

La Tutela en Salud



LA TUTELA EN SALUD

Informe de cumplimiento

Orden 30 de la Sentencia T-760 de 2008

Corte Constitucional

Sala Especial de Seguimiento Sentencia T-760 de 2008

Ministerio de Salud y Protección Social

Junio de 2016

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

FERNANDO RUIZ GÓMEZ
Viceministro de Salud y Prestación de Servicios

CARMEN EUGENIA DÁVILA GUERRERO
Viceministra de Protección Social

GERARDO BURGOS BERNAL
Secretario General

GERMÁN ESCOBAR MORALES
Jefe de la Oficina de Calidad

LUIS GABRIEL FERNÁNDEZ FRANCO
Director Jurídico

FÉLIX REGULO NATES SOLANO
Director de Beneficios, Costos y Tarifas

BLANCA YURANI FLÓREZ RODRÍGUEZ
Profesional especializado Oficina de Calidad

Con la colaboración:

CAMILA FRANCO RESTREPO
ALVARO ANDRES MORALES MONTENEGRO
CLAUDIA YOHANA CARVAJAL BAUTISTA
JOSE HERNANDO CUBIDES ZAMBRANO

Equipo de campo:

RAFAEL DARIO URIBE ORTIZ
JOSE LUIS RIVERA MARTINEZ
NURY YULITZA LANDAZABAL RINCÓN

Contenido

1	INTRODUCCION.....	9
2	METODOLOGÍA.....	13
2.1	Diseño de la muestra.....	13
2.1.1	Definición y Descripción del Marco Muestral	13
2.1.2	Definición del Nivel de Precisión.....	14
2.1.3	Tamaño de la Muestra	14
2.2	Estimación del Parámetro y de los coeficientes de variación	15
2.3	Instrumento para la recolección de la información.....	15
3	Resultados del panorama general tutelas en salud 2015	21
3.1	Comportamiento de tutelas en salud por Departamento.....	25
3.1.1	Lugar de residencia de los demandantes	27
3.2	Comportamiento de tutelas en salud de acuerdo a la entidad demandada.....	31
3.2.1	Comportamiento de tutelas por EPS.....	32
3.3	Caracterización de los tutelantes.....	34
3.3.1	Derechos Invocados.....	34

3.3.2	Características de edad y sexo	35
3.3.3	Régimen de afiliación	36
3.3.4	Personas en situación de vulnerabilidad.....	37
3.3.5	Existencia de representación en las acciones de tutelas.....	39
3.3.6	Diagnóstico de tutelantes con enfermedades de alto costo y en situación de Discapacidad	40
3.3.7	De los diagnósticos de los tutelantes.....	42
3.4	Acciones de tutela no relacionadas con Salud	46
4	Caracterización de causas de las tutelas y servicios.....	49
4.1	Análisis de las solicitudes.....	49
4.2	Servicios solicitados.....	56
4.3	Sentido de las decisiones judiciales	61
5	Prácticas violatorias del derecho a la salud planteados en la Sentencia T-760 de 2008. 64	
5.1	Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud incluidos en el POS.....	65
5.2	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.	66
5.3	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- 67	
5.4	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.....	68

5.5	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.....	71
5.6	Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud de alto costo y para tratar enfermedades catastróficas, así como sus exámenes diagnósticos.....	72
5.7	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.	73
5.8	Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud que se requieren con necesidad, supeditando su prestación al pago de una cuota moderadora.....	74
5.9	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.....	75
5.10	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.	75
5.11	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.	76
5.12	Cobran copagos a personas que padecen una enfermedad catastrófica o de alto costo	76
6	CONCLUSIONES.....	78
6.1	Conclusiones panorama general de las tutelas en salud	78
6.2	Conclusiones en relación con las Prácticas violatorias del derecho a la salud planteados en la Sentencia T-760 de 2008	81

6.3	Consideración final	82
7	MEDIDAS ADOPTADAS	85
7.1	Actualizando y aclarando del plan de beneficios:	85
7.1.1	Acciones realizadas	86
7.2	Garantizando la continuidad en la afiliación.....	86
7.3	Actualizando e Incrementando la Unidad de Pago por Capitación.....	89
7.4	Mejorando el acceso a servicios NO POS.....	90
7.5	Generando mejores condiciones de salud en la población colombiana.....	90
7.5.1	Política de atención integral en salud:.....	91
7.5.2	Fortalecimiento de la oferta pública de servicios de salud.....	92
7.5.3	Potencializando los servicios de salud por modalidad de telemedicina.....	94
7.5.4	Liquidación de SALUDCOOP y CAPRECOM.....	94
8	LIMITACIONES	98
9	ANEXOS.....	100



Introducción

1 INTRODUCCION

El Ministerio de Salud y Protección Social presenta a la Honorable Corte Constitucional, este informe que contiene el análisis de acciones de tutelas que invocaron el derecho a la salud para el año 2015, con el fin de dar cumplimiento a lo contemplado en la orden trigésima, la cual establece que se 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"*¹.

