidas para garantizar que puedan acceder a un plan de servicios de salud que no difiera de los contenidos contemplados en el plan obligatorio de salud para el régimen contributivo? ¿Habida cuenta de que el derecho a la salud impone al Estado el deber de avanzar progresivamente hacia la ampliación de los servicios asegurados, la menor cobertura para los niños y niñas del régimen subsidiado puede prolongarse indefinidamente al igual que las diferencias de cobertura respecto de los adultos?*

4. *¿Desconoce el Estado el derecho a la salud de las personas que requieren con necesidad un servicio de salud, diferente a medicamentos, al no haber fijado y regulado un procedimiento mediante el cual la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio garantice el acceso efectivo al mismo?"*

Concretos:

5.
 - *“¿Desconoce el derecho a la salud una entidad encargada de garantizar la prestación de los servicios ordenados por el médico tratante, cuando no autoriza a una persona un servicio que requiere y no puede costearlo por sí misma, por el hecho de que no se encuentra incluido en el plan obligatorio de salud?”*

6.
 - *¿Desconoce el derecho a la salud de una persona una entidad que no le autoriza el acceso a un servicio de salud que aquella requiere, hasta tanto no cancele el pago moderador que corresponda reglamentariamente, incluso si la persona carece de la capacidad económica para hacerlo?*

7.
 - *¿Desconoce el derecho a la salud, especialmente, una entidad encargada de garantizar la prestación de los servicios requeridos, cuando no autoriza a un niño o una niña un servicio que requiere y sus responsables no lo pueden costear, por el hecho de que no se encuentra incluido en el plan obligatorio de salud o porque la vida o la integridad personal del menor no dependen de la prestación del servicio?*

8.
 - *¿Desconoce el derecho a la salud de una persona, la entidad encargada de garantizarle la prestación del servicio requerido cuando fue ordenado por un médico que no está adscrito a la entidad respectiva, pero es especialista en la materia y trataba a la persona?*
9.
 - *¿Desconoce el derecho a la salud de una persona, la entidad encargada de garantizarle el acceso a una prestación social derivada de su estado de salud (incapacidades laborales), cuando se niega a autorizarlo porque en el pasado no se cumplió con la obligación de cancelar los aportes de salud dentro del plazo establecido para ello?*
10.
 - *¿Desconoce el derecho a la salud de una persona, una entidad encargada de garantizar la prestación de los servicios de salud, al interrumpir el suministro de los mismos porque ya transcurrió un mes luego del momento en que la persona dejó de cotizar, en razón a que ahora es desempleado?*
11.
 - *¿Desconoce el derecho a la salud una entidad que se niega a afiliar a una persona, 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?*

12. • *¿Viola un órgano del Estado el derecho de petición de una entidad encargada de garantizar la prestación de los servicios de salud así como el derecho a la salud de los afiliados y beneficiarios del sistema de protección, al negarse a responder de fondo una petición para remover un obstáculo en uno de los trámites necesarios para asegurar el adecuado flujo de los recursos y, por tanto, sostener las condiciones indispensables para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud en razón a que el órgano estatal respectivo se considera incompetente?*
13. • *¿Vulnera el derecho a la salud la interpretación restrictiva del POS, según la cual se entienden excluidos los insumos no mencionados expresamente en el POS, y procede en consecuencia su recobro ante el FOSYGA cuando son ordenados por un juez de tutela?*
14. *Teniendo en cuenta la orden trigésima de la Sentencia, los problemas jurídicos identificados y las consideraciones del Auto 044 de 20126, se construyeron las variables incluidas en el siguiente cuadro⁷. Con estas se busca identificar la información relevante para concluir sobre los avances o retrocesos que se han presentado en los problemas jurídicos identificados por la Corte Constitucional. :*

Tabla 2. Prácticas violatorias y categorías de análisis

Prácticas violatorias del derecho a la salud	Categorías de análisis
Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud incluidos en el POS.	Tutelas por solicitud de servicio de salud POS que no ha sido negado pero está demorado - Principio de Oportunidad
Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud excluidos del POS que se requieren con necesidad y que no pueden ser costeados por el interesado, bien sea porque su costo le resulta impagable dado su nivel de ingreso o porque le impone una carga desproporcionada.	Tutelas por solicitud de servicio de salud ordenado por el médico tratante y negado por ser No POS Solicitud de medicamentos de marca.
Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud con el argumento de que la persona no ha presentado la solicitud respectiva ante el Comité Técnico Científico -CTC-.	Concepto CTC en la decisión de primera instancia
Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud con sujeción al principio de integralidad, entendido éste como el no fraccionamiento de las prestaciones que requiera la persona para recuperar su salud.	Tutelas por solicitud de atención integral
Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud cuando éstos han sido ordenados por un médico que no se encuentra adscrito a la entidad encargada de garantizar la prestación, pero que es un profesional reconocido que hace parte del sistema de salud y cuyo concepto no fue	Solicitud de servicio que es negado porque fue ordenado por un médico particular no adscrito a la red

⁶ En particular, la consideración número 3, en la cual se listan las prácticas violatorias del derecho a la salud contempladas en los capítulos 4° y 8° de la Sentencia T-760 de 2008.

⁷ Utilizando la columna “solicitud” de la tabla “solicitudes”, se realiza una descripción del comportamiento de las tutelas del año 2014 frente a estas prácticas.

desvirtuado por la entidad con base en razones científicas que consideren el caso específico del paciente.	
Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud cuando se requiere que la persona se desplace a vivir en un lugar distinto a aquel en el que reside.	Este detalle no es verificable en la información recolectada
Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud de alto costo y para tratar enfermedades catastróficas, así como sus exámenes diagnósticos.	Este detalle no es verificable en la información recolectada
Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud que requiere un menor para su adecuado desarrollo y que no pueden ser costeados por sus responsables, aun cuando dichos servicios estén excluidos del POS y la vida o la integridad del menor no dependen de su prestación.	Tutelas en menores de edad
Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud que se requieren con necesidad, supeditando su prestación al pago de una cuota moderadora.	Tutelas por Solicitud de exención de cuotas moderadoras o copagos
Se niegan a autorizar incapacidades laborales derivadas del estado de salud de la persona con el argumento de que en el pasado no se cumplió con la obligación de cancelar los aportes de salud dentro del plazo establecido para ello.	Tutelas por solicitud de licencia de maternidad negada porque no cotizó todo el embarazo o cotizó tardíamente Tutelas por solicitud de reconocimiento de incapacidad por enfermedad general negada por pago tardío
Se niegan a afiliar personas, a pesar de que éstas ya hayan cumplido el tiempo para trasladarse, por el hecho de que dentro de su grupo familiar existe una persona (su hijo, un niño) que padece una enfermedad catastrófica.	Tutelas por Solicitud de traslado negada a pesar de haber cumplido el tiempo necesario para trasladarse, porque dentro del grupo familiar alguien padece una enfermedad catastrófica y debería esperar más tiempo para poder trasladarse
Interrumpen el suministro de servicios de salud, porque ya transcurrió un mes luego del momento en que la persona dejó de cotizar, en razón a que ahora es desempleado, antes de que éste haya sido en efecto asumido por otro prestador.	Tutelas por Solicitud de prestación de servicios que son negados porque ya transcurrió un mes luego del momento en que la persona dejó de cotizar, en razón a que ahora es desempleado
Cobran copagos a personas que padecen una enfermedad catastrófica o de alto costo.	Tutelas por Solicitud de exención de cuotas moderadoras o copagos
Se niegan a autorizar servicios de salud que ya han sido ordenados por fallo de tutela.	Este detalle no es verificable en la información recolectada

Es importante anotar que la evaluación del presente informe está centrado fundamental y conceptualmente en las catorce prácticas violatorias arriba descritas. Por lo anterior, las subsecuentes categorías de análisis construidas se presentan de manera transversal a las

situaciones de orden médico y administrativo, así como a los servicios analizados en las solicitudes.

II. RESULTADOS

A continuación se exponen los resultados del análisis, el cual se encuentra dividido en tres partes. La primera presenta una descripción general de las tutelas. La segunda describe de manera detallada las tutelas incluidas en la muestra, para lo cual se presenta un análisis de las solicitudes. Finalmente, en la tercera sección se analizan las decisiones judiciales.

a. Tutelas: Panorama general

En este componente, aunque no se presentaron cambios sustanciales en la metodología de recolección de la información, dado que ésta es proporcionada directamente por la Corte Constitucional, sí se buscó incluir información adicional que ofrezca un panorama realista y ponderado sobre la situación del litigio en salud. Lo anterior, debido a que con la evolución del litigio, se presenta también una evolución del sistema y de la situación nacional, lo que requiere de una lectura contextualizada de la información. En este sentido, la nueva información incluida apunta a revisar la dimensión cuantitativa de las tutelas en salud, en los siguientes contextos: i) evolución de la afiliación al sistema; ii) evolución demográfica de la población y de la prestación; y iii) acceso a servicios de salud que ocurren al margen del litigio.

La **Tabla 1** muestra la evolución de las tutelas en salud, entre el año 2000 y 2014. Durante los primeros 8 años se observa un incremento en el uso de este instrumento legal, hasta alcanzar un pico en el año 2008, año en el que fueron interpuestas 142.957 acciones, las cuales representaron el 41,5% del total de tutelas interpuestas en el país. Lo anterior equivalía a una tasa de 3,2 tutelas por cada 1.000 habitantes. Desde Entre 2009 y 2011 se presentó un descenso importante en el número de tutelas en salud. Durante los últimos tres años la tendencia se ha estabilizado; para 2014 la tasa de tutelas por 1.000 habitantes se ubicó en 2,5, lo que representó un total de 117.746 tutelas y un 23,6% respecto al total de tutelas interpuestas en el país durante el año en mención.

La misma situación se observa si se usa como referente el número de afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y si se compara con la situación que existía en el momento en que fue adoptada la sentencia T-760 de 2008. En efecto, mientras en 2008 3,6 de cada 1.000 afiliados al SGSSS acudía a los jueces para acceder a servicios, en 2014 esta tasa se redujo a 2,7 por cada 1.000 afiliados.

Tabla 3. Tendencia de solicitudes en las tutelas de 2000 al 2014

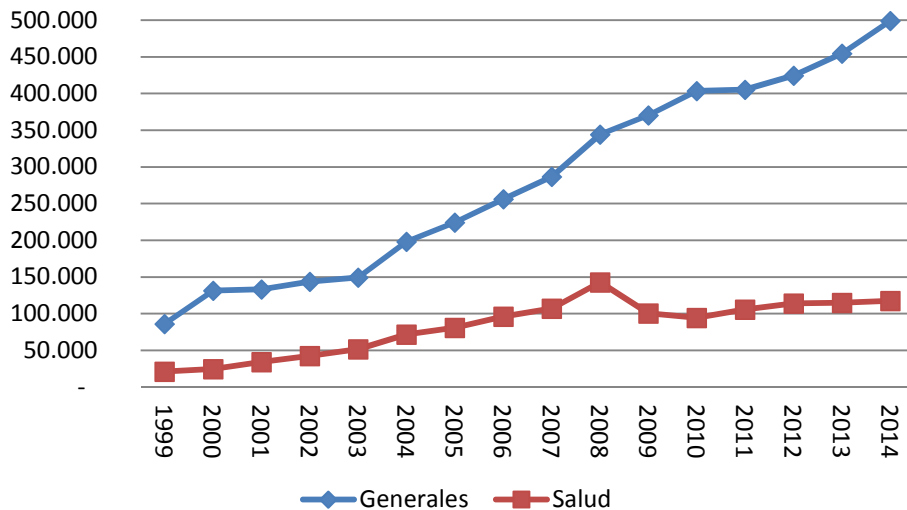
Año	Afiliados	Población	Tutelas	Tasa-Afiliados*	Crecimiento	Tasa-Población*
2000	23.017.680	39.685.655	24.843	1,1		0,63
2001	23.806.139	40.349.388	34.319	1,4	33,6%	0,85
2002	24.194.854	41.008.227	42.734	1,8	22,5%	1,04
2003	25.413.865	41.662.073	51.944	2,0	15,7%	1,25
2004	30.040.650	42.310.775	72.033	2,4	17,3%	1,70
2005	33.881.988	42.888.592	81.017	2,4	-0,3%	1,89
2006	36.461.003	43.405.956	96.226	2,6	10,4%	2,22
2007	38.655.698	43.926.929	107.238	2,8	5,1%	2,44
2008	39.561.521	44.451.147	142.957	3,6	30,3%	3,22
2009	38.681.796	44.978.832	100.490	2,6	-28,1%	2,23
2010	40.047.220	45.508.205	94.502	2,4	-9,2%	2,08
2011	41.899.763	46.043.696	105.947	2,5	7,2%	2,30
2012	42.854.862	46.581.372	114.313	2,7	5,5%	2,45
2013	42.879.901	47.120.770	115.147	2,7	0,7%	2,44
2014	43.515.870	47.661.787	117.746	2,7	0,8%	2,47

*por 1.000 afiliados

El **Gráfico 1** aporta igualmente indicios para afirmar que el uso de la tutela en salud es un fenómeno que está llegando a su punto de quiebre, en especial cuando se compara con las tutelas en general. Como puede observarse en el **Gráfico 1**, se ha venido presentando una desaceleración en el comportamiento de las tutelas en salud y por el contrario, las tutelas generales están creciendo a mayor velocidad. Lo anterior es congruente con una menor representatividad de las tutelas en salud sobre el total de tutelas interpuestas en el país, alejándose cada vez más del primer puesto que las tutelas en salud ocuparon durante varios años, entre las causas de litigio.

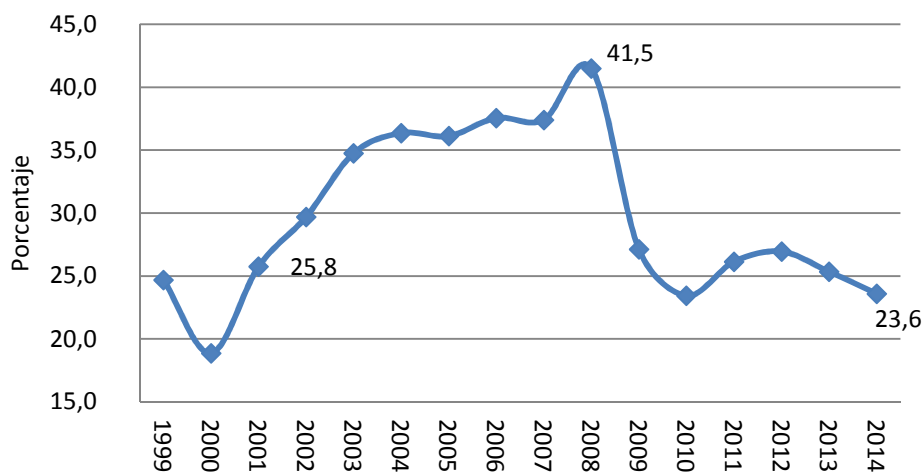
El **Gráfico 2** presenta de manera más clara la situación descrita. En 2001 las tutelas por salud representaban el 25,8% de total de tutelas interpuestas en el país. Esta participación se fue incrementando de manera sostenida, hasta alcanzar su pico máximo en 2008, año en el que llegó a representar el 41,5% del total de tutelas interpuestas. En los años posteriores se presentó un quiebre en la tendencia; la participación de las tutelas en salud sobre el total descendió de manera importante, hasta alcanzar en el año 2014 una participación del 23,6%.

Gráfico 1. Evolución tutelas generales y en salud 1999-2014



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social salud y Defensoría del Pueblo

Gráfico 2. Participación de las tutelas en salud en el total general 1999-2014



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social y Defensoría del Pueblo

Los datos presentados antes deben además tener en cuenta que es posible que exista un sobredimensionamiento cuantitativo de la tutela en salud en los datos que son proporcionados por la Corte Constitucional. La clasificación de las tutelas como tutelas en

salud es realizada por esa Corporación como parte del proceso de clasificación que se realiza con anterioridad a la realización de las salas de selección. En la muestra recogida por el Ministerio de Salud durante el 2014 se pudo identificar que el 9.7% de las tutelas que eran clasificadas por la Corte como tutelas en salud en realidad eran tutelas de otras materias. Al respecto se pueden incluir por ejemplo casos de pensiones o solicitudes de traslado dirigidas a las Fuerzas Militares. En estos casos el derecho a la salud era invocado de manera genérica pero no existía ninguna relación con las pretensiones de la demanda.