Antes de ahondar en las particularidades de este análisis, es importante señalar que hace tan solo un par de décadas la baja cobertura del aseguramiento era el mayor reto del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS); en 1993 solo una cuarta parte de la población tenía algún tipo de protección, mientras que el aseguramiento de la población más pobre y en las zonas rurales era incipiente. Una mayor cobertura amplía el acceso a los servicios de salud de los colombianos más pobres, contribuye al cierre de las brechas sociales y protege financieramente a millones de hogares. En la actualidad, se estima que el 97% de la población (más de 46 millones de colombianos) se encuentran asegurados en salud, cifra histórica para ese indicador y considerada por la evidencia internacional como una cobertura universal.

En el régimen subsidiado el número de afiliados supera los 23 millones de personas. El régimen contributivo se acerca a los 21 millones de afiliados y existe un estimado de más de 2 millones de personas ubicadas en los regímenes exceptuados. Es importante destacar que solo en estos últimos doce meses se registraron un millón doscientos trece mil nuevos afiliados, de los cuales 355 mil corresponden al régimen subsidiado y 858 mil al contributivo.

En cuanto a este logro, hay que resaltar el inmenso esfuerzo en inversión que ello implica, no solo en términos poblacionales de acuerdo al crecimiento de la población colombiana, sino también de la actualización anual del valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) que se reconoce por cada afiliado a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) para garantizar los servicios de salud incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS). Para la UPC promedio que regía para el año 2015, este incremento fue de 6.06%, decisión adoptada mediante el Decreto 1664 de 2014 y que, acompañada de ajustes adicionales por reconocimiento de mayores costos para la atención de poblaciones especiales como la carcelaria, la indígena y la raizal de San Andrés, se constituye en un paso más hacia la equidad en Colombia.

¹ Se hizo entrega de un informe de avance a la honorable Corte constitucional el día 1 de febrero de 2016, bajo el radicado 2016140001194011.

Así mismo, se destacan los continuos avances en la aplicación de la actualización, ampliación e igualación entre los planes de beneficios de los regímenes subsidiado y contributivo. Mientras que en la década anterior existían grandes inequidades entre estos dos regímenes, ahora los colombianos acceden a los mismos servicios y tecnologías en salud contenidos en el POS, sin diferencias de clase. En los meses más recientes, con la Resolución 5968 del 2014, el Ministerio inició un plan piloto para Bogotá, Medellín, Cali y Barranquilla, para igualar también los pagos que hace el Estado por los afiliados de los dos regímenes.

Brevemente, pese a que estos logros responden en gran medida a las problemáticas de aseguramiento, cobertura y accesibilidad, es necesario aun continuar avanzando en temas fundamentales como la calidad, oportunidad, equidad, confianza, y legitimidad en el sistema.

Más aún, si bien es cierto que en el año 2008 mediante la Sentencia T-760 se declaró abiertamente a la salud como derecho fundamental, es en el año 2015, con la sanción de la Ley 1751 del 2015, que surge para el país la primera Ley Estatutaria que consagra un derecho social como un derecho fundamental.

Llegado a este punto, el Ministerio continúa con la metodología establecida en el año 2014, es decir, genera una muestra representativa de tutelas semanalmente y cuenta con un equipo operador que aplica el instrumento de información para recolectar y estudiar *in situ*² las acciones de tutela. Adicionalmente, este trabajo con respecto a los años anteriores, presenta la estimación de los parámetros y los cálculos de los coeficientes de variación estimados. Durante 10 meses el MSPS recopiló y sistematizó 5418 expedientes, consolidando una base de datos con información discriminada sobre cada una de las tutelas de la muestra; información que permite identificar un perfil de las acciones de tutela en salud observando i. Caracterización de la población demandante ii. Caracterización de las solicitudes y problemas jurídicos establecidos en la sentencia T-760 y iii. Caracterización de las decisiones judiciales.