Adicional a lo anterior, si los servicios de salud a los cuales acceden los usuarios a través de tutelas se analizan en relación con los servicios totales que provee anualmente el sistema, es claro que la tutela es en últimas un mecanismo marginal de acceso y que el SGSSS cuenta con una capacidad robusta para proveerlos de manera directa. En efecto, en la tabla a continuación (**Tabla 4**) se observa la magnitud de la tutela como medio para acceder a servicios de salud; dicha magnitud no superó en ninguno de los períodos analizados más del 1% del total de los servicios proveídos.

Tabla 4. Comparación del total de servicios prestados y los servicios solicitados por tutela, Colombia 2010 - 2012.

Año	Eventos realizados por el SGSS	Eventos solicitados por tutela	%
2010	316.810.367	197.648	0,062%
2011	342.709.776	222.153	0,065%
2012	352.327.715	227.894	0,065%

Fuente: Base de datos de Suficiencia. Ministerio de Salud y Protección Social, Febrero del 2014

En el mismo sentido, la Encuesta de Evaluación de los Servicios de las EPS - 2014⁸ muestra que la mayoría de los pacientes acceden a los servicios de salud sin necesidad de interponer ningún tipo de acción legal. De acuerdo con la encuesta en mención, el 97,5% de los usuarios del Régimen contributivo y el 98,1% de los usuarios del Régimen subsidiado afirmaron no haber tenido que recurrir a acciones legales para acceder a los servicios que requerían. Esto es apenas razonable si se considera que se interpusieron poco más de 117.000 tutelas mientras que la población afiliada esta sobre los 43,5 millones de personas.

Los datos anteriores muestran que ha habido una disminución relativa de las tutelas en salud y de su importancia respecto a las tutelas en general. No obstante, no se puede dejar

⁸ Aplicada a 20.361 personas del régimen contributivo y subsidiado. Cabe mencionar que la encuesta en mención es representativa para la población mayor de 18 años, que ha utilizado por lo menos uno de los servicios de las EPS en los últimos seis meses. La encuesta la realiza todos los años una firma consultora, tras un concurso de méritos que lleva a cabo el MSPS.

de reconocer que el derecho a la salud sigue siendo una causa recurrente de litigio y la tutela se mantiene como un medio a través del cual algunos colombianos buscan acceder a servicios de salud. Por esta razón, a continuación se analizan ciertos aspectos detallados de la misma, con el fin de conocer cuáles son las posibles fallas en regulación que persisten y que pueden ser resueltas con las facultades regulatorias del MSPS o de otros órganos del sistema.

Como ya se mencionó, de las 117.746 tutelas en salud se seleccionó una muestra de 2.289. Al revisar las solicitudes de cada una de ellas, se estableció que 223 tutelas (9,7%) no se encontraban relacionados con el SGSSS⁹. De los 2.066 restantes se consolidó una base de datos con 2.041 expedientes. A continuación se presenta una descripción de los 2.041 expedientes, en particular, enfocada a las características básicas de los tutelantes.

La muestra recolectada por el MSPS alcanza un total de 2.041 expedientes. Según lo consignado en el expediente, el 55% de los tutelantes son afiliados a EPS del Régimen contributivo, el 39,7% a EPS del Régimen subsidiado y 3,8% pertenecen a regímenes especiales.

Tabla 5. Muestra de tutelas

Régimen	Tutelas	%
CONTRIBUTIVO	1122	55,0%
SUBSIDIADO	811	39,7%
ESPECIAL	78	3,8%
VINCULADO	23	1,1%
NO HAY INFORMACION	7	0,3%
TOTAL	2041	

A partir de la información recolectada se realizó una búsqueda en las Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, con el fin de verificar la EPS a la que se encontraban afiliados los tutelantes. Sin embargo, el 20% de los registros no fue encontrado en la BDUA dado que el número de identificación no estaba diligenciado. Del 80% de los tutelantes que sí fueron encontrados en la BDUA, el 58,8% se encuentran afiliados a EPS del Régimen contributivo y el 41,0% a EPS del Régimen subsidiado, siendo la Nueva EPS, Saludcoop y Coomeva las EPS

⁹ Por ejemplo, algunas trataban temas como pensiones o solicitudes de traslado dirigidas a las Fuerzas Militares.

con mayor número de tutelantes en el régimen contributivo. Lo anterior coincide con lo registrado por la Defensoría del Pueblo en su informe correspondiente al año 2013¹⁰.

Tabla 6. Tutelas de acuerdo con las EPS a las que están afiliados los tutelantes – Régimen Contributivo

EPS	Tutelas
NUEVA EPS	253
SALUDCOOP	189
COOMEVA E.P.S.	184
EPS SURA	66
SALUD TOTAL	72
E.P.S. SANITAS	36
S.O.S.	35
CAFESALUD EPS RC	32
CRUZ BLANCA	19
FAMISANAR	16
ALIANSA SALUD EPS	11
COMPENSAR	12
FONDO DE PASIVO SOCIAL DE LOS FERROCARRILES NALES	8
CONVIDA	8
COMFENALCO VALLE	6
GOLDEN GROUP	5
COMFENALCO ANTIOQUIA	4
CAPRESOCA E.P.S.	3
SALUDVIDA E.P.S. RC	2
HUMANA VIVIR S.A. EPS	1
SOLSALUD E.P.S. S.A	1

Fuente: Cálculos propios. BDUJ – SISPRO y Corte Constitucional.

Para el régimen subsidiado las EPS con mayor participación de sus afiliados en las tutelas fueron Caprecom y Savia Salud¹¹. En el informe de la Defensoría del Pueblo, estas EPS fueron también identificadas como las EPS del régimen subsidiado con mayor número de tutelas. Dado que estas EPS participan con el mayor número de afiliados dentro del sistema, era de esperarse que tuviesen tan alta participación.

¹⁰ La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social 2013, pag. 239

¹¹ Anteriormente Comfama / Alianza Medellín.

Tabla 7. Tutelas de acuerdo con las EPS a las que están afiliados los tutelantes – Régimen Subsidiado

EPS	Tutelas
CAPRECOM	206
SAVIA SALUD	108
SALUDVIDA E.P.S. RS	47
ASMET SALUD	45
CAFESALUD EPS RS	43
EMSSANAR E.S.S	46
CAPITAL SALUD	38
COMPARTA	31
COMFAMILIAR HUILA	14
COOSALUD	14
EMDISALUD	11
ECOOPSOS	12
MUTUAL SER	11
COMFACOR	10
CAFAM	6
CAJACOPI ATLÁNTICO	6
COLSUBSIDIO	4
COMFACUNDI	3
COMFABOY	2
CCF DE NARIÑO	2
MALLAMAS EPSI	3
SOLSALUD E.P.S. - S	2
FAMISALUD COMFANORTE A.R.S	1
COMFAORIENTE	2
CCF DEL CHOCÓ	1
SELVASALUD S.A. EPS ARS	1
MANEXKA	1
A.I.C. EPSI	1
AMBUQ EPS	1

Fuente: Cálculos propios. BDU – SISPRO y Corte Constitucional.

Con respecto a la distribución de la muestra por departamentos, se observa que el 52% de las tutelas se encuentran concentradas en 4 departamentos, a saber: Antioquia, Bogotá, Valle del Cauca y Caldas. Cabe resaltar que estos departamentos tienen a su vez el mayor número de habitantes y coinciden con los departamentos en donde se registra un mayor

número de tutelas en salud, de acuerdo al informe de la Defensoría del Pueblo¹². El 46,7% restante se distribuye en 27 departamentos, mientras el 1,1% no registró el departamento.

Tabla 8. Distribución geográfica de las tutelas – Departamentos

Departamento	Tutelas	%
ANTIOQUIA	477	23,4%
BOGOTÁ, D.C.	233	11,4%
VALLE DEL CAUCA	228	11,2%
CALDAS	128	6,3%
SANTANDER	114	5,6%
NORTE DE SANTANDER	94	4,6%
TOLIMA	78	3,8%
CAUCA	67	3,3%
ATLÁNTICO	62	3,0%
RISARALDA	61	3,0%
CESAR	55	2,7%
CUNDINAMARCA	50	2,4%
HUILA	45	2,2%
BOLÍVAR	44	2,2%
CÓRDOBA	39	1,9%
QUINDIO	33	1,6%
NARIÑO	32	1,6%
BOYACÁ	32	1,6%
META	29	1,4%
MAGDALENA	28	1,4%
SUCRE	21	1,0%
NO SE DILIGENCIO	23	1,1%
ARAUCA	17	0,8%
CAQUETÁ	13	0,6%
LA GUAJIRA	11	0,5%
CASANARE	9	0,4%
CHOCÓ	5	0,2%
AMAZONAS	5	0,2%
SAN_ANDRÉS	4	0,2%
PUTUMAYO	2	0,1%
GUAINIA	1	0,0%
GUAVIARE	1	0,0%

¹² La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social 2013, pag. 228

TOTAL	2041	100,0%
--------------	-------------	--------

Fuente: Cálculos propios. BDUA – SISPRO y Corte Constitucional.

Por otro lado, una característica adicional que se recolectó fue si el tutelante se encontraba o no en condición de discapacidad. Se pudo establecer que el 38,7% de las tutelas de la muestra fue interpuesto por una persona en condición de discapacidad. Este es un dato que no había sido recolectado en el pasado y que requiere un análisis más profundo ya que no es claro por ejemplo hasta que punto la acción de tutela buscaba acceder a un servicio relacionado con la discapacidad. Sin embargo, de entrada permite identificar que es posible que exista una afectación importante de un grupo de especial protección constitucional que podría requerir medidas concretas de atención.

Tabla 9. Tutelas y condición de discapacidad

Personas en condición de discapacidad	Tutelas	%
NO	1252	61,3%
SI	789	38,7%
Total general	2041	

Fuente: Cálculos propios. BDUA – SISPRO y Corte Constitucional.

Finalmente, con respecto a la edad de los tutelantes, se utilizó la fecha de nacimiento consignada en la BDUA para calcularla. Para aquellos expedientes cuyo tutelante no se encontró en la BDUA, se utilizó la fecha de nacimiento consignada en el expediente. Se concluyó que en el 17,4% de las tutelas de la muestra el tutelante es un menor de 18 años, el 5,4% de los tutelantes son menores de cinco años (primera infancia), mientras el 30,5% corresponde a usuarios mayores de 60 años. Estos datos, nuevamente, son datos que no habían sido recaudados antes y requieren un análisis más detallado para identificar si es necesario adoptar medidas específicas para el grupo poblacional.

Tabla 10. Edad de los tutelantes

Edad	Tutelas	%
<5 Años	110	5,4%
5_17	245	12,0%
18_44	540	26,5%
45-59	426	20,9%

>60 Años	623	30,5%
No se puede establecer	97	4,8%
TOTAL	2041	

Fuente: Cálculos propios. BDUA – SISPRO y Corte Constitucional.

b. Solicitudes: Análisis detallado de las tutelas en salud

Con el fin de identificar las causas que dieron origen a la instauración de las acciones de tutela por parte de los usuarios, fue necesario determinar criterios de selección que agruparan aspectos que dieran cuenta de los motivos por los cuales los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS, consideraron que se presentaba una vulneración al derecho de la salud en el último año.

La inclusión de nuevas categorías y subcategorías de clasificación permitirá a las instancias regulatorias, así como los demás organismos de inspección, vigilancia y control, enfocar acciones de evaluación y seguimiento, que vayan más allá de establecer que cierta cantidad de tutelas se interponen por servicios que cubre el POS o la necesidad de nuevas tecnologías en el plan de beneficios.

Por consiguiente, es imperativo clarificar en los distintos escenarios del aseguramiento y prestación de servicios de salud, así como el del operador jurídico, la intervención de factores. Estos factores van desde los procesos administrativos y operacionales de un asegurador o prestador, hasta la racionalidad en la decisión judicial y su interpretación en la garantía de un tratamiento integral, que pareciera obedecer más a la satisfacción de necesidades y expectativas individuales desconociendo, en algunos casos, el marco normativo vigente, así como la pertinencia y evidencia médica existente.

En este sentido se crearon dos grandes categorías de análisis: una denominada *situaciones administrativas* y la otra *situaciones médicas*. Las primeras son aquellas que contienen aspectos administrativos e inherentes a la operación del asegurador, así como con su red de prestadores, empleadores cotizantes y afiliados relacionados principalmente con prestaciones económicas, trámites de afiliación, exención de cuotas moderadoras o copagos, oportunidad en la prestación de un servicio POS y solicitudes de la atención por parte de un prestador específico. A saber son;

- i. Solicitud de exención de cuotas moderadoras o copagos.
- ii. Solicitud de licencia de maternidad negada porque no cotizó todo el embarazo o cotizó tardíamente.
- iii. Solicitud de prestación de servicios que son negados por mora en la cotización.

- iv. Solicitud de prestación de servicios que son negados porque ya transcurrió un mes luego del momento en que la persona dejó de cotizar, en razón a que ahora es desempleado.
- v. Solicitud de reconocimiento de incapacidad por enfermedad general negada por pago tardío.
- vi. 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.
- vii. Solicitud de traslado de una persona a la que se le niega por otras razones.
- viii. Solicitud de servicio de salud POS que no ha sido negado pero está demorado.
- ix. Solicitud de que se mantenga un prestador.

En segundo lugar, se encuentran las situaciones médicas. Este ítem integra aspectos en los que se invocó alguna prestación sectorial por lo que están relacionados directamente con la prestación o garantía de un servicio de salud. Estas son;

- i. Solicitud de atención integral.
- ii. Solicitud de servicio de salud ordenado por el médico tratante y negado por ser No POS.
- iii. Solicitud de servicio que es negado porque fue ordenado por un médico particular no adscrito a la red.
- iv. Medicamento de marca.

Antes de ahondar en la descripción de los principales resultados, es importante aclarar dos situaciones. Primero, los dos criterios de clasificación no son excluyentes entre sí, dado que el tutelante puede interponer la acción de tutela por asuntos médicos y administrativos en la misma tutela. En otras palabras, existen sentencias en las cuales, por ejemplo, se solicita la exención de una cuota moderadora y de la misma manera se solicita la atención integral, para un total de dos solicitudes. Lo anterior implica que el número de solicitudes es mayor que el número de tutelas, razón por la cual en este aparte la unidad de análisis es la solicitud y no necesariamente la tutela.

En segundo lugar, una misma tutela puede dentro de un mismo tipo de solicitud incluir varios servicios de salud. Por esta razón el MSPS recogió el detalle cualitativo de la solicitud y desarrolló un ejercicio de clasificación que da cuenta del número de servicios solicitados en cada acción de tutela.

Así, es importante que se tenga en cuenta las siguientes premisas:

- i. Total de acciones de tutela analizadas en este informe: 2.041.

- ii. Total de situaciones de orden médico y administrativo que dan cuenta del origen de la tutela - en algunas acciones de tutela pueden responder a más de una solicitud -: 2570.
- iii. Total de servicios reclamados por acción de tutela – en promedio por cada acción de tutela se solicitan aproximadamente dos servicios- : 3.715.

En resumen, la primera variable da cuenta del número neto de tutelas analizadas, la segunda variable agrupa y cuantifica los motivos o razones principales, ya sean de tipo administrativos o médicos, que dieron como resultado la vulneración al derecho de la salud y desencadenó en una acción de tutela. Y, finalmente, la tercera variable, clasifica de acuerdo al tipo de servicio solicitado en cada acción de tutela.

Estas categorías son independientes y no guardan ninguna relación entre sí. Por tal razón, se analizan de manera separada.

1. Clasificación por origen de la solicitud

Como resultado de la clasificación por origen de la solicitud de acuerdo al tipo, se obtuvo lo siguiente:

Tabla 11. Solicitudes por situaciones administrativas

Solicitud por situaciones administrativas	Solicitudes	%
Solicitud de servicio de salud POS que no ha sido negado pero está demorado Principio de Oportunidad	749	59,9%
Solicitud de exención de cuotas moderadoras o copagos	247	19,7%
Solicitud de que se mantenga un prestador Principio de Continuidad	72	5,8%
Solicitud de traslado de una persona a la que se le niega por otras razones	64	5,1%
Solicitud de reconocimiento de incapacidad por enfermedad general negada por pago tardío	49	3,9%
Solicitud de licencia de maternidad negada porque no cotizó todo el embarazo o cotizó tardíamente	30	2,4%
Solicitud de prestación de servicios que son negados por mora en la cotización	26	2,1%
Solicitud de traslado negada a pesar de haber cumplido el tiempo necesario para trasladarse, porque dentro del grupo familiar alguien padece una enfermedad catastrófica y debería esperar más tiempo para poder trasladarse	8	0,6%

Solicitud de prestación de servicios que son negados porque ya transcurrió un mes luego del momento en que la persona dejó de cotizar, en razón a que ahora es desempleado	6	0,5%
TOTAL	1251	

Tabla 12. Solicitudes por situaciones médicas

Solicitud por situaciones médicas	Solicitudes	%
Solicitud de servicio de salud ordenado por el médico tratante y negado por ser No POS	962	72,9%
Solicitud de atención integral	313	23,7%
Solicitud de servicio que es negado porque fue ordenado por un médico particular no adscrito a la red	31	2,4%
Solicitud de medicamento de marca	13	1,0%
TOTAL	1319	

El 51% de las solicitudes de las tutelas interpuestas durante el último año (1.319 casos) obedecen a situaciones de orden médico, correspondiendo en su mayoría a servicios de salud prescritos que no hacen parte de la cobertura del POS y a solicitudes de atención integral. Por su parte, el 49% (1.251 casos) fueron categorizados como situaciones administrativas, en las cuales predominan: las solicitudes de servicios contenidos en el POS pero que estaban demorados y las solicitudes de exención del pago de cuotas moderadoras y copagos.

2. Clasificación por tipo de servicio

Para determinar el servicio solicitado se hizo la clasificación teniendo en cuenta los siguientes parámetros:

Tabla 13. Tipo de servicios solicitados

Tipo de servicio
Afiliaciones
Análisis Conductual Aplicado (ABA)
Atención domiciliaria (AT)
Cirugía plástica estética, cosmética o de embellecimiento
Cirugía plástica reparadora o funcional
Citas médicas

Contingencias económicas
Cosméticos
Dispositivo médico
Enseres
Exámenes de laboratorio y complementarios
Imagen Diagnóstica
Insumo para el aseo personal
Material de curación
Medicamento
No aplica
Procedimiento
Prótesis u Órtesis
Recurso humano (AT)
Referencia y contrarreferencia
Suplemento dietario
Terapias aplicadas con Música o Animales
Tratamiento integral
Viáticos
Servicio de Ambulancia

Estas categorías se crearon con la finalidad de agrupar la totalidad de los servicios solicitados, partiendo como referencia de lo descrito en el campo “detalle” de la información recolectada para cada acción de tutela de la muestra. Una vez separadas las solicitudes por tutela, se encontraron 3.715 solicitudes para los 2.041 expedientes analizados. Así, en promedio cada tutela solicita 1,83 servicios, encontrando casos en los cuales existían hasta 11 servicios solicitados en una misma tutela. Esto se traduce en el hecho de que por cada acción de tutela se están solicitando, en la mayoría de los casos, dos servicios que hacen parte o no del plan de beneficios.

A continuación se presentan los servicios más demandados en las acciones de tutela:

Tabla 14. Principales servicios demandados

Tipo de servicio	Número de casos	Porcentaje de participación
Tratamiento integral	611	16,4%
Medicamento	408	11,0%
Citas médicas	376	10,1%
Viáticos	334	9,0%
No se especifico	277	7,5%

Cirugía plástica reparadora o funcional	246	6,6%
Insumo Para el Aseo Personal	229	6,2%
Procedimientos	125	3,4%
Exámenes de laboratorio y complementarios	123	3,3%
Afiliaciones	112	3,0%
Prótesis u Órtesis	108	2,9%
Imagen Diagnóstica	101	2,7%
Contingencias Económicas	97	2,6%
Suplemento dietario	91	2,4%
Dispositivo médico	71	1,9%
Recurso humano (AT)	62	1,7%
Cosméticos	51	1,4%
No aplica	48	1,3%
Análisis Conductual Aplicado (ABA)	47	1,3%
Enseres	42	1,1%
Referencia y contrarreferencia	38	1,0%
Atención domiciliaria (AT)	31	0,8%
Servicio de Ambulancia	28	0,8%
Material de Curación	23	0,6%
Cirugía plástica estética, cosmética o de embellecimiento	21	0,6%
Terapias aplicadas con Música o Animales	15	0,4%
Total general	3715	100%

a) Análisis de los principales cuatro servicios demandados por vía tutela

(1) Tratamiento Integral

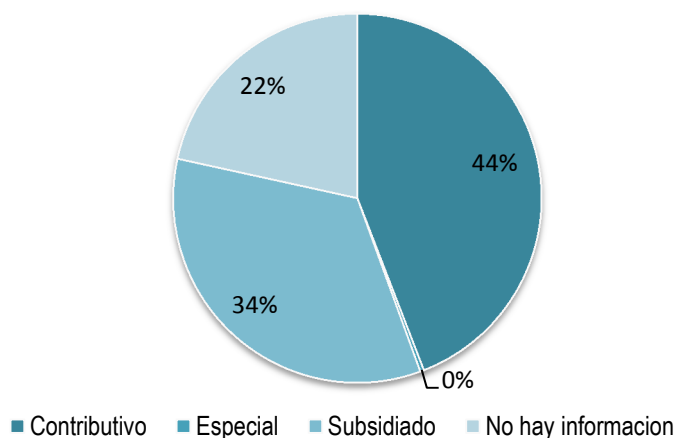
Frente al servicio más demandado por acción de tutela se encuentra el tratamiento integral, con un porcentaje de participación del 16%, lo que equivale que en las 2.041 tutelas analizadas se presentaron 611 solicitudes por tratamiento integral.

Este servicio se definió, y siguiendo las consideraciones de la Corte, como *aquella necesidad de garantizar el derecho a la salud de tal manera que los afiliados al sistema puedan acceder a las prestaciones que requieran de manera efectiva, es decir, que se les otorgue una protección completa en relación con todo aquello que sea necesario para mantener su calidad de vida o adecuarla a los estándares regulares*¹³. Vale la pena indicar que a pesar de estar catalogado como servicio, esta categoría no corresponde a uno solo; por el contrario, da cuenta de un conjunto de prestaciones que se consideran necesarias para garantizar el

¹³ Sentencia T-316A de 2013. M.P. Luis Guillermo Guerrero Pérez

pleno goce del derecho a la salud. Aunque es indudable que, directa o indirectamente, al hablar de tratamiento integral trae consigo la garantía de servicios futuros e inciertos que busca el demandante le sean amparados.

Gráfico 3. Participación por régimen de acuerdo al servicio de tratamiento integral



Cuando se indaga por el régimen de afiliación, se encuentra que el 44% (269 solicitudes) pertenecen a personas afiliadas a la régimen contributivo, el 34% (208 solicitudes) hacen referencia a afiliados del régimen subsidiado y en relación con el 22% en el cual registra como no hay información, obedeció a la ausencia de datos del asegurador.

Tabla 15. Tipo de entidad demandada – servicio de tratamiento integral

Tipo de entidad demandada	%
EPS	64,5%
EPS Y OTRO	24,1%
SECRETARIA DE SALUD	4,3%
IPS	2,6%
SANIDAD POLICÍA	1,3%
SANIDAD MILITAR	1,0%
SANIDAD PENITENCIARIA	0,8%
OTRO	0,7%
PENSIONES	0,2%
COMPAÑÍA DE SEGUROS	0,2%
ARL	0,2%
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL	0,2%

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y OTRO	0,2%
TOTAL GENERAL	100%

Ahora bien, de acuerdo al tipo de entidad demandada, se identificó que el 64,5 % (394 casos) se dirigen contra las EPS, siendo la NUEVA EPS la entidad que presenta mayor solicitud de este servicio por vía tutela (71 casos), seguido de COOMEVA con 55 casos y SALUDCOOP con 53 casos .

Tabla 16. Entidades demandadas por servicio de tratamiento integral

Pareto de entidades demandadas por servicio tratamiento integral	Número de casos
NUEVA E.P.S.	71
COOMEVA E.P.S	55
SALUDCOOP E.P.S.	53
CAPRECOM E. P. S.	40
CAPRECOM E. P. S. Y OTRO	27
SECRETARIA DE SALUD	26
SAVIA SALUD EPS Y OTROS	18
SALUD TOTAL E.P.S.	17
EPS SURA	16
CAFESALUD E.P.S.	16
IPS	16
ASMET SALUD E. P. S.	14
SALUDCOOP E.P.S. Y OTROS	14
SAVIA SALUD EPS	13
COOMEVA EPS Y OTRO	13
SALUDVIDA E. P. S.	12
NUEVA E.P.S Y OTROS	12
SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS S.O.S.	11
SALUDTOTAL EPS Y OTROS	10
CAPITAL SALUD EPS.	9
SANIDAD POLICÍA	8
SANITAS E.P.S.	7
COMFENALCO E.P.S.	7

Dentro del análisis se pudo observar que tan solo el 5% (33 casos) se encontraba como servicio único solicitado. El 95% restante (578 casos) se reclamó junto con otros servicios.

Tabla 17. Servicios solicitados junto con el tratamiento integral

Servicios solicitados junto con el tratamiento integral	Número de casos
Medicamento	145
No se especificó ¹⁴	104
Viáticos	104
Citas médicas	103
Insumo Para el Aseo Personal	102
Cirugía plástica reparadora o funcional	78
Prótesis u Órtesis	49
Procedimientos	43
Exámenes de laboratorio y complementarios	36
Imagen Diagnóstica	36
Recurso humano (AT)	36
Suplemento dietario	36
Dispositivo médico	25
Cosméticos	22
Enseres	19
Servicio de Ambulancia	17
Análisis Conductual Aplicado (ABA)	14
Atención domiciliaria (AT)	14
Material de Curación	12
Referencia y contrarreferencia	11
No aplica	10
Cirugía plástica estética, cosmética o de embellecimiento	9
Afiliaciones	6
Terapias aplicadas con Música o Animales	4
Contingencias Económicas	3

Una vez analizado los datos, se puede afirmar que los afiliados al régimen contributivo exigen más que se le cubra por vía tutela la atención integral y vitalicia de servicios en comparación a personas pertenecientes al régimen subsidiado y regímenes especiales. En relación con los servicios más frecuentes que se demandan junto con un tratamiento integral fueron identificados: medicamentos, viáticos, citas médicas e insumos para el aseo

¹⁴ El campo de descripción del cual se hizo el análisis no contenía la información suficiente para realizar la clasificación por servicio.

personal, de este último servicio se encontraron que son los pañales el insumo de aseo personal que se solicita en la totalidad de los casos.

Cabe resaltar que en la mayoría de las solicitudes son éstos los servicios que soporta la petición del tratamiento integral, basado en el hecho de que en sólo el 5% de las tutelas analizadas se solicitó como única pretensión. Por lo anterior, se podría inferir que para la mayoría de los casos en los cuales los ciudadanos reclaman un tratamiento integral, la razón de la tutela radica en la negación, demora en la prestación, inaccesibilidad o discontinuidad en el otorgamiento de un servicio concreto.

El aspecto problemático de las tutelas por integralidad, es que en muchos casos los jueces imparten las órdenes con un lenguaje que permite el acceso a servicios que no necesariamente se requieren para la protección de la salud e incluso que no han sido necesariamente ordenados por el médico tratante. Este tipo de sentencias por lo demás van en contravía de la jurisprudencia de la Corte Constitucional que ha precisado que la atención integral se refiere a servicios de salud ordenados por el médico tratante de manera clara y específica como parte del tratamiento. Esta es una materia que se escapa a la capacidad regulatoria del Ministerio pues se desprende de la autonomía judicial. No obstante, es clave que la Corte mantenga y reitere su postura sobre la importancia de que la integralidad incluya servicios determinados.

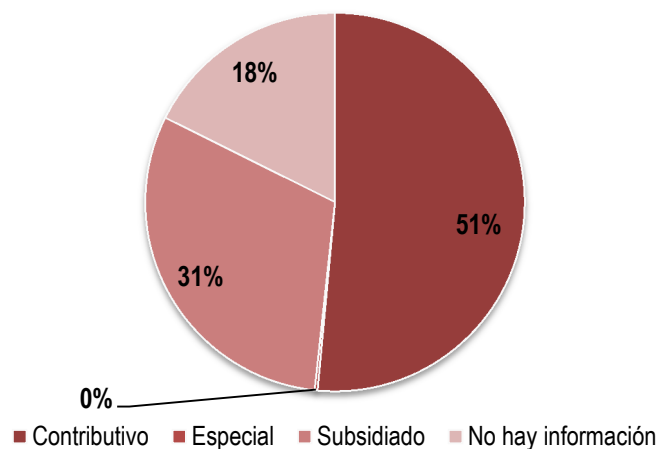
(2) Medicamentos

El segundo servicio que se solicita con mayor frecuencia por parte de los tutelantes son los medicamentos, representados en un 11% (408 casos) de la totalidad de la muestra analizada. Se habla de medicamentos como aquellos preparados farmacéuticos, obtenido a partir de principios activos, con o sin sustancias auxiliares, presentado bajo forma farmacéutica a una concentración dada y que se utiliza para la prevención, alivio, diagnóstico, tratamiento, curación o rehabilitación o paliación de la enfermedad¹⁵.

Al identificar las particularidades de este servicio, se identificó que existe una mayor tendencia de reclamar este servicio por vía tutela, por parte de los afiliados del régimen contributivo con más del 51%, 210 acciones, frente a un 31% de afiliados del régimen subsidiado con 125 acciones. Corroborando de esta manera que existe un claro problema en la prestación efectiva del servicio de medicamentos, evidenciándose más en los usuarios pertenecientes al régimen contributivo.

¹⁵ Artículo 7 numeral 23, Resolución 5521 de 2013. Ministerio de Salud y Protección Social

Gráfico 4. Participación por régimen, de acuerdo al servicio de medicamentos



Las entidades con mayor demanda -vía tutela- por el servicio de medicamentos, son las EPS con un porcentaje de participación del 67,9%. De hecho, las principales EPS a las cuales se les reclama por vía jurídica, especialmente por medicamentos, son NUEVA EPS con 57 solicitudes, seguida por COOMEVA con 45 solicitudes y SALUDCOOP con 37 casos.

Tabla 18. Tipo de entidad demandada – servicio de medicamentos

Tipo de entidad demandada	%
EPS	67,9%
EPS Y OTRO	20,1%
SECRETARIA DE SALUD	3,4%
SANIDAD POLICÍA	2,0%
IPS	2,0%
SANIDAD MILITAR	1,5%
OTRO	1,2%
PREPAGADA	0,5%
ARL	0,5%
MAGISTERIO	0,2%
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y OTRO	0,2%
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL Y OTRO	0,2%

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

0,2%

Tabla 19. EPS demandadas – servicio de medicamentos

Pareto de entidades demandadas por servicio medicamento	Número de casos
NUEVA E.P.S.	57
COOMEVA E.P.S	45
SALUDCOOP E.P.S.	37
CAPRECOM E. P. S. Y OTRO	17
CAPRECOM E. P. S.	16
SECRETARIA DE SALUD	14
COOMEVA EPS Y OTRO	12
SALUD TOTAL E.P.S.	11
CAFESALUD E.P.S.	11
SALUDVIDA E. P. S.	9
EMSSANAR EPS	9
ALIANSA SALUD E.P.S.	9
SALUDCOOP E.P.S. Y OTROS	9
EPS SURA	8
SANIDAD POLICÍA	8
IPS	8
SAVIA SALUD EPS	7
SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS S.O.S.	7
SAVIA SALUD EPS Y OTROS	6
NUEVA E.P.S Y OTROS	6
SANIDAD MILITAR	6
CAPITAL SALUD EPS.	5
ASMET SALUD E. P. S.	5
SANITAS E.P.S.	4
COMFACOR EPS	4

Como se puede evidenciar y relacionándolo con los hallazgos encontrados por régimen, se presume que los inconvenientes están concentrados en el proceso por parte del asegurador más que por parte del prestador. De hecho, si se agruparan por la parte demandada, las entidades responsables del aseguramiento como: EPS, secretarías de salud, sanidad militar y de policía, y magisterio, son las organizaciones mayormente demandadas con un 75,5% mientras que las acciones de tutela dirigidas contra las IPS representan el 2%.

Por otro lado, y debido a que el grupo de los medicamentos corresponde a un servicio concreto, se determinó que de los 408 casos encontrados, se solicitó como pretensión fundamental y única en 169 acciones de tutela, representado con 41%. El porcentaje restante se solicitó ligado a otros servicios. Es así que, de los 2041 expedientes de tutela analizados son los medicamentos el servicio que se tutela con mayor frecuencia como pretensión única, en relación con los otros tres servicios aquí detallados.