El presente informe también aborda el panorama general de las tutelas así como la utilización de otras bases de datos como Cuenta de Alto Costo, Registro Nacional de Discapacidad, DANE, entre otros, con la finalidad de contar con datos que proporcione una mayor aproximación de la realidad para convertirse en una herramienta para la toma de

² Gracias al permiso concedido por la HCC a través del Auto del 22 de Enero de 2016, el equipo operador revisa los expedientes directamente en la Corte Constitucional.

decisiones de política pública, que permita ir más allá de supuestos a la afirmación con evidencia de la problemática real en salud en Colombia.

Es de esta manera que este estudio se divide en seis secciones; en la primera se presenta la metodología estadística del diseño utilizado para la generación de la muestra, la estimación del parámetro y los coeficientes de variación; en el segundo capítulo se encuentra el panorama general de las tutelas, en la tercera, las solicitudes origen de las tutelas y servicios utilizados, la cuarta sección se encuentra los hallazgos identificados a la luz de las prácticas violatorias definidas en la sentencia T-760 y el Auto 044 de 2012, en el quinto capítulo se encuentra las conclusiones y finalmente en la sexta sección están las medidas contempladas por este Ministerio.



Metodología

2 METODOLOGÍA

Esta sección describe la metodología estadística utilizada para el cálculo del tamaño muestral, para la estimación de los parámetros y para los coeficientes de variación; adicionalmente, se presenta 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 en el año 2015.

2.1 Diseño de la muestra

2.1.1 Definición y Descripción del Marco Muestral

La población objetivo para la muestra son las tutelas que durante el año 2015 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 en el año 2015.

La base de datos suministrada por la Corte Constitucional contiene los siguientes campos, de los cuales se le agrega el Departamento para poder contar con un marco muestral completo y poder realizar la muestra que se recolecta semanalmente:

Fecha en la secretaria: Fecha en la cual llega al despacho de la Corte.

Demandante: Quien interpuso la acción de tutela

Demandado: contra quien se interpone la acción

Juez de Primera Instancia. Este campo involucra los siguientes factores: departamento, ciudad y juzgado, que fueron utilizados individualmente.

Juez de Segunda Instancia. Este campo involucra los factores: ciudad y juzgado.

Primera Instancia. Hace referencia a la decisión del juez de primera Instancia.

Segunda Instancia. Hace referencia a la decisión del juez de segunda Instancia.

Municipio: Lugar donde fue fallada la tutela

2.1.2 Definición del Nivel de Precisión

2,03% de error muestral y 95% de confianza para alcanzar representatividad sobre toda la población de interés.

2.1.3 Tamaño de la Muestra

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:

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

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.

Teniendo en cuenta el marco estadístico se seleccionó un tamaño de muestra de 150 tutelas semanal para un total anual de 6000 expedientes, sin embargo por algunas circunstancias de logística, las cuales en su mayoría obedecieron a que muchos de los expedientes seleccionados en la muestra se encontraba en la sala de revisión de la Corte Constitucional no pudieron ser analizados. Aun así, la muestra seleccionada 5.418 expedientes, asegura la representatividad nacional deseada y sigue presentando un margen de error inferior al 5% .

La muestra se recolectó como una encuesta continua a lo largo de las semanas³ 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 fijación proporcional por departamento.

³ 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 y partiendo de

Finalmente es importante mencionar que gracias a que la muestra goza de representatividad, los datos fueron expandidos⁴ al total nacional, a excepción de las causas, servicios de las tutelas y decisiones judiciales.

2.2 Estimación del Parámetro y de los coeficientes de variación

La fórmula de estimación para un total en un dominio $\hat{t}_{d\pi}$ es:

$$\hat{t}_{d\pi} = \frac{N}{n} \sum_s y_{dk}$$

Donde y_{dk} es igual a y_d si el elemento k pertenece al dominio y cero si no.

Con varianza

$$V(\hat{t}_{d\pi}) = \frac{N^2(1-f)}{n(N-1)} \left[\sum_u y_{dk}^2 - \frac{(\sum_u y_{dk})^2}{N} \right]$$

Y estimador de la varianza

$$\hat{V}(\hat{t}_{dk}) = \frac{N^2(1-f)}{n(n-1)} \left[\sum_s y_{dk}^2 - \frac{(\sum_s y_{dk})^2}{n} \right]$$

A la par que se entrega el estimativo se calcula también el coeficiente de variación estimado, definido como:

$$c. v. e. = \frac{\sqrt{\hat{V}(\hat{t}_{d\pi})}}{\hat{t}_{d\pi}}$$

2.3 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

esta base se seleccionan las tutelas que hacen parte de la muestra siguiendo la metodología descrita en esta sección.