Tabla 20. Servicios solicitados junto con medicamentos

Servicios solicitados junto con medicamentos	Número de casos
Tratamiento integral	145
No se especificó ¹⁶	45
Citas médicas	44
Viáticos	37
Insumo para el aseo personal	30
Procedimientos	24
Exámenes de laboratorio y complementarios	23
Recurso humano (AT)	14
Prótesis u Órtesis	13
Cosméticos	13
Suplemento dietario	13
Dispositivo médico	13
Imagen Diagnóstica	11
Cirugía plástica reparadora o funcional	8
Material de curación	8
Enseres	7
Análisis Conductual Aplicado (ABA)	6
Atención domiciliaria (AT)	6
Terapias aplicadas con Música o Animales	4
Servicio de Ambulancia	4
Contingencias económicas	3
Afiliaciones	3
Referencia y contrarreferencia	1
No aplica	1

¹⁶ El campo de descripción del cual se hizo el análisis no contenía la información suficiente para realizar la clasificación por servicio.

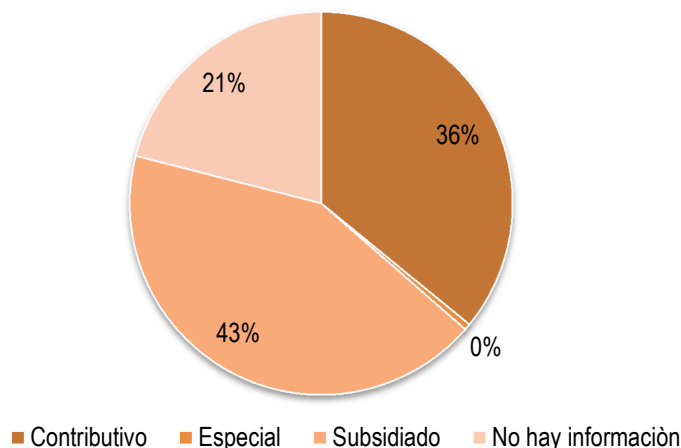
Ahora bien, frente a los servicios que se solicitan junto con el servicio de medicamentos, se evidencia la relación que existe entre la reclamación de un tratamiento integral y los medicamentos (y viceversa). Se podría fácilmente deducir que si se subsanaran las dificultades encontradas en la cadena de la atención referente al suministro de medicamentos, se impactaría de manera significativa la demanda de la garantía de un tratamiento integral.

(3) Citas médicas

Las citas médicas se constituyeron en el tercer servicio que más se demanda en las acciones de tutela. Este está enmarcado como la valoración y orientación brindada por distintos profesionales de la salud¹⁷.

Teniendo en cuenta lo anterior se detectó que en las 2041 tutelas estudiadas, 376 solicitudes pertenecían a citas médicas de las cuales el 43% (160) corresponden a afiliados del régimen subsidiado y el 36% (135) pertenecen al régimen contributivo. El hecho que este servicio presente un mayor incremento en el régimen subsidiado pudiera estar ligado a la baja concentración especialidades médicas en las zonas dispersas del país.

Gráfico 5. Participación por régimen, de acuerdo al servicio de citas médicas



¹⁷ Artículo 7 numeral 12, Resolución 5521 de 2013. Ministerio de Salud y Protección Social

Particularmente, al analizar el comportamiento de las entidades demandadas se puede inferir que aunque son las EPS y las Secretarías de salud los actores principales en las acciones de tutela que solicitan el servicio de citas médicas; se puede observar cómo, discretamente IPS y sanidad penitenciaria, con un 6,1% y 3,5% respectivamente, aparecen como presuntos responsables en la demora o en la no asignación de la cita médica.

Por su parte las aseguradoras que presentan una mayor interposición de tutelas por este servicio son: CAPRECOM con 44 casos (la misma registra con otras entidades en 34 casos más), seguido de NUEVA EPS con 32 casos y SALUDCOOP con 26 casos.

Tabla 21. Tipo de entidad demandada – servicio de citas médicas

Tipo de entidad demandada	%
EPS	55,1%
EPS Y OTRO	27,7%
IPS	6,1%
SANIDAD PENITENCIARIA	3,5%
SECRETARIA DE SALUD	3,5%
SANIDAD MILITAR	2,1%
SANIDAD POLICÍA	1,1%
COMPAÑÍA DE SEGUROS	0,3%
ARL	0,3%
OTRO	0,3%
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL Y OTRO	0,3%

Tabla 22. EPS demandadas – servicio de citas médicas

Pareto de entidades demandadas por servicio de citas medicas	Número de casos
CAPRECOM E. P. S.	44
CAPRECOM E. P. S. Y OTRO	34
NUEVA E.P.S.	32
SALUDCOOP E.P.S.	26
IPS	23
SANIDAD PENITENCIARIA	13
SECRETARIA DE SALUD	13
COOMEVA E.P.S	12
SALUDVIDA E. P. S.	11
NUEVA E.P.S Y OTROS	11

CAFESALUD E.P.S.	10
SALUDCOOP E.P.S. Y OTROS	9
SAVIA SALUD EPS Y OTROS	8
SANIDAD MILITAR	8
SALUD TOTAL E.P.S.	7
COMPARTA EPS	6
EPS SURA	6
CRUZ BLANCA EPS	6
CAFESALUD E.P.S. Y OTRO	6
COOMEVA EPS Y OTRO	6
EMSSANAR EPS	5
E.P.S. ECOOPSOS	5
SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS S.O.S.	5
SALUDVIDA EPS Y OTROS	5

Cuando se revisó el comportamiento de este servicio, se identificó que en el 40% de los casos, es decir en 151 tutelas, las citas médicas son la pretensión fundamental. En el 60% (225) restante se soporta esta prestación con otras (véase **Tabla 23**).

Tabla 23. Servicio solicitados junto con citas médicas

Servicios solicitados junto con citas medicas	Número de casos
Tratamiento integral	103
Viáticos	50
Medicamento	44
Exámenes de laboratorio y complementarios	41
¹⁸ No se especifico	38
Imagen Diagnóstica	34
Procedimientos	27

¹⁸ El campo de descripción del cual se hizo el análisis no contenía la información suficiente para realizar la clasificación por servicio.

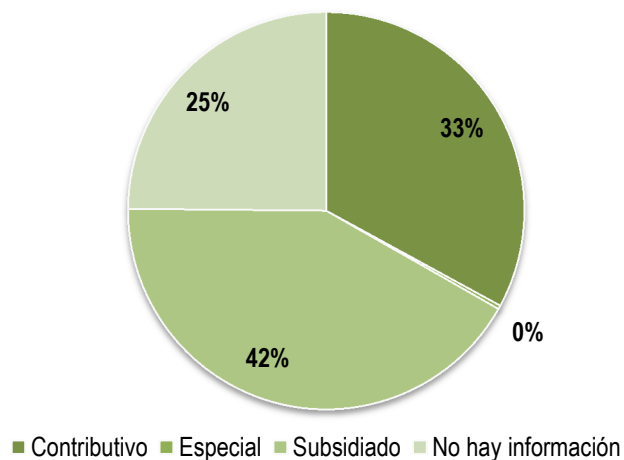
Insumo para el aseo personal	18
Suplemento dietario	14
Cirugía plástica reparadora o funcional	12
Dispositivo médico	11
Prótesis u Órtesis	10
Recurso humano (AT)	8
Cosméticos	7
Material de curación	6
No aplica	5
Referencia y contrarreferencia	5
Enseres	3
Afiliaciones	3
Atención domiciliaria (AT)	3
Análisis Conductual Aplicado (ABA)	3
Terapias aplicadas con Música o Animales	2
Contingencias económicas	1
Total general	824

(4) Viáticos

Este servicio, se definió como la prevención, en especie o dinero, para el sustento de algún viaje que se requiera para la realización de algún procedimiento, cirugía, cita médica, entre otros servicios que contribuyan al diagnóstico, tratamiento, prevención y rehabilitación de la salud; pueden ser de transporte, manutención y alojamiento.

El servicio de viáticos correspondió al cuarto servicio de mayor demanda, representado en 334 casos (9%). Cuando se indaga por el régimen de aseguramiento y su asociación con la solicitud de viáticos por tutela, se identificó que el régimen subsidiado presenta mayor número de acciones de tutela con un 42% (140 casos), en comparación con el 33% (110 casos) pertenecientes al régimen contributivo.

Gráfico 6. Participación por régimen, de acuerdo a la solicitud de viáticos



Al observar las entidades demandadas se encuentra que las EPS NUEVA EPS, SALUDCOOP, CAPRECOM ocupan los tres primeros lugares en relación con demandas interpuestas por viáticos con 42, 40 y 26 casos, respectivamente.

Tabla 24. Tipo de entidades demandadas - solicitud de viáticos

Tipo de entidades demandadas	%
EPS	69%
EPS Y OTRO	22%
SECRETARIA DE SALUD	2%
IPS	2%
SANIDAD POLICÍA	1%
OTRO	1%
SANIDAD MILITAR	1%
ARL	1%
PENSIONES	0%
MAGISTERIO	0%
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y OTRO	0%

Tabla 25. EPS demandadas - solicitud de viáticos

Pareto de entidades demandadas por servicio de viáticos	Número de casos
NUEVA E.P.S.	42

SALUDCOOP E.P.S.	40
CAPRECOM E. P. S.	26
COOMEVA E.P.S	25
CAPRECOM E. P. S. Y OTRO	19
ASMET SALUD E. P. S.	14
EMSSANAR EPS	11
CAFESALUD E.P.S.	10
COMPARTA EPS	9
SALUD TOTAL E.P.S.	8
SALUDCOOP E.P.S. Y OTROS	8
COMFAMILIAR E.P.S.	7
SALUDVIDA E. P. S.	7
SECRETARIA DE SALUD	7
SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS S.O.S.	6
COMPARTA EPS Y OTRO	6
IPS	6
SANITAS E.P.S.	5
CAFESALUD E.P.S. Y OTRO	5
SANIDAD POLICÍA	5

Dado que esta pretensión o solicitud en la mayoría de los casos es NO POS, excepto los casos de transporte definidos en la norma¹⁹, la tutela se convierte en la vía más expedita para cubrir esta necesidad. En el análisis cualitativo de la información fue posible determinar que en la mayoría de los casos estos viáticos se extienden al cubrimiento de un acompañante, por lo que los mismos deben ser garantizados no sólo para el paciente sino también para su cuidador.

Otro hallazgo importante fue el hecho de que en las sentencias de tutela se está puntualizando la cobertura del tipo de viatico requerido, ya sea la prestación del servicio de transporte o el alojamiento si es el caso, siendo menos frecuente la aprobación de la manutención.

En relación con la relación la solicitud de este servicio en las acciones de tutela analizadas, se identificó que este servicio en el 31% (102 casos) se solicitó como pretensión principal y única; el 69 % (232 casos) restantes se reclama junto con otros servicios. El servicio

19 Ver Resolución 5522 de 2013, Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)

identificado con mayor frecuencia y que se tutela junto con los viáticos, es el tratamiento integral.

Tabla 26. Servicios solicitados junto con viáticos

Servicios solicitados junto con los viáticos	Número de casos
Tratamiento integral	84
²⁰ No se especifico	47
Citas médicas	36
Insumo para el aseo personal	33
Medicamento	28
Cirugía plástica reparadora o funcional	27
Imagen Diagnóstica	17
Exámenes de laboratorio y complementarios	16
suplemento dietario	15
Prótesis u Órtesis	11
Procedimientos	10
Recurso humano (AT)	9
Referencia y contrarreferencia	8
Cosméticos	8
Análisis Conductual Aplicado (ABA)	8
No aplica	6
Dispositivo médico	4
Contingencias económicas	4
Terapias aplicadas con Música o Animales	3
Material de curación	3
Enseres	2
Afiliaciones	2
Servicio de Ambulancia	1
Atención domiciliaria (AT)	1

En definitiva, frente al servicios de viáticos se identificaron varias particularidades, a saber:
i. el comportamiento por régimen denota claramente una tendencia mayor de demandar este servicio por parte de afiliados del régimen subsidiado (42%) que por parte del régimen

²⁰ El campo de descripción del cual se hizo el análisis no contenía la información suficiente para realizar la clasificación por servicio.

contributivo (33%). ii. En 50 casos que solicitaron el servicio de citas médicas también se solicitó el servicio de viáticos, por lo que pudiera establecerse una relación de conexidad y de integralidad del servicio, para aquellos casos en los cuales no existe en la región la especialidad o que la asignación de la cita supera las expectativas del paciente, se hace necesario el traslado del paciente al territorio en el cual le fue asignado la cita por parte del asegurador. iii. Cuando se habla de viáticos, no solo trae consigo la aprobación de transporte ya sea este aéreo o terrestre, sino también se está aprobando por vía tutela el pago y reconocimiento de manutención y alojamiento, los cuales, no sólo deben ser aprobados y garantizados al paciente sino que también a su acompañante.

Ahora bien, las acciones de política de esta Cartera están encaminadas a subsanar, desde el marco de sus competencias, los problemas jurídicos encontrados en la Sentencia T-760, sin perjuicio de las demás intervenciones que se desarrollan en materia de salud, salud pública, y promoción social en salud. Es de esta manera y tal como se detallan en la parte final de este documento, dichas acciones están encaminadas a eliminar las barreras administrativas, solucionar la incertidumbre en relación con los servicios incluidos, los no incluidos y los excluidos del POS, lograr la cobertura universal del aseguramiento en salud, entre otras, contribuyendo así a la garantía del derecho a la salud. No obstante, en la demanda del servicio de viáticos confluyen muchos factores que se escapan del dominio de este Ministerio dado que tienen su asidero en la inequidad y determinantes sociales y económicos del entorno y de la propia población colombiana, es así que el plan de beneficios no se puede convertir en el respuesta del sistema de salud frente a las diferentes contingencias económicas que se le presentan a los afiliados como lo son el reconocimiento de alojamiento y manutención.

3. Análisis de los problemas jurídicos identificados en la sentencia T-760

Una vez clasificadas las tutelas por situación que genera la tutela y por tipo de servicio requerido, como se mencionó en el informe parcial remitido el 2 de febrero del presente año, se construyeron variables que permitieran identificar en las tutelas analizadas los problemas jurídicos planteados en la sentencia T-760 y las consideraciones del Auto 044 de 2012.

En consecuencia, se relacionan a continuación por cada problema jurídico los hallazgos más importantes identificados, así como, las precisiones a tener en cuenta en su interpretación:

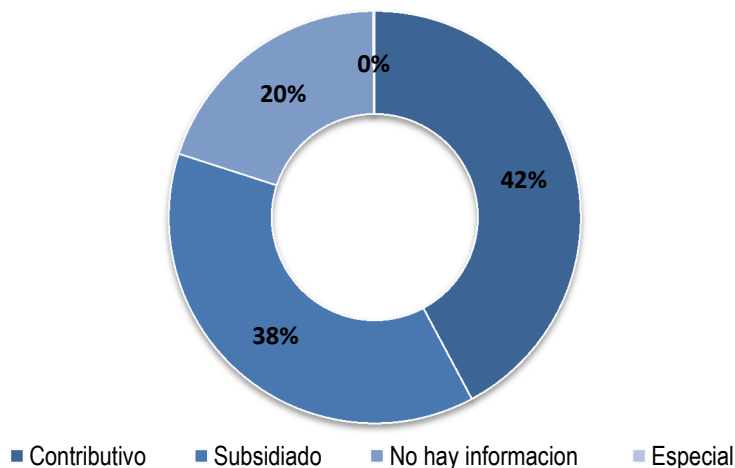
1. Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud incluidos en el POS.

En el desarrollo de este estudio, se generó una categoría denominada *Solicitud de servicio de salud POS que no ha sido negado pero está demorado*, en este ítem fueron clasificados 749 casos que representan el 60% de todas las solicitudes que fueron analizadas, ocasionando que esta sea la segunda causa principal por la cual se presentan las acciones de tutela.

Sin embargo, no fue posible determinar si esta demora está asociada directamente a la autorización puesto que en los expedientes analizados no existía el soporte en físico de esta. Lo anterior, pudiera estar explicado en el hecho de que en la mayoría de los servicios contemplados dentro del POS, el asegurador tramita la solicitud de manera interna sin que intermedie el afiliado; por lo tanto, se parte principalmente de lo registrado en el derecho de petición del usuario que acciona la tutela o en la contestación que hace la misma EPS y en muchos de los casos en dicha información el usuario no describe en que aspecto radicó la demora del servicio POS.

Es así que se presentan los hallazgos relacionados a la solicitud denominada por este informe bajo la categoría de análisis: *Solicitud de servicio de salud POS que no ha sido negado pero está demorado*.

Gráfico 7. % de participación por régimen de acuerdo a solicitudes POS que no han sido negadas, pero están demoradas



Como se puede evidenciar en la gráfica anterior, para los afiliados del régimen contributivo se registra mayor demora en servicios cubiertos por el Plan de Beneficios, al registrar una participación del 42% (316 casos) sobre el total de solicitudes relacionadas. A éste le siguen los afiliados del régimen subsidiado, con una participación de 38% (283 casos). En 149 casos (20%) no se identificó información que lo pudiera relacionar a un régimen de aseguramiento.

Tabla 27. Entidades demandadas - Solicitudes POS que no han sido negadas pero que están demoradas

Pareto de entidades demandadas	Número de casos
SALUDCOOP E.P.S.	71
CAPRECOM E. P. S.	66
NUEVA E.P.S.	64
CAPRECOM E. P. S. Y OTRO	47
IPS	44
COOMEVA E.P.S	30
SECRETARIA DE SALUD	24
CAFESALUD E.P.S.	23
SALUD TOTAL E.P.S.	22
SALUDVIDA E. P. S.	22
SALUDCOOP E.P.S. Y OTROS	18

NUEVA E.P.S Y OTROS	18
SANIDAD PENITENCIARIA	18
SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS S.O.S.	15
SAVIA SALUD EPS Y OTROS	14
SANIDAD POLICÍA	14
COMPARTA EPS	13
SANIDAD MILITAR	13
SANITAS E.P.S.	12
EPS SURA	11
COOMEVA EPS Y OTRO	9
COMFENALCO E.P.S.	8
EMSSANAR EPS	8
CRUZ BLANCA EPS	8
SURA EPS Y OTROS	8
CAFESALUD E.P.S. Y OTRO	8

Particularmente, frente a las entidades demandadas relacionadas con la demora de servicios POS y que se solicitan por vía tutela, se encuentra que las aseguradoras SALUDCOOP, CAPRECOM, y NUEVA EPS, con 71, 66 y 64 casos, respectivamente, son las EPS con mayores acciones de tutelas presentadas por la inoportunidad en servicios POS.

En el análisis cualitativo se observó que, entre los principales servicios asociados a este criterio, se encuentran las citas médicas y las cirugías funcionales o reparadoras. Aunque no se puede identificar en los datos recolectados,

De acuerdo con una lectura de las acciones de tutela, se puede inferir que la inoportunidad estaría asociada principalmente a la prestación efectiva del servicio, y no al trámite de autorización que realice la EPS. Infortunadamente, no es posible corroborar dicha inferencia desde los datos recopilados.

2. Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud excluidos del POS que se requieren con necesidad y que no pueden ser costeados por el interesado, bien sea porque su costo le resulta impagable dado su nivel de ingreso o porque le impone una carga desproporcionada.

Frente a esta práctica definida por la Corte como violatoria del derecho a la salud, es pertinente mencionar ciertos aspectos fácticos que deben ser tenidos en cuenta cuando se analiza esta práctica, y radican principalmente en los elementos probatorios que dieran

cuenta de la inoportunidad, ii, incapacidad del interesado para costearlo y iii requerirse con necesidad. Es de esta manera que se encontró que:

- Para determinar la oportunidad, no existe en muchos casos el soporte en físico que dé cuenta de la prescripción NO POS.
- Es imposible identificar que los servicios solicitados verdaderamente no puedan ser asumidos por el demandante. Para esto se intentó realizar una aproximación del Ingreso Base de Cotización – IBC de los demandantes, en los cuales se consignaba el valor del IBC que se aportara por parte de la EPS, bien sea en la contestación de la acción de la tutela o en la sentencia del Juez. El análisis arrojó que tan solo en el 32% de los casos (653 acciones de tutela) se registró un valor del IBC.
- Existen servicios que no pueden ser aprobados por el Comité Técnico Científico-CTC, dado que se trata de exclusiones explícitas del POS, como: Tecnologías en salud que se utilicen con fines educativos, instructivos o de capacitación durante el proceso de rehabilitación social o laboral, o bienes y servicios que no correspondan al ámbito la salud, entre los que se encuentran terapias aplicadas con música o animales, enseres, entre otros relacionados

En resumen, aunque existe escasa evidencia en los expedientes analizados de la negación de autorización de servicios NO POS, este análisis se basó en lo descrito en las acciones de tutela, aunque en muchos de ellos no se describe a profundidad si la solicitud se interpone por la necesidad del servicio, la incapacidad de pagarlo o la inoportunidad, se entendería que deben confluir los tres elementos para poder ser catalogados bajo esta práctica.

A continuación y con la intención de identificar las solicitudes que tuvieran su origen en la no autorización de servicios que no hacen parte de POS, se plantearon las categorías: a) *Solicitud de servicio de salud ordenado por el médico tratante y negado por ser No POS* y b) *Solicitud de medicamentos de marca.*, estos últimos son relevantes porque al solicitar un medicamento, que aunque su principio activo se encuentra contemplado en el plan de beneficios, se solicita en una marca comercial que al no ser equivalente o menor en costo a la contenida en el POS, la convierte en NO POS²¹.

²¹ Ver artículo 132, Resolución 5521 de 2013, Ministerio de Salud y protección social.

Es de esta manera que 975 casos se presentaron por las mencionadas solicitudes, siendo éstas las principales causas por las cuales se reclama la protección del derecho de la salud vía acción de tutela (véase **Tabla 12**). Al indagar por el régimen de aseguramiento se encontró que el 47% (458 casos) se presentan en el régimen contributivo, mientras que en el régimen se concentran el 34% (329 casos). El 19% corresponde a inexistencia de la información necesaria para realizar la agrupación.

Gráfico 8. Porcentaje de participación por régimen, de acuerdo a solicitudes de servicios de salud ordenados por el médico tratante y negados por ser NO POS

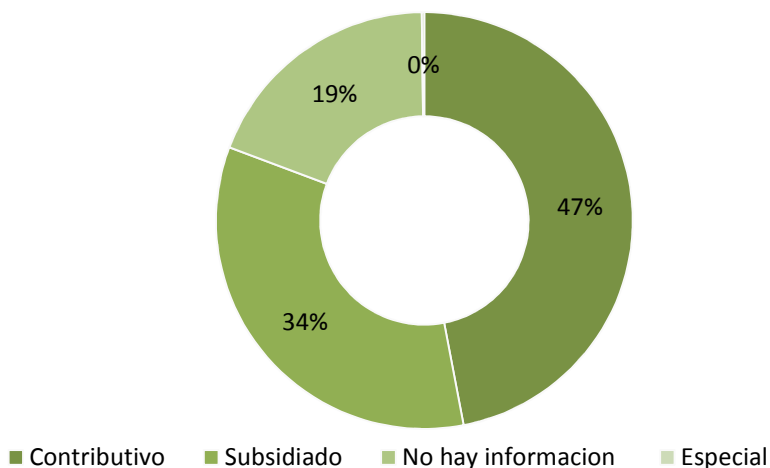


Tabla 28. Entidades demandadas - solicitudes de servicios de salud ordenados por el médico tratante y negados por ser NO POS

Pareto de entidades demandadas	Número de casos
NUEVA E.P.S.	144
COOMEVA E.P.S	104
SALUDCOOP E.P.S.	87

CAPRECOM E. P. S.	46
CAPRECOM E. P. S. Y OTRO	30
SECRETARIA DE SALUD	30
CAFESALUD E.P.S.	29
SAVIA SALUD EPS	29
ASMET SALUD E. P. S.	28
EMSSANAR EPS	28
SALUD TOTAL E.P.S.	26
NUEVA E.P.S Y OTROS	23
COOMEVA EPS Y OTRO	22
EPS SURA	21
SALUDCOOP E.P.S. Y OTROS	21
SAVIA SALUD EPS Y OTROS	21
CAPITAL SALUD EPS.	15
SALUDVIDA E. P. S.	13
IPS	13
COMPARTA EPS	12
ASMET SALUD E.P.S. Y OTRO	12
EMSSANAR EPS Y OTRO	12
SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS S.O.S.	11
SANIDAD POLICÍA	11

De igual manera, las NUEVA EPS, con 144 solicitudes, seguida de COOMEVA, con 104 y SALUDCOOP, con 87 solicitudes, son las EPS que presentan una mayor concentración de acciones de tutela por la negación de servicios de salud excluidos del POS.

3. Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud con el argumento de que la persona no ha presentado la solicitud respectiva ante el Comité Técnico Científico -CTC-

Este detalle no es verificable en la información recolectada

4. Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud con sujeción al principio de integralidad, entendido éste como el no fraccionamiento de las prestaciones que requiera la persona para recuperar su salud.

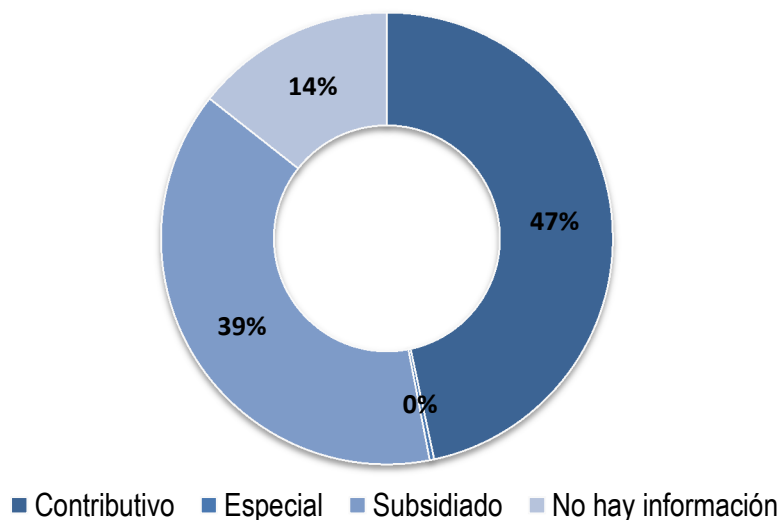
Comprobar la integralidad, en el entendido del no fraccionamiento de prestaciones que requiera la persona, es factible determinarlo cuando **se atañe** a un servicio concreto. Pero evaluar la integralidad cuando se trata de más de un servicio, se escapa del alcance de este informe puesto que no bastaría analizar las sentencias proferidas por el Juez de tutela; se requeriría de todos los soportes que dieran cuenta de la solicitud, autorización y prestación efectiva de un servicio o tecnología.

Por la dificultad de asumir que una determinada cantidad de aseguradoras se niegan a autorizar oportunamente servicios bajo el presupuesto de la integralidad, sobre todo cuando la misma supone también la aprobación y prestación de una serie de servicios que son futuros e inciertos, se exponen a continuación las acciones de tutela que tuvieron su origen en una *solicitud de atención integral*.

De hecho, la integralidad se define como la garantía que los afiliados al Sistema accedan a las prestaciones que requieran de manera efectiva, otorgando una protección completa en relación con todo aquello que sea necesario para mantener su calidad de vida. Al analizar el servicio de tratamiento integral, es claro entonces que en la misma acción de tutela se busca también el amparo de un servicio concreto como los medicamentos o citas médicas, presumiendo que cuando un afiliado solicita una atención integral, es porque hubo una vulneración a su derecho a la salud, ya sea en la oportunidad, el acceso o la continuidad de dicho servicio.

De las 2.041 tutelas analizadas, se presentaron 313 solicitudes por atención integral, de las cuales el 47% (146 solicitudes) fueron interpuestas por afiliados del Régimen contributivo. El 39% (121 solicitudes) por afiliados del régimen subsidiado y el 14% corresponden ausencia de información.

Gráfico 9. Porcentaje de participación por régimen de acuerdo a solicitudes por atención integral



En consecuencia, las entidades con mayor solicitud por atención integral vía tutela son: La NUEVA EPS, con 40 casos, CAPRECOM con 23 casos y COOMEVA, con 23 casos.

Tabla 30. Entidades demandadas - Solicitudes por atención integral

Pareto de entidades demandadas	Número de casos
NUEVA E.P.S.	40
CAPRECOM E. P. S.	23
COOMEVA E.P.S	23
SALUDCOOP E.P.S.	21
CAPRECOM E. P. S. Y OTRO	15
CAFESALUD E.P.S.	11
NUEVA E.P.S Y OTROS	11
SALUD TOTAL E.P.S.	10
ASMET SALUD E. P. S.	9
IPS	9
SAVIA SALUD EPS	7
COOMEVA EPS Y OTRO	7
SECRETARIA DE SALUD	7
CAPITAL SALUD EPS.	6

SALUDVIDA E. P. S.	6
EMSSANAR EPS	6
CRUZ BLANCA EPS	6
SALUDTOTAL EPS Y OTROS	6
SALUDCOOP E.P.S. Y OTROS	6
SAVIA SALUD EPS Y OTROS	6
EPS SURA	5
EMSSANAR EPS Y OTRO	5
ALIANSA SALUD E.P.S.	4
COMFENALCO E.P.S.	3
COMPARTA EPS	3
SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS S.O.S.	3
COMFAMA E.P.S	3
ASMET SALUD E.P.S. Y OTRO	3
CAFESALUD E.P.S. Y OTRO	3

5. **Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud cuando éstos han sido ordenados por un médico que no se encuentra adscrito a la entidad encargada de garantizar la prestación, pero que es un profesional reconocido que hace parte del sistema de salud y cuyo concepto no fue desvirtuado por la entidad con base en razones científicas que consideren el caso específico del paciente.**

En relación con esta práctica violatoria de la salud, en los casos que a continuación se detallan, es importante clarificar que no es posible corroborar si existió o no un pronunciamiento científico de la entidad. Lo anterior, en razón de si desvirtuó o no el concepto del médico que no hace parte de su red de prestadores.

En vista de lo anterior y con base en los casos agrupados por la *Solicitud de servicio que es negado porque fue ordenado por un médico particular no adscrito a la red*, se indica la existencia de 31 casos. COOMEVA con 7 casos – sumando las acciones de tutela cuando es demandada junto con otras entidades- es la entidad que presenta un mayor número por solicitudes de médicos particulares no adscritos a la red y cuya negación de trámite, presuntamente, desencadenó en una acción de tutela.

Tabla 31. Entidades demandadas - Solicitud de servicio que es negado porque fue ordenado por un médico particular no adscrito a la red

Entidades demandadas	Número de casos
COOMEVA E.P.S	5
NUEVA E.P.S.	3
SALUD TOTAL E.P.S.	3
CAPRECOM E. P. S.	3
SALUDVIDA E. P. S.	3
SALUDCOOP E.P.S.	2
COOMEVA EPS Y OTRO	2
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIONA SOCIAL	2
SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS S.O.S.	1
EMSSANAR EPS	1
CAFESALUD E.P.S.	1
GOLDEN GROUP E.P.S.	1
COMPENSAR EPS Y OTRO	1
SALUDVIDA EPS Y OTROS	1
NUEVA E.P.S Y OTROS	1
PREPAGADA	1

- 6. Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud cuando se requiere que la persona se desplace a vivir en un lugar distinto a aquel en el que reside.**

Este detalle no es verificable en la información recolectada

- 7. Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud de alto costo y para tratar enfermedades catastróficas, así como sus exámenes diagnósticos.**

Este detalle no es verificable en la información recolectada

- 8. Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud que requiere un menor para su adecuado desarrollo y que no pueden ser costeados por sus responsables, aun cuando dichos servicios estén excluidos del POS y la vida o la integridad del menor no dependen de su prestación.**

Como se mencionó en la sección A de los resultados, las tutelas en las que la persona a quien se le vulnera el derecho es un menor de edad, corresponden al 17,4% (356) de las

analizadas en este informe. Las EPS SALUDCOOP (45 solicitudes), COOMEVA (38 solicitudes) y CAPRECOM (22 solicitudes) son las tres aseguradoras que presentan una mayor concentración de acciones de tutela en menores de edad. En la siguiente tabla se presentan las entidades más tuteladas en este aspecto.