⁴ Los CVE están calculados sobre dominios, lo que podría subestimar el cálculo.

estandarizado, es sin duda una de las principales ventajas metodológicas del informe. Es importante recordar que el trabajo de campo fue realizado por personal contratado, entrenado 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 generales que corresponden a dimensiones de análisis, las cuales se presentan en el siguiente cuadro, divididas en tres módulos.

Tabla 1. Esquema 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 -Clasificación de la solicitud enmarcada en los problemas jurídicos de la Sentencia T-760
	3. ¿Cuál es la composición de las solicitudes realizadas por los tutelantes en el año 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 -Apelación

Es importante tener en cuenta que todo informe que pretenda medir las acciones de tutela en el marco de la Sentencia T-760 de 2008 debe contemplar en su análisis, los problemas jurídicos planteados en dicha Sentencia, los cuales se dividen en generales y concretos, a saber:

Generales:

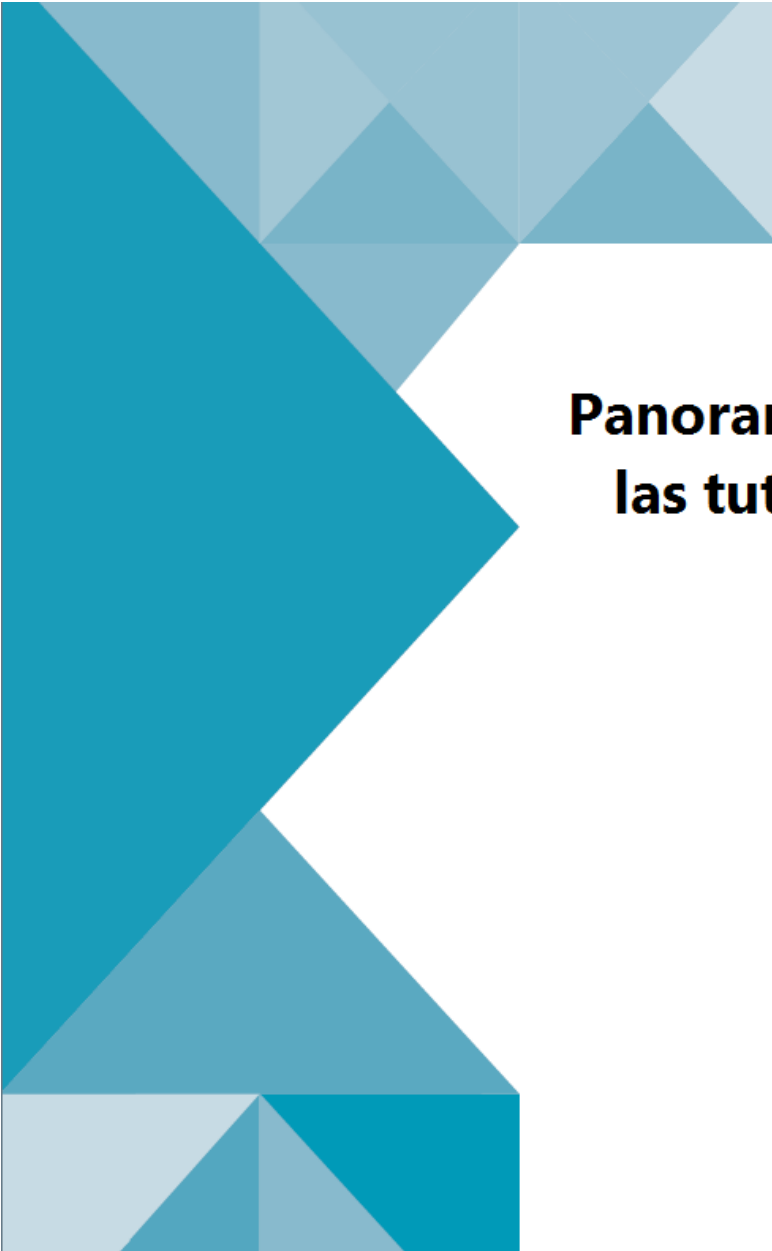
1. ¿Desconoce el Estado el derecho a la salud de las personas al permitir que se mantenga la incertidumbre en relación con los servicios incluidos, los no incluidos y los excluidos del plan obligatorio de salud, teniendo en cuenta las controversias que esta incertidumbre produce y su impacto negativo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

1. ¿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?
2. ¿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?
3. ¿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?
4. ¿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?