Tabla 32. Entidades demandadas - Servicios

Entidades demandadas	Número de casos
SALUDCOOP E.P.S.	45
COOMEVA E.P.S	38
CAPRECOM E. P. S.	22
CAPRECOM E. P. S. Y OTRO	19
NUEVA E.P.S.	15
SALUD TOTAL E.P.S.	15
ASMET SALUD E. P. S.	12
COMPARTA EPS	10
SALUDCOOP E.P.S. Y OTROS	10
CAFESALUD E.P.S.	10
EMSSANAR EPS	10

9. Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud que se requieren con necesidad, supeditando su prestación al pago de una cuota moderadora.

Frente al análisis de esta práctica violatoria de la salud, se identificó que de las 2.041 tutelas de la muestra, existen 247 solicitudes por exención de cuotas moderadoras o copagos. Adicionalmente, se pudo observar que cuando se solicita la exención de cuotas moderadoras o copagos, esta pretensión suele estar acompañada de otros servicios, como por ejemplo, la de atención integral.

El hecho de que los afiliados al régimen subsidiado demanden por vía tutela en una proporción mayor que el resto de regímenes de aseguramiento, y dadas las características de esta población hace deducir fácilmente que el cobro de copagos se convierte en una barrera de acceso para la atención.

Gráfico 10. Porcentaje de participación por régimen, por solicitudes de exención de copagos o cuotas moderadoras

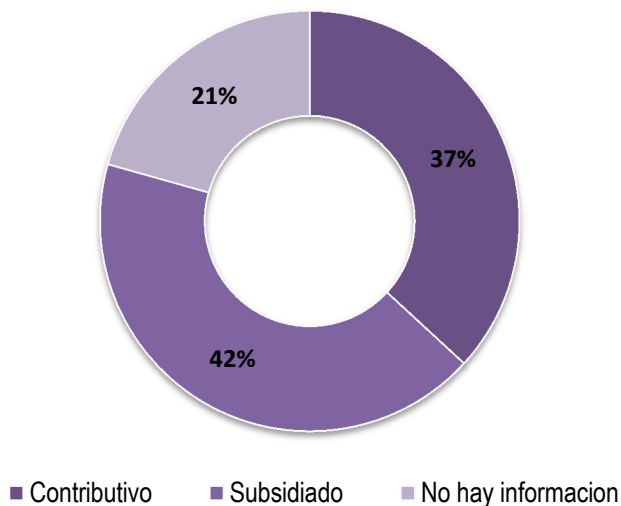


Tabla 33. Entidades demandadas - Servicios

Pareto de entidades demandadas	Número de casos
NUEVA E.P.S.	24
SECRETARIA DE SALUD	23
COOMEVA E.P.S	20
CAPRECOM E. P. S.	19
SALUDCOOP E.P.S.	17
SAVIA SALUD EPS Y OTROS	14
SAVIA SALUD EPS	13
CAPRECOM E. P. S. Y OTRO	9
IPS	8
SALUD TOTAL E.P.S.	7
CAFESALUD E.P.S.	6
SALUDVIDA E. P. S.	6
NUEVA E.P.S Y OTROS	6
EMSSANAR EPS	5
SALUDCOOP E.P.S. Y OTROS	5
ASMET SALUD E. P. S.	4
EPS SURA	4
SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS S.O.S.	4

CAFESALUD E.P.S. Y OTRO	4
-------------------------	---

La NUEVA EPS (24 casos) y las Secretarías de Salud (23 casos) son las entidades con mayor cantidad de acciones de tutela para exoneración de cuotas moderadoras o copagos.

10. Se niegan a autorizar incapacidades laborales derivadas del estado de salud de la persona, con el argumento de que en el pasado no se cumplió con la obligación de cancelar los aportes de salud dentro del plazo establecido para ello.

Para dar respuesta a este criterio, se generaron los siguientes ítems de solicitud: a) *Solicitud de reconocimiento de incapacidad por enfermedad general negada por pago tardío y b) Solicitud de licencia de maternidad negada porque no cotizó todo el embarazo o cotizó tardíamente.*

De las 2.041 tutelas analizadas, 79 casos se clasificaron como tutelas asociadas con el reconocimiento de incapacidades derivadas de una enfermedad común y/o de licencias de maternidad.

Tabla 34. Entidades demandadas – Solicitudes por incapacidades derivadas de una enfermedad común y/o de licencias de maternidad.

Entidad demandada	Número de casos
COOMEVA E.P.S	20
EPS SURA	10
SALUDCOOP E.P.S.	9
FAMISANAR EPS	5
COOMEVA EPS Y OTRO	4
SALUDTOTAL EPS Y OTROS	4
COMFENALCO E.P.S.	3
SALUDCOOP E.P.S. Y OTROS	3
SANITAS E.P.S.	2
SALUD TOTAL E.P.S.	2
CRUZ BLANCA EPS	2
SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS S.O.S.	2
NUEVA E.P.S Y OTROS	2
IPS	2
CAFESALUD E.P.S.	1
SALUDTOTAL EPS	1

COMFENALCO VALLE EPS	1
COMPENSAR E.P.S.	1
NUEVA E.P.S.	1
SURA EPS Y OTROS	1
PARTICULAR	1
FOSYGA Y OTROS	1
ARL	1

En definitiva, se puede inferir que las EPS con mayor número de tutelas relacionadas por el reconocimiento de incapacidades de enfermedad común y el reconocimiento de licencias de maternidad son: en primer lugar COOMEVA, en segundo lugar SURA y en tercer lugar SALUDCOOP

11. Se niegan a afiliar personas, a pesar de que éstas ya hayan cumplido el tiempo para trasladarse, por el hecho de que dentro de su grupo familiar existe una persona (su hijo, un niño) que padece una enfermedad catastrófica.

Dentro del listado de solicitudes se definió una denominada *Solicitud de traslado negada a pesar de haber cumplido el tiempo necesario para trasladarse, porque dentro del grupo familiar alguien padece una enfermedad catastrófica y debería esperar más tiempo para poder trasladarse*. A partir de esta clasificación se detectaron 8 tutelas bajo, en las cuales presuntamente se incurrió en esta práctica y ocasionaron la acción de tutela.

Tabla 35. Entidades demandadas – Solicitudes Solicitud de traslado negadas

Entidades demandadas	Número de casos
COOMEVA EPS Y OTRO	2
COOMEVA E.P.S	2
CAPRECOM E. P. S. Y OTRO	1
ASMET SALUD E.P.S. Y OTRO	1
CAPITAL SALUD EPS Y OTRO	1
E.P.S. COMFENALCO	1

De las entidades demandadas, COOMEVA es la que presenta el mayor número de casos; 4 casos- incluyendo los procesos en los cuales es demandado junto con otras entidades-. Las demás entidades reportan un caso relacionado con esta práctica violatoria de la salud.

Aunque es una cifra marginal, se evidencia que persisten en la actualidad dificultades en los trámites de afiliación. Para el caso en particular, se pudiera inferir que la declaración de salud parece estar siendo utilizada como primer filtro para evaluar las condiciones de salud de la persona y su núcleo familiar y decidir con base en esto su ingreso a la EPS, a pesar que normativamente esta práctica está prohibida.

12. Interrumpen el suministro de servicios de salud, porque ya transcurrió un mes luego del momento en que la persona dejó de cotizar, en razón a que ahora es desempleado, antes de que éste haya sido en efecto asumido por otro prestador.

Para cuantificar las tutelas originadas por esta razón, se estableció el siguiente criterio *Solicitud de prestación de servicios que son negados porque ya transcurrió un mes luego del momento en que la persona dejó de cotizar, en razón a que ahora es desempleado*. Fueron identificados 6 casos, véase tabla 36, si bien la cifra no es significativa, si refleja que existen afiliados que quedan en una zona gris frente a su aseguramiento y por ende se le está vulnerando su derecho a la salud, al no existir un directo responsable de la prestación de servicios de salud.

Sin embargo esta situación tendería a desaparecer gracias a la entrada en vigencia del [Decreto 3047 de diciembre 2013](#), en el cual se establecen las reglas de movilidad entre regímenes para afiliados, favoreciendo a aquellos afiliados vinculados a una EPS del régimen contributivo que pierden la capacidad de pago, y que, sin mayores trámites, pueden pasar a ser parte del régimen subsidiado y continuar afiliados a la misma EPS.

Tabla 36. Entidades demandadas – Solicitudes por negación debido a que transcurrió un mes luego del momento en que la persona dejó de cotizar

Entidad demandada	Número de casos
COOMEVA E.P.S	1
SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS S.O.S.	1
NUEVA E.P.S.	1
COMPAÑÍA DE SEGUROS	1
COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA Y OTRO	1
COOMEVA EPS Y OTRO	1

13. Cobran copagos a personas que padecen una enfermedad catastrófica o de alto costo.

Este detalle no es verificable en la información recolectada

14. Se niegan a autorizar servicios de salud que ya han sido ordenados por fallo de tutela.

Este detalle no es verificable en la información recolectada

c. **Análisis de las decisiones judiciales. ¡Sección Pendiente!**

III. MEDIDAS ADOPTADAS

Durante los últimos años, y en particular en 2014, el Ministerio de Salud y Protección Social-MSPS ha emprendido una serie de acciones dirigidas a aumentar el acceso a los servicios de salud, mejorar la calidad en la atención y con ello, garantizar el goce efectivo del derecho a la salud. Las medidas descritas a continuación están enfocadas en los usuarios del sistema y por tanto tienen impacto en las principales motivaciones que llevan a éstos a utilizar el mecanismo de la acción de tutela.

Algunas innovaciones recientes en el aseguramiento han contribuido de manera importante a mejorar el acceso a los servicios de salud, y con ello, buscan disminuir el número de tutelas interpuestas por temas asociados a la afiliación y a la movilidad dentro del sistema de salud. En materia de portabilidad por ejemplo, gracias al [Decreto 1683](#)²², los colombianos pueden hoy acceder a los servicios de salud a través de su misma Entidad Promotora de Salud-EPS en cualquier municipio del país. Desde su implementación, la cual se ha desarrollado principalmente en el 2014, además de hacer seguimiento a la medida, el MSPS ha venido articulando acciones con los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS para permitir que todo afiliado que emigre transitoriamente del municipio domicilio de afiliación o de aquél donde habitualmente accede a los servicios de salud, reciba estos servicios en cualquier municipio donde ubique su residencia transitoria. Este mecanismo permite que los afiliados puedan acceder a la atención en salud en cualquier parte del país, eliminándose la barrera existente hasta antes de la expedición de la norma; hoy las EPS deben adecuar su red de servicios, de manera tal que se le garantice a los afiliados la atención oportuna a lo largo del territorio nacional, y no solo en el municipio en el cual la persona realizó el proceso de afiliación.

²² Con el cual se da cumplimiento al artículo 22 de la Ley 1438 de 2011

Durante el año 2014, se presentaron en total 289.064 solicitudes de portabilidad, de las cuales 118.373 corresponden a EPS del Régimen subsidiado y 170.691 a EPS del Régimen contributivo. La tasa de aprobación de esas solicitudes fue del 97.5%.

Entre otras medidas se destaca también el [Decreto 3047 de diciembre 2013](#), por medio del cual se establecen las reglas de movilidad entre regímenes para afiliados focalizados en los niveles I y II del Sistema de Identificación de Beneficiarios-SISBEN. Desde la implementación de esta medida en julio de 2014, 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. Esta medida también beneficia a aquellos afiliados vinculados a una EPS del régimen contributivo que pierden la capacidad de pago, y que, sin mayores trámites, pueden pasar a ser parte del régimen subsidiado y continuar afiliados a la misma EPS.

El Decreto estableció 6 meses para su entrada en vigencia. Durante ese tiempo se adelantaron las acciones para su puesta en marcha por parte del MSPS, el Departamento Nacional de Planeación - DNP, la Superintendencia Nacional de Salud, las EPS de los regímenes (contributivas y subsidiadas) y los operadores de la Planilla Integrada de Liquidación - PILA. Sin embargo, desde el 2014 se empezaron a percibir los impactos de dicha medida. En el período agosto a diciembre de 2014, se presentaron un total de 508.079 novedades de movilidad, de las cuales 426.158 corresponden al régimen contributivo.

En este sentido, la implementación en 2014 de los decretos de movilidad y portabilidad, generan un efecto positivo sobre el acceso a los servicios de salud, al eliminar parte de las circunstancias que hoy lo limitan, como por ejemplo aquellas derivadas del desplazamiento transitorio de las familias, la movilidad laboral y la separación de núcleo familiar por razones laborales. Estas circunstancias hacen más dispendiosos y complejos los trámites de afiliación, registro de novedades y atención, problemas que justamente ambos decretos pretenden corregir.

Entre otra de las innovaciones desarrolladas en el año 2014, es importante destacar aquellas dirigidas a mejorar el acceso a los servicios de salud en zonas con población dispersa. El MSPS ha reconocido en distintas ocasiones que en ciertas regiones del país se debe avanzar en el desarrollo e implementación de modelos de aseguramiento que sean sensibles a las características de dispersión poblacional. Por esta razón fue expedido el [Decreto 4162 de 2014](#) el cual permite avanzar en el desarrollo de un piloto en el Departamento de Guainía, departamento en el que una sola EPS, la Gobernación, las alcaldías y el MSPS vienen trabajando de manera coordinada, con el fin de llevar hasta los

lugares más apartados servicios de salud con énfasis en prevención. Este modelo podrá ser replicado a otros departamentos con condiciones similares.

En relación con los problemas de acceso a los servicios de salud, derivados de la incertidumbre en los servicios incluidos en el POS, los no incluidos y los excluidos del POS, el MSPS ha llevado a cabo diversas acciones orientadas a eliminar dicha divergencia. Entre alguna de las medidas, se encuentra por ejemplo la socialización en 2014 del proceso de actualización integral del POS ([Resolución 5521 de 2013](#)²³), a través de encuentros presenciales en diferentes ciudades de país²⁴. Durante estos encuentros, se realizaron capacitaciones sobre los contenidos del POS a usuarios, veedurías, COPACOS, IPS-S, EPS-S y demás actores del SGSSS. Así mismo se publicó el acto administrativo en la página web del MSPS, con el fin de dar a conocer a la ciudadanía en general sobre las coberturas del POS vigente.

De manera complementaria, en procura de dar a conocer los resultados de la estrategia de socialización de los contenidos del POS, se fortaleció la herramienta [POS Pópuli](#), a través de la cual los ciudadanos pueden consultar los contenidos del Plan de Beneficios al que tienen derecho los colombianos, de una manera sencilla, rápida y confiable. Durante el 2014 se llevaron a cabo capacitaciones a nivel nacional de la herramienta [POS Pópuli](#), por medio de eventos presenciales dirigidos a los diferentes actores del SGSSS y a través de canales web y móvil. Así mismo se enviaron mensajes claves de divulgación en las redes sociales del MSPS y en medios masivos de comunicación. El link de la herramienta [POS Pópuli](#) continúa disponible por canales web y móvil.

Con el proceso de participación ciudadana implementado y desarrollado por el MSPS a nivel nacional, al haberse socializado este proceso desde la divulgación de la metodología, hasta la ejecución de los ejercicios en forma virtual y presencial con los diferentes actores (asociaciones de usuarios y pacientes, Comités de Participación Comunitaria – COPACOS, comunidad médica y científica), se reduce paulatinamente la incertidumbre en relación con los servicios incluidos, los no incluidos y los excluidos del POS. Cabe también resaltar la misma [Resolución 5521 de 2013](#), con la cual se instruyó suficientemente sobre estos

²³ Por el cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS). Las actualizaciones del POS han buscado mejorar la cobertura de servicios en los aspectos más apremiantes y significativos para la salud de los colombianos, con las tecnologías en salud que tienen el potencial de mejorar más acentuadamente los resultados en salud. De manera particular, en la última actualización realizada en la Resolución 5521 de 2013 se adoptaron numerosas medidas para tratar de atacar algunas de las fallas en regulación que explican el litigio en salud.

²⁴ Bogotá, Pereira, Pasto, Barranquilla, Cali, Medellín, Bucaramanga, Valledupar, Sogamoso, Quibdó, Yopal, Sincelejo, Cartagena, Popayán y San Andrés.

aspectos de la actualización integral con respecto al anterior POS, contenido en el Acuerdo 29 de 2011 de la CRES.

Es importante resaltar que durante los espacios de participación ciudadana, queda claro para los participantes inscritos y asimismo, para el país en general (en razón a la publicación y divulgación de la información a través del sitio web del MSPS), cuales son las tecnologías en salud que han sido incluidas, las que no se incluyeron -de lo solicitado por la comunidad médica y los usuarios-, y los servicios que son suprimidos por el nuevo POS. Lo anterior, dando a conocer las razones específicas por las cuales se toma dicha decisión y la justificación, con las razones médicas y de sostenibilidad financiera.