5. ¿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?
6. ¿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?
7. ¿Desconoce el derecho a la salud una entidad que se niega a afiliarse 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?
8. ¿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?
9. ¿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?



Panorama General de las tutelas en Salud

3 Resultados del panorama general tutelas en salud 2015

La tabla No. 2 muestra la evolución de las tutelas en salud, entre el año 2000 y 2015. 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 3,6 tutelas por cada 1.000 afiliados.

Tabla 2. Comportamiento de las tutelas en salud 2000-2015

Año	Afiliados	Tutelas	Tasa/ afiliados*	Crecimiento/ de la tasa de afiliado	Tasa de Crecimiento Tutela
2000	23.017.680	24.843	1,1		
2001	23.806.139	34.319	1,4	33,6%	38,1%
2002	24.194.854	42.734	1,8	22,5%	24,5%
2003	25.413.865	51.944	2,0	15,7%	21,6%
2004	30.040.650	72.033	2,4	17,3%	38,7%
2005	33.881.988	81.017	2,4	-0,3%	12,5%
2006	36.461.003	96.226	2,6	10,4%	18,8%
2007	38.655.698	107.238	2,8	5,1%	11,4%
2008	39.561.521	142.957	3,6	30,3%	33,3%
2009	38.681.796	100.490	2,6	-28,1%	-29,7%
2010	40.047.220	94.502	2,4	-9,2%	-6,0%
2011	41.899.763	105.947	2,5	7,2%	12,1%
2012	42.854.862	114.313	2,7	5,5%	7,9%
2013	42.879.901	115.147	2,7	0,7%	0,7%
2014	43.515.870	117.746	2,7	0,8%	2,3%
2015	44.633.177	150.728	3,4	24,8%	28,0%

Fuente: Construcción propia Minsalud, 2015 base de datos: SISPRO-DANE

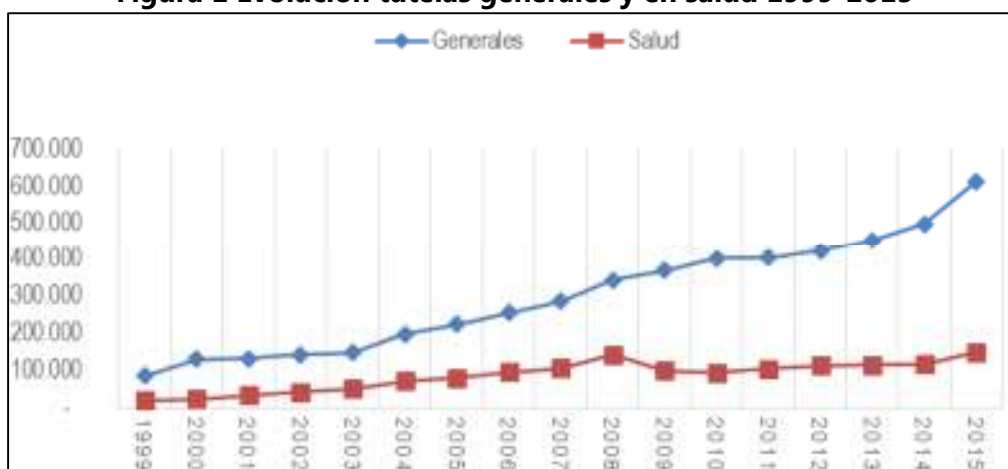
* 1.000 afiliados

Entre 2009 y 2011 se presentó un descenso importante en el número de tutelas en salud. En los años subsiguientes 2012, 2013 y 2014, la tendencia se mantuvo estable, para una tasa de 2,7 tutelas por 1.000 afiliados.

En este último año, se pudo evidenciar un aumento en la interposición de tutelas, alcanzando 150.728 acciones judiciales en números absolutos, lo que equivale a una tasa de 3,4 tutelas por cada 1.000 afiliados

Como se presenta en las figuras No. 1 y 2, el comportamiento de las tutelas generales para el año 2015, se observó un aumento significativo en un 23%, correspondiendo a un dato estimado de 614.520 tutelas⁵. No obstante, la participación de las tutelas en salud frente al universo total de tutelas en Colombia, conservaron un comportamiento similar al del año 2014 (23,6%), frente a un 24,5% para el año 2015.

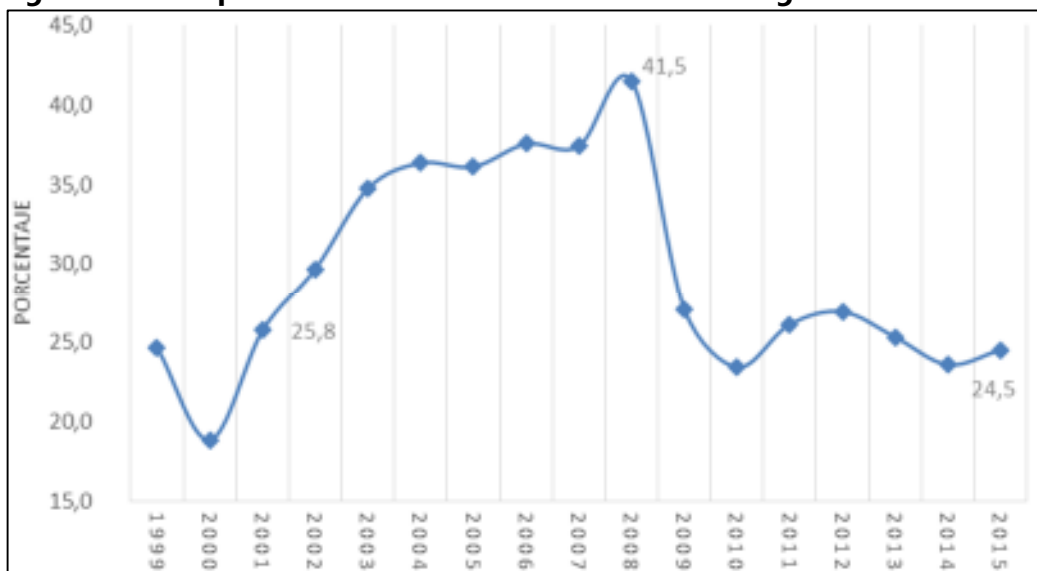
Figura 1 Evolución tutelas generales y en salud 1999-2015



Fuente: Construcción propia Minsalud, 2015. Datos defensoría del pueblo y Corte constitucional

⁵ La Corte mediante oficio B552/2016 y Auto 26 de mayo de 2016 envió al Ministerio en medio magnético el número de tutelas en salud, a pesar de que el ministerio con radicados 201611300612111 y 201611300885411 ha solicitado varias veces el número total de las tutelas "indicar el número total de tutelas radicadas entre el 1 de Enero de 2015 y el 31 de Diciembre de 2015, independiente de si se tratan o no de temas de competencia de este cartera". Hasta la fecha no ha sido posible obtener formalmente este dato por parte de HCC.

Figura 2. Participación de las tutelas en salud en el total general 1999-2015



Fuente: Construcción propia Minsalud, 2015. Datos defensoría del pueblo y Corte constitucional

Esto evidencia la utilización de la tutela en la población como un recurso de crecimiento acelerado y de gran impacto social. Se calcula que para el año 2015, cada día en el país se interpusieron más de 1.683 tutelas, eso quiere decir que cada 4 minutos se radicaron 5 tutelas para reivindicar cualquier tipo de derecho fundamental.

Ahora, si bien en salud se evidencia un incremento, éste no solo se puede explicar de forma aislada dentro de la dinámica del sector, dado que como se ha descrito, el comportamiento de la tutelas en salud frente al universo total de esta acción, presenta una participación análoga a la del año 2014, lo que denota que este fenómeno se encuentra sujeto a factores macroeconómicos y sociales, que están impulsando a que la tutela se convierta en el mecanismo judicial de protección con mayor uso por parte de la población colombiana.

Más aun, la Encuesta de Evaluación de los Servicios de las EPS - 2015⁶ muestra que la mayoría de los pacientes acceden a los servicios de salud sin necesidad de interponer

⁶ Aplicada a 29.761 personas del régimen contributivo y subsidiado. Cabe mencionar que la encuesta en mención es representativa por departamento, régimen y EPS. e incluyó menores de edad, que han 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.

ningún tipo de acción legal. De acuerdo con la encuesta en mención, el 97,8% de los usuarios del Régimen contributivo y el 98,7% de los usuarios del Régimen subsidiado afirmaron no haber tenido que recurrir a acciones legales para acceder a los servicios que requerían.

3.1 Comportamiento de tutelas en salud por Departamento

Partiendo de la necesidad de contemplar un marco de análisis que dé cuenta de la georreferenciación de las acciones de tutela en general, se identificaron el lugar i. donde fue radicada la tutela y ii. El lugar de residencia del tutelante.