En lo que respecta a las acciones dirigidas a garantizar que los afiliados al régimen subsidiado puedan acceder a un plan de servicios de salud que no difiera de los contenidos contemplados en el Plan Obligatorio de Salud (POS) para el régimen contributivo, es importante destacar los acuerdos expedidos entre los años 2009 y 2012²⁵ que permitieron la ampliación y unificación del POS²⁶.

La unificación del POS del régimen subsidiado al contributivo se ha cumplido en forma progresiva - gradual y sostenible- por grupos etarios, fijándose en cada oportunidad la Unidad de Pago por Capitación - UPC para su financiación. En el marco de este proceso cabe entonces resaltar las siguientes medidas regulatorias, implementadas durante la vigencia 2014: i) el reconocimiento de una prima adicional (37.9%) por zona alejada del continente al valor de la UPC para el año 2014, en el Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, dando como resultado un valor anual promedio de la UPC de \$868.734,00 pesos en 2015 (\$819.097,20 en 2014) para el régimen contributivo y de \$777.193,20 (\$732.783,60 en 2014) para el régimen subsidiado ([Resolución 1952 de 2014](#)); ii) la adopción del valor de la UPC del régimen subsidiado, para el año 2014, para la población reclusa a cargo del INPEC. La UPC para esta población pasó de \$531.388,80 en 2014 a \$563.590,80 en 2015, valor que corresponde a la misma unidad promedio del régimen subsidiado. ([Resolución 2739 del 2014](#)); y iii) la determinación de fijar una UPC diferencial indígena, del régimen subsidiado. Tras un proceso de concertación con esta población colombianos, se estableció una prima diferencial del 3,04% con lo cual el valor promedio de la UPC indígena pasó de \$547.542,00 en 2014 a \$580.723,20 en 2015

²⁵ [Acuerdo 04 de 2009](#): unifica el POS para los niños de 0 a 12 años; [Acuerdo 011 de 2010](#): unifica el POS para los niños y adolescentes menores de 18 años; [Acuerdo 027 de 2011](#): unifica el POS para los adultos de 60 y más años; [Acuerdo 032 de 2012](#): unifica el POS para los adultos entre 18 y 59 años.

²⁶ Gracias a esta medida, además de garantizar la protección igualitaria del derecho a la salud de los afiliados de ambos regímenes, tuvo un impacto en el litigio de los usuarios del régimen subsidiado; hoy ya no se requiere interponer acciones de tutela para acceder a los servicios de salud que antes sólo estaban cubiertos para los usuarios del régimen contributivo.

([Resolución 5729 de 2014](#)). A estas medidas se suma la [Resolución 5925 de 2014](#), mediante la cual se fija el valor de la UPC de los regímenes subsidiado y contributivo, para la vigencia 2015, y se establecen las primas adicionales diferenciales²⁷.

Con estas medidas, además de reconocer la inflación, el crecimiento de las frecuencias de uso de procedimientos de apoyo diagnóstico y terapéutico, y los costos de la prestación de los servicios de salud, se garantiza un mejor acceso a los servicios de salud, y a su vez, mayor equidad al reconocer las particularidades territoriales y poblacionales del país. Las barreras de acceso efectivo a los servicios de salud se reducen, en la medida que las aseguradoras cuentan con los recursos para la constitución de su red prestadora y la contratación de servicios, en condiciones de razonabilidad.

De manera complementaria, para la vigencia 2015, mediante la [Resolución 5968 del 31 de diciembre de 2014](#), atendiendo a las recomendaciones de la Comisión Asesora de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud, el MSPS implementó una prueba piloto y su procedimiento de aplicación, para igualación temporal de la prima pura de la UPC del régimen subsidiado al contributivo en las ciudades de Bogotá, D.C., Medellín, Santiago de Cali y el Distrito Especial, Industrial y Portuario de Barranquilla. Dado que esta medida regulatoria tiene el propósito de analizar el comportamiento de la prestación de servicios de salud a los afiliados del régimen subsidiado, en las mismas condiciones del contributivo, y la suficiencia de la UPC en este escenario, la continuidad de la prueba piloto está sujeta al envío de información con la calidad, oportunidad y demás requerimientos definidos por el organismo rector del SGSSS. Esta exigencia está explícita tanto en la parte motiva como en la Resolutiva del mencionado acto administrativo, que se profiere en acatamiento a los mandatos judiciales de los Autos 261 y 262²⁸.

Finalmente, con el fin de fijar y regular el procedimiento mediante el cual la EPS garantice el acceso efectivo a un servicio de salud NO POS, sin necesidad de recurrir a una acción de tutela, durante la vigencia 2014 se definieron los lineamientos y criterios técnicos respecto a las exclusiones del POS y prestaciones que no pueden ser financiadas con recursos del

²⁷ En consecuencia, la UPC promedio del régimen contributivo pasó de \$593.978,40 en 2014 a \$629.974,80 en 2015. Entre tanto, en el régimen subsidiado la UPC promedio pasó de \$531.388,80 en 2014 a \$563.590,80 en 2015.

²⁸ En este sentido, la información precisa, oportuna y confiable es clave en la demostración de la necesidad de igualación de primas, pues ésta se condiciona a la credibilidad y rigorismo técnico de los estudios, necesarios para asegurar que los servicios de salud del POS unificado podrán prestarse eficiente y oportunamente por las EPS-S en las mismas condiciones de calidad que las EPS contributivas; credibilidad, que es responsabilidad de las administradoras por ser las que reportan la información del gasto que sirve al cálculo de la UPCS y que lleva implícito el compromiso de las instituciones prestadoras de servicios de salud que integran su red.

SGSSS, mediante la expedición de la [Nota Externa No. 201433200296523](#) del 10 de noviembre de 2014²⁹. Con esta nota se precisó que para las tecnologías NO POS que se encuentren listadas como exclusión del POS, que no corresponden a prestaciones que no pueden ser financiadas con recursos del SGSSS (Artículo 154 de la Ley 1450 de 2011), procederá su reconocimiento y pago mediante el mecanismo de recobro y podrán ser autorizados por el Comité Técnico Científico - CTC. Con esta claridad, se espera una reducción importante en el número de tutelas interpuestas en el sector, ya que los usuarios tendrán acceso a los servicios NO POS mediante el CTC que realizan las entidades recobrantes, servicios por los que antes se accedía vía tutela, simplificando el proceso para el paciente y garantizando la entrega de lo solicitado.

Un ejemplo de lo anterior corresponde a la prescripción de pañales, los cuales eran entregados por la EPS a la mayoría de los usuarios que lo requerían, previa acción de tutela que ordenaba a la EPS el suministro de los mismos. Con la expedición y aplicación de la Nota Externa en mención, se indicó que los pañales son un servicio que se encuentran en el listado de exclusiones del POS, pero que al no corresponder a una prestación no financiada por el sistema, es viable que el médico tratante presente la solicitud ante el CTC para su autorización.

Adicionalmente, es importante señalar que, en cumplimiento de lo previsto en la Sentencia T-760, el MSPS ha elaborado un proyecto de acto administrativo que regula la capacidad de pago de los beneficiarios de tecnologías en salud no incluidas en el POS. Dicho proyecto precisa los criterios y lineamientos que las EPS aplicarán para verificar la capacidad de pago de los usuarios, así como los grupos poblacionales excluidos de la aplicación de ésta medida.

Así mismo, en lo relacionado con el procedimiento de recobro por parte de las EPS ante el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), en diciembre de 2013 el MSPS expidió una resolución ([Resolución 5395 de 2013](#)) mediante la cual se unifica el procedimiento de recobros que deben seguir las entidades recobrantes para presentarlos cuando, conforme a la normativa vigente o a decisiones judiciales, deban ser reconocidos y pagados por el Fosyga, así como el procedimiento que debe seguir la administración para la verificación de las mismas y los plazos con que cuenta para el pago. Así mismo, durante el 2014, se estabilizó el proceso de radicación web de recobros. Debido a esta estabilización, el pago de los recobros radicados por los formatos MYT01 y MYT02 se ajustó a los términos previstos en la res 5395 de 2013. En total, por concepto de recobros, se aprobaron y giraron

²⁹ Con esta nota se comunicó la decisión del Comité de Definición de Criterios y Lineamientos Técnicos para el Reconocimiento de Tecnologías en Salud NO POS, en cumplimiento de la función que le fue asignada en el numeral 1º del Artículo 46 de la Resolución 5395 de 2013.

2,1 billones, de los paquetes que se radicaron entre enero y diciembre de 2014. Dichos recursos se desembolsaron en el transcurso de la vigencia 2014 y los dos primeros meses de 2015. Cabe también resaltar que el MSPS continuó con las medidas de giro previo y giro directo, medidas que le han permitido tanto a las IPS como a las EPS contar con los recursos con mayor oportunidad.

También es importante anotar los esfuerzos del MSPS para analizar la pertinencia técnica y los beneficios o riesgos de las tecnologías que son litigadas. En el año 2014 se realizó, a través del IETS y con la participación de expertos independientes, la generación de un protocolo clínico para el diagnóstico, tratamiento y ruta de atención integral de niños y niñas con trastornos del espectro autista. También, a través del IETS, se desarrolló un protocolo clínico para el tratamiento de personas con hemofilia A severa sin inhibidores. Ambos protocolos se encuentra en proceso de revisión por parte del MSPS, para su respectiva adaptación y adopción, con el objetivo de mejorar los resultados en salud y hacer un uso más eficiente de los recursos.

En conclusión, son múltiples las medidas que ha adoptado el MSPS, orientadas a eliminar las barreras administrativas, resolver la incertidumbre en relación con los servicios incluidos, los no incluidos y los excluidos del POS, consolidar la cobertura universal del aseguramiento en salud, eliminar las diferencias en la operación del aseguramiento de los regímenes, y con lo anterior, garantizar el derecho a la salud para todos los colombianos.

Estas medidas, directa e indirectamente, abordan la gran mayoría de las causas que explican el fenómeno de la tutela, en especial sus principales motivaciones como son las derivadas de las divergencias en los planes de beneficios, los servicios no incluidos en el POS, los problemas relacionados con la movilidad y traslados entre entidades, entre otros.

Medidas a implementar durante los próximos cuatro años

Si bien se han logrado avances considerables en procura de garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud y mejorar la calidad en la atención, actualmente el MSPS está contemplando una serie de medidas complementarias, a implementar durante los próximos años.

En materia de innovaciones al aseguramiento, por ejemplo, se buscará implementar estrategias dirigidas a actualizar y clarificar las reglas y mecanismos de afiliación, facilitar la afiliación de la población no cubierta y a su vez, definir instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud.

En este sentido, entre algunas de las medidas regulatorias sobre las que se están trabajando, se destacan: i) la instauración de mecanismos para la afiliación inmediata de los recién nacidos al sistema; ii) subsidios parciales y otros mecanismos para garantizar la continuidad de la protección en salud, ante los cambios en la capacidad de pago de las personas; iii) el desarrollo de un sistema transaccional en línea, de fácil acceso al ciudadano, que permita a los diferentes actores del sistema realizar el proceso de afiliación y gestionar sus novedades de manera más expedita; iv) la ampliación del núcleo familiar del afiliado cotizante, de tal forma que se les pueda garantizar el acceso a los servicios de salud a los hijos de parejas del mismo sexo, los menores de edad hijos de beneficiarios (nietos) - en casos de fallecimiento o de ausencia de sus padres o pérdida de la patria potestad-, y a los hijos mayores de 18 y menores de 25 años, que no se encuentran estudiando; y v) la modificación del sistema mediante el cual son atendidas actualmente las necesidades en salud de la población carcelaria, dentro del SGSSS, a partir de la implementación de un modelo especial de atención para dicha población, con lo cual se busca garantizar la atención efectiva y oportuna de este grupo poblacional. Lo anterior, en coordinación con el Ministerio de Justicia, la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios-USPEC y el Instituto Nacional Penitenciario-INPEC.

Es importante anotar que sobre los primeros cuatro puntos listados anteriormente ya se puso en consideración de la ciudadanía un proyecto de decreto, sobre el cual se recibieron comentarios y se está ajustando para su expedición en el primer trimestre del año 2015.

En lo que respecta al plan de beneficios, el MSPS continuará con la actualización integral del POS en la vigencia 2015, aplicando los resultados de la ponderación de los criterios para evaluar las tecnologías-TS en salud a la lista de tecnologías que se encuentran nominadas por terceros, las nominadas por primera línea, la obtenidas del análisis de las guías de práctica clínica, las adquiridas del análisis de recobros, entre otras. Una vez concluido este proceso, se abrirá a la participación ciudadana la metodología de ponderación de criterios para inclusión de TS.

De manera complementaria, en cumplimiento a las disposiciones de la Ley Estatutaria, bajo la cual en principio las exclusiones deben ser el único límite a la protección del derecho fundamental a la salud, el MSPS ha empezado a definir las acciones a emprender durante la vigencia 2015 y los años siguientes, con miras a avanzar hacia un plan de beneficios implícito, a través de su actualización integral. Asimismo, con el objeto de dar más claridad en el plan de beneficios y procurar la disminución de las acciones de tutela, el MSPS continúa trabajando con medicamentos cubiertos por el POS, en el sentido de aclarar sus coberturas y poder ofrecer a los prescriptores y pacientes mayores opciones terapéuticas para el tratamiento farmacológico.

Finalmente, en el marco del Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018, se buscará que el mecanismo para acceder a servicios de salud o medicamentos no incluidos en el POS pueda realizarse siempre que lo ordene el médico tratante, adscrito a la red de la EPS, quien deberá justificar la necesidad de estas prestaciones y efectuar el registro de la prestación autorizada en el sistema de registro que, para el efecto, determine el MSPS. En otras palabras, se buscará prescindir de la definición por parte del Comité Técnico Científico-CTC, con lo cual se simplificaría el proceso para el paciente y se garantizaría la entrega de la tecnología en salud solicitada.

IV. LIMITACIONES Y FORTALEZAS

El presente informe de cumplimiento tiene la virtud de incorporar información adicional, lo cual permite brindar un análisis más profundo y entender mejor los problemas jurídicos que detalla la Sentencia T-760 de 2008. La base de datos que se emplea para el desarrollo de este documento, incorpora información precisa y detallada de los expedientes de las tutelas, lo cual permite por un lado conocer todas las circunstancias de orden administrativo, técnico, operativo y financiero que rodean la solicitud de la tutela, así como la identificación exacta de quien la solicita. En otras palabras, la información en la que se basa el informe de las tutelas en salud de 2014 es mucho más detallada y confiable.

Sin embargo, el informe no está exento de limitaciones, derivadas de problemas administrativos que se presentaron durante la etapa de recolección de información, así como problemas inherentes a la disponibilidad y calidad de la información de años pasados.

Limitaciones

1. El trabajo de recolección de información comenzó en mayo y culminó en diciembre de 2014. Aunque en el diseño de la muestra se tuvo esa consideración, es claro que un mayor número de tutelas garantiza mayor poder de la muestra. Esta situación se espera corregir en el 2015, con el fin de disponer de la información desde los primeros meses del año. Justamente, el MSPS envió un comunicado a la Honorable Corte Constitucional, en el que se le solicita ampliar el plazo para el acceso y recaudo de información durante todo el año 2015, de modo que en el informe 2016 se pueda nuevamente revisar en detalle una muestra recogida de manera aleatoria y sistemática, que pueda ser consolidada cada semana, y de esta forma, presentar el informe en la fecha prevista (N° Radicado: 201511300021301 - Fecha: 08-01-2015).
2. Durante el proceso de compilación de la información (expedientes de las tutelas) en las instalaciones de la Honorable Corte Constitucional, se presentaron algunos inconvenientes que retrasaron la sistematización y posterior análisis de la información.

En particular, algunos de los expedientes solicitados no fueron entregados a tiempo al MSPS. Según lo manifestado por el funcionario de la Corte, la existencia de un solo funcionario, único encargado de seleccionar y proporcionar los expedientes solicitados semanalmente por el MSPS, así como el alto volumen de tutelas que se maneja en la Corte, pudo retrasar la entrega. Por otro lado, algunos de los expedientes solicitados no fueron entregados en razón a que se encontraban en sala o habían sido devueltos a los despachos judiciales de origen.