Para el año 2015 fueron interpuestas aproximadamente en el país 150.728 tutelas en salud. En este sentido, de acuerdo a su distribución geográfica donde se **falló** la tutela, la misma se concentró en distintas regiones del país, como se puede evidenciar en el mapa (ver ilustración abajo). El departamento de Caldas, es el territorio con mayor participación de la tutela por habitante, lo que quiere decir que por cada 1.000 habitantes se presentaron 9,6 de estas acciones.

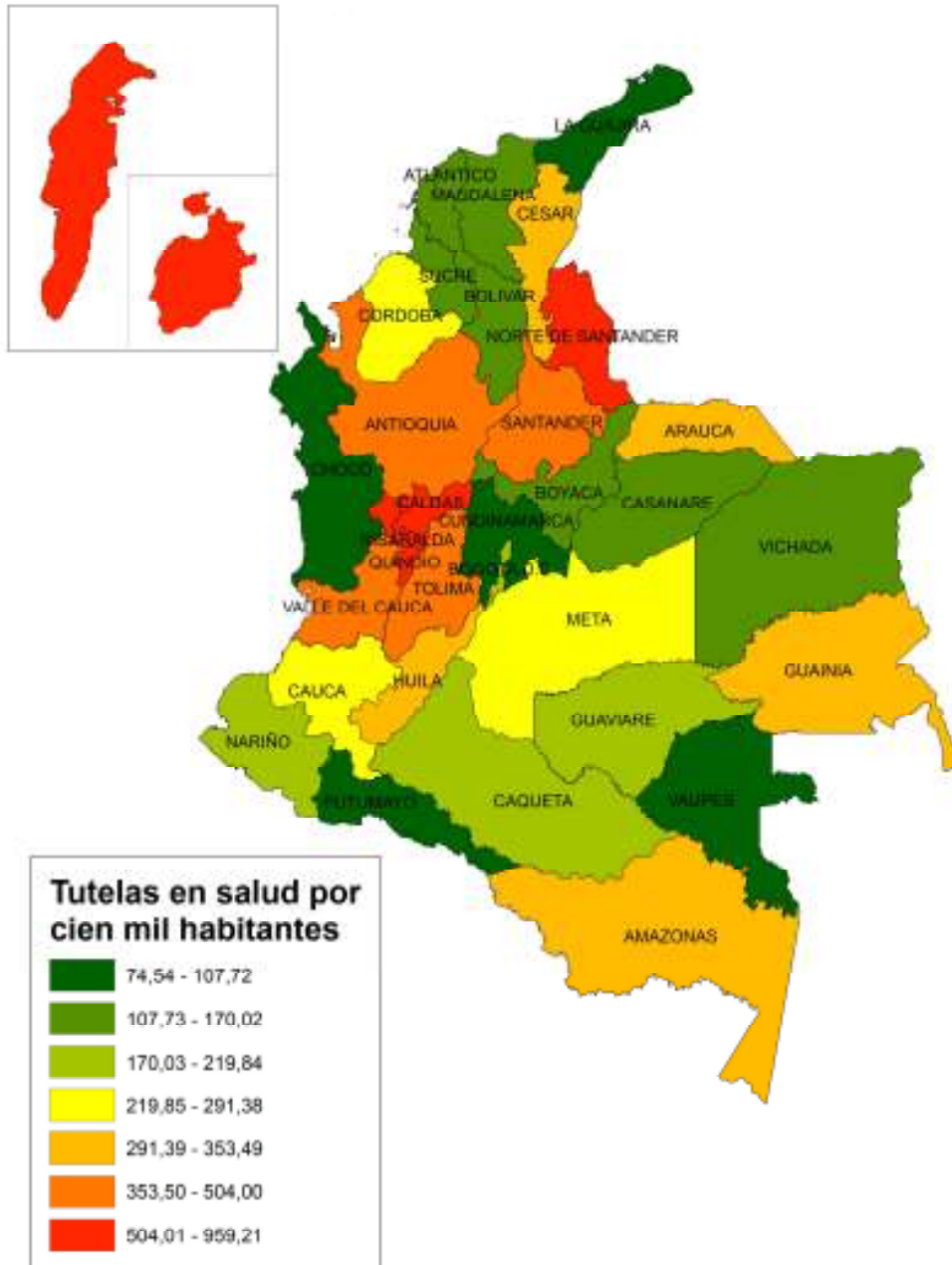
Tabla 3. Departamentos con mayor concentración de tutelas por cada 1.000 habitantes

Departamento	Población	Tutelas	Tasa de tutelas
Caldas	988.003	9.477	9,6
Risaralda	951.945	6.292	6,6
Quindío	565.266	3.625	6,4
Norte de Santander	1.355.723	8.170	6,0
Archipiélago de San Andrés	76.442	460	6,0
Antioquia	6.456.207	32.539	5,0
Tolima	1.408.274	5.523	3,9
Valle del Cauca	4.613.377	17.898	3,9
Santander	2.061.095	7.920	3,8

Fuente: Construcción propia Minsalud, 2016. Datos DANE y Corte constitucional

Ilustración 1. Distribución de tutelas por Departamento año 2015

SAN ANDRÉS PROVIDENCIA
Y SANTA CATALINA



Fuente: Construcción propia Minsalud, 2016. Datos DANE y Corte constitucional

Después de presentar un resultado general e histórico del comportamiento de las tutelas, a continuación se describen los resultados estimados de la información obtenida al aplicar el instrumento de recolección a las tutelas seleccionadas en la muestra⁷. Las variables son: i. Georreferenciación de las tutelas ii. Derecho de salud invocado. ii. Características de edad y sexo iii. Régimen de afiliación iv. Naturaleza del accionante v. Existencia de representación legal vi. Naturaleza del demandando viii Tutelas no relacionadas con el ámbito de salud, ix. Situaciones de vulnerabilidad detectadas en las acciones de tutela

Este perfil es clave para establecer los factores sociales y demográficos de los tutelantes que influyen en la decisión de accionar el sistema judicial a través de una tutela así como, son determinantes i. para la toma de decisiones por parte del operador Judicial y ii. Se convierten en indicativos para la identificación de prioridades en el marco de la salud pública.

3.1.1 Lugar de residencia de los demandantes

A continuación se presenta los hallazgos más representativos a nivel departamental y municipal frente al lugar en el cual **residen** los tutelantes y por ende, región geográfica la cual presumiblemente sucede la amenaza a sus derechos constitucionales.

3.1.1.1 Nivel Departamental

En relación con los departamentos se comprobó que Antioquia, con un 21,6%, seguido del Departamento de Valle del Cauca con un 11.9% y Bogotá con 11,4%, son los departamentos que registraron mayor número de tutelas.

⁷ Las estimaciones presentadas en este estudio fueron calculadas con sus respectivos coeficientes de variación.

Tabla 4. Distribución de acciones de tutela estimadas por Departamento de residencia año 2015

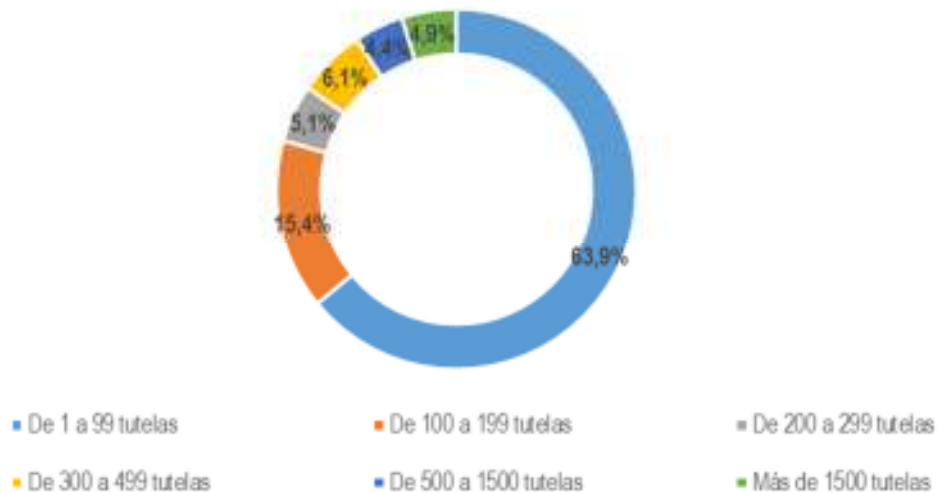
Departamento	Tutelas Estimadas	Porcentaje
ANTIOQUIA	32.539	21,6
VALLE DEL CAUCA	17.898	11,9
BOGOTÁ	17.148	11,4
CALDAS	9.477	6,3
NORTE DE SANTANDER	8.170	5,4
SANTANDER	7.920	5,3
RISARALDA	6.292	4,2
TOLIMA	5.523	3,7
CORDOBA	4.471	3,0
ATLANTICO	3.766	2,5
HUILA	3.677	2,4
CESAR	3.637	2,4
QUINDIO	3.625	2,4
CAUCA