3. Se encontró un número significativo (9.7%) de tutelas clasificadas como *salud* y que, al revisar en detalle los expedientes, no corresponden propiamente a este campo.
4. Los cambios metodológicos que se han implementado para el presente informe, hace que sea parcialmente comparable con los de años anteriores. Sin embargo, la idea es solucionar los problemas que autos anteriores han resaltado, lo cual exige realizar las modificaciones que se listaron a lo largo del documento. Garantizar comparabilidad a lo largo del tiempo y a su vez, ahondar en las características de cada una de las tutelas, resultan ser dos criterios difíciles de conciliar. El propósito del MSPS es que los informes de cumplimiento próximos sean detallados, cada vez más estables y respondan, en la medida de lo posible, a los requerimientos de la Orden trigésima de la sentencia T-760. En este sentido, en el presente informe y en los posteriores, se estaría sacrificando en cierta medida la comparabilidad con años anteriores, por lo que para este criterio, sólo se podría conocer la evolución en el tiempo de las tutelas en el agregado (número de tutelas, EPS demandadas, departamentos de origen, etc). La información detallada y discriminada que el informe de cumplimiento empieza a recoger, no podría ser comparada con años anteriores, debido a la inexistencia de esta información³⁰. Por lo anterior, la base de datos que recoge las particularidades de la muestra de tutelas correspondientes al año 2014, se considera una nueva línea de base para los análisis de los años próximos. Dicho esto, los informes posteriores permitirán brindar información más detallada y certera de las acciones de tutela en materia de salud, y con ello entender las particularidades y cambios que ha sufrido este fenómeno, desde el año 2014.

Fortalezas

1. Se recaudó información mucho más detallada, en comparación con la información que se había recogido en oportunidades anteriores y que se recauda en los informes claves del sector como el de la Defensoría del Pueblo. Así mismo se expandió el recaudo de la información a áreas que no habían sido exploradas en informes

³⁰ Incluso si se recogiese el detalle de las tutelas de años anteriores, las muestras no serían comparables dado que varias de estas tutelas han sido ya archivadas.

anteriores. Cabe mencionar que en esta oportunidad hay continuidad con la información básica analizada en informes anteriores, pero se avanza en proponer hacia el futuro informes mucho más robustos que los que se habían realizado en el pasado.

2. Se incluyeron nuevas categorías y subcategorías de clasificación que permitirán a las instancias regulatorias, así como los demás organismos de inspección, vigilancia y control, enfocar acciones de evaluación y seguimiento, que vayan más allá de establecer que cierta cantidad de tutelas se interponen por servicios que cubre el POS o por la necesidad de nuevas tecnologías en el plan de beneficios.
3. La base de datos construida a partir de los expedientes de tutelas de la muestra, permite construir perfiles más precisos de los litigantes. Esto permite, por ejemplo, revisar, a partir de la fuente primaria de información, el perfil socioeconómico de los litigantes, teniendo en cuenta sus ingresos, el régimen de afiliación, el municipio de residencia y el tipo de afiliación al sistema.
4. La base de datos incorpora información sobre algunas facetas de vulnerabilidad de la población (e.g. personas en situación de discapacidad, menores de edad).
5. En la base de datos se incorporó información sobre las motivaciones del litigio, informadas en las acciones de tutela. Tanto los informes anteriores del MSPS como los informes de la Defensoría del Pueblo se habían limitado a recoger información sobre los servicios solicitados, sin precisar las motivaciones. Por esta razón, la única clasificación posible sobre las prestaciones solicitadas era si éstas estaban incluidas o no en el POS. Sin embargo, muchas de las solicitudes que se referían a servicios POS en realidad no buscaban el acceso al servicio; algunas de ellas, por ejemplo, buscaban que el servicio fuese prestado en una Institución Prestadora de Salud-IPS específica, o en una fecha determinada, o que fuera revisada por un nuevo especialista. En este sentido, el cambio metodológico más importante consistió en incluir la información relativa a las motivaciones detrás de los casos concretos, de modo que el informe de tutelas refleje de manera más acertada la complejidad de la realidad del litigio.
6. Se recogió información sobre la actuación de los jueces en los casos concretos. En particular, la base de datos incorpora información sobre la decisión – si se concede o se niega la solicitud- y el tipo de debate procesal que se desarrolla en cada caso. Contar con dicha información es de gran relevancia, en la medida que permite avanzar en el análisis del cumplimiento de los propios jueces de su jurisprudencia, por ejemplo en cuanto al debate probatorio sobre la capacidad económica de las personas o sobre la pertinencia técnica de las solicitudes, ambas requeridas por la Honorable Corte Constitucional.

V. Anexos

Anexo 1. Variables incluidas en el formato de recolección

Módulo Identificación	
Variable	Descripción
NumRadCC	Numero de radicado de la tutela
TpId	Código del tipo de identificación
Tipold.Tipldent	Descripción
Numeroidentificacion	Número de identificación de la persona a quien se le tutelan los derechos
Nombres_completos	Nombre de la persona a quien se le tutelan los derechos
Apellidos_completos	Apellido de la persona a quien se le tutelan los derechos
EnCindcDiscp	En condición de discapacidad
TpIdA	Código del tipo de identificación de la persona que interpone la tutela
Tipold_1.Tipldent	Descripción del tipo de identificación de la persona que interpone la tutela
Nombre_completo_Ac	Nombre de la persona que interpone la tutela
NumIdentAcudiente	apellido de la persona que interpone la tutela
IdModoPresentTutela	Código de la Forma en que presenta la tutela
ModoPresentTutela	Descripción de la Forma en que presenta la tutela
DispFecNac	Se puede consultar la fecha de nacimiento
FechaNacimiento	Fecha de nacimiento
IdReg	Código del régimen
Regimen	Descripción del régimen
IdCalidAfil	Código Calidad del Afiliado
Calidad_de_afiliación	Descripción Calidad del Afiliado
IdVinclab	Código tipo de vinculación laboral
Vinculolaboral	Descripción tipo de vinculación laboral
IdRE	Código régimen al que se encuentra afiliado
NombreRE	Descripción régimen al que se encuentra afiliado

IBC	Ingreso base de cotización
IdSex	Descripción Sexo
Sexo	Código Sexo
COD_DEPTO	Código divipola del Departamento
DEPTO	Departamento
COD_MPIO	Código divipola del Municipio
PALMITO	Municipio

Módulo Solicitudes	
Variable	Descripción
NumRadCC	Numero de radicado de la tutela
Numeroidentificacion	Número de identificación de la persona a quien se le tutelan los derechos
IdTSolc	Código del tipo de Solicitud
TipoSolicitud	Descripción del tipo de Solicitud
IdTipoSolicitudes	Código de la de Solicitud
Solicitudes	Descripción de la de Solicitud
IdTpServS	Código del tipo de servicio
TipoServSalud	Descripción del Tipo de servicio
OrdenMédica	Presenta orden medica
Detalle	Observaciones
Precisiones	Ampliación de observaciones

Módulo decisión judiciales	
Variable	Descripción
NumRadCC	Número de radicado de la tutela
Numeroidentificacion	Número de identificación de la persona a quien se le tutelan los derechos
Juez1raInstancia	Código del Juzgado
Nombre	nombre del juzgado donde se interpone la tutela
COD_DEPTO	Código divipola del Departamento
DEPTO	Departamento
COD_MPIO	Código divipola del Municipio

MPIO	Municipio
IdDesc1aInst	Código de la decisión den 1a instancia
Decisión_de_primera_instancia	descripción de la decisión den 1a instancia
Integralidad	Solicita atención integral
AnalisiDescJud.Cpto_CTC	Concepto del Comité técnico científico
CodigoCpto_CTC	Código de la decisión frente a Concepto del Comité técnico científico
ConceptoCTC.Cpto_CTC	Descripción de la decisión frente a Concepto del Comité técnico científico
IdAnálisiCP1ra_Inst	Código del análisis de la capacidad de pago
AnálisiCapacidad_de_pago_1ra_Instancia	Descripción del análisis de la capacidad de pago
A2	Código del Análisis de la pertinencia
Análisis_de_la_pertinencia_de_la_prestación	Descripción del Análisis de la pertinencia
IdApelacion	Código de la apelación de la decisión
Apelacion	Descripción de la apelación de la decisión
Observaciones	Observaciones

Anexo 2. Tabla de clasificación por tipo de servicio

TIPO DE SERVICIO	DEFINICION
Afiliaciones	Proceso administrativo, comercial y de registro en el cual el usuario escoge libremente la EPS-S a la que quiere pertenecer. Es el primer contacto del potencial afiliado con la organización, donde debe recibir una información básica en cuanto a deberes y derechos, conformación de la red de prestadores y forma de operar el sistema (acceder a los servicios). Se incluyen en esta clasificación todo lo relacionado con pago de aportes, traslados y retiros, multifiliación, corrección de datos en BDUA y movilidad.
Análisis Conductual Aplicado (ABA)	Son enfoques terapéuticos que utilizan un proceso sistemático, y usan el moldeamiento, y otras técnicas para llegar a la conducta operativa. Se pueden incluir en este ítem todas las atenciones relacionadas con la atención especializada neurodesarrollo o neuropsicología, entre otras asociadas.
Atencion domiciliaria (AT)	Modalidad de prestación de servicios de salud extra hospitalaria que busca brindar una solución a los problemas de salud en el domicilio o residencia y que cuenta con el apoyo de profesionales, técnicos o auxiliares del área de la salud y la participación de la familia.

<p>Cirugía plástica estética, cosmética o de embellecimiento</p>	<p>Procedimiento quirúrgico que se realiza con el fin de mejorar o modificar la apariencia o el aspecto del paciente sin efectos funcionales u orgánicos.</p>
<p>Cirugía plástica reparadora o funcional</p>	<p>Procedimiento quirúrgico que se practica sobre órganos o tejidos con la finalidad de mejorar, restaurar o restablecer la función de los mismos, o para evitar alteraciones orgánicas o funcionales. Incluye reconstrucciones, reparación de ciertas estructuras de cobertura y soporte, manejo de malformaciones congénitas y secuelas de procesos adquiridos por traumatismos y tumoraciones de cualquier parte del cuerpo.</p>
<p>Citas médicas</p>	<p>Es la valoración y orientación brindada por distintos profesionales de la salud, pueden ser de primera vez y de control. Y las mismas pueden ser realizadas en servicios ambulatorios, en servicios de urgencias, interconsultas intrahospitalarias, las juntas médicas, las visitas domiciliarias y las realizadas como parte de control de pacientes especiales.</p> <p>Las consultas o citas médicas son las realizadas por médicos (generales y especialistas), odontólogos (generales y especialistas), enfermeras, terapistas, nutricionistas, optómetras y otros. Se incluyen aquí las consultas de medicina laboral y del trabajo.</p>
<p>Contingencias económicas</p>	<p>Son los reconocimientos económicos derivados de las licencias e incapacidades, así como los solicitados por reembolsos o reintegros de pagos médicos.</p>
<p>Cosméticos</p>	<p>Toda sustancia o formulación de aplicación local a ser usada en las diversas partes superficiales del cuerpo humano: epidermis, sistema piloso y capilar, uñas labios y órganos genitales externos o en los dientes y en las mucosas bucales, con el fin de limpiarlos, perfumarlos, modificar su aspecto y protegerlos o mantenerlos en buen estado y prevenir o corregir los olores corporales. Ejemplo de ellos se consideran Shampoo, protectores solares, jabones vaginales, cremas antipañalitis.</p>
<p>Dispositivo médico</p>	<p>Cualquier instrumento, aparato, máquina, software, equipo biomédico u otro artículo similar o relacionado, utilizado solo o en combinación, incluyendo sus componentes, partes, accesorios y programas informáticos que intervengan en su correcta aplicación, propuesta por el fabricante para su uso en:</p> <p>a) Diagnóstico, prevención, supervisión, tratamiento o alivio de una enfermedad.</p>

	<p>b) Diagnóstico, prevención, supervisión, tratamiento, alivio o compensación de una lesión o de una deficiencia.</p> <p>c) Investigación, sustitución, modificación o soporte de la estructura anatómica o de un proceso fisiológico.</p> <p>d) Diagnóstico del embarazo y control de la concepción.</p> <p>e) Cuidado durante el embarazo, el nacimiento o después del mismo, incluyendo el cuidado del recién nacido.</p> <p>f) Productos para desinfección o esterilización de dispositivos médicos.</p>
Enseres	Muebles y utensilios complementarios para la atención domiciliaria
Exámenes de laboratorio y complementarios	Conjunto de pruebas que indican, de forma indirecta, el comportamiento funcional y metabólico de los distintos sistemas orgánicos. Algunos de ellos son Hemograma y VSG, pruebas de función renal, pruebas de función hepática. LDH. Ionograma, proteinograma Glucemia., Medición de ácido úric, perfil lipídico, parcial de orina, entre otros. En esta categoría también se encuentran los electrocardiogramas, holtter, doopler, electromiografías.
Imagen Diagnóstica	Cualquier presentación visual de patrones estructurales o funcionales de órganos o tejidos para la evaluación de un determinado diagnóstico. Entre las cuales se encuentran radiografías, tomografía axial computarizada (TAC), gammagrafías, ecografías, resonancias nucleares magnéticas, ultrasonografías.
Insumo para el aseo personal	Artículo o material empleado para el aseo y limpieza personal. Se incluyen los pañales y paños húmedos, toallas
Material de curación	Dispositivos y medicamentos que se utilizan en el lavado, irrigación, desinfección, antisepsia y protección de lesiones, cualquiera que sea el tipo de elementos o insumos empleados. Se incluyen en esta categoría guantes, gasas, isodine, entre otros.
Medicamento	Es aquel preparado farmacéutico, obtenido a partir de principios activos, con o sin sustancias auxiliares, presentado bajo forma farmacéutica a una concentración dada y que se utiliza para la prevención, alivio, diagnóstico, tratamiento, curación o rehabilitación o paliación de la enfermedad. Los envases, rótulos, etiquetas y empaques hacen parte integral del medicamento, por cuanto estos garantizan su calidad, estabilidad y uso adecuado.

No aplica	En esta categoría se incluyen las solicitudes cuya definición no contiene taxativamente una prestación de servicios en salud ni relaciona trámites administrativos o económicos. Ejemplos de ellos son <i>solicitud médica / IPS específica</i> .	
Procedimiento	<p>Son acciones que suelen realizarse de la misma forma, con una serie común de pasos claramente definidos y una secuencia lógica de un conjunto de actividades realizadas dentro de un proceso de promoción y fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación.</p> <p>Los procedimientos incluyen la aplicación de vacunas, procedimientos odontológicos, procedimientos de laboratorio clínico, procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos, como las terapias física, respiratoria, infiltraciones, lavado gástrico, entre otros.</p>	
Prótesis u Órtesis	Órtesis: Dispositivo médico aplicado de forma externa, usado para modificar la estructura y características funcionales del sistema neuromuscular y esquelético	Prótesis: Dispositivos médicos que sustituyen total o parcialmente una estructura corporal o una función fisiológica.
Recurso humano (AT)	Recursos humanos con finalidad de asistencia o protección social que son sean prestados por personal de salud.	
Referencia y contrarreferencia	Conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicos y administrativos que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable. Esta categoría contiene todo lo relacionado con remisiones, traslados de pacientes, requerimientos de atención por servicios prestados por una IPS de mayor grado de complejidad.	
Suplemento dietario	Es aquel producto cuyo propósito es adicionar la dieta normal y que es fuente concentrada de nutrientes y otras sustancias con efecto fisiológico o nutricional que puede contener vitaminas, minerales, proteínas, aminoácidos, otros nutrientes y derivados de nutrientes, plantas concentrados y extractos de plantas solas o en combinación.	
Terapias aplicadas con Música o Animales	Son terapias complementarias dentro de los sistemas convencionales que se basan en la utilización de animales o música	

	y sus características como instrumento terapéutico. Generalmente son recomendadas para personas con algún tipo de discapacidad, sea física, psicológica y/o social.
Tratamiento integral	Se refiere a la necesidad de garantizar el derecho a la salud de tal manera que los afiliados al sistema puedan acceder a las prestaciones que requieran de manera efectiva, es decir, que se les otorgue una protección completa en relación con todo aquello que sea necesario para mantener su calidad de vida o adecuarla a los estándares regulares.
Viáticos	Es la prevención, en especie o dinero para el sustento de algún viaje que se requiera para la realización de algún procedimiento, cirugía, cita médica. Incluye servicio de transporte, manutención y alojamiento.

Fuente: Consideraciones de la Corte Constitucional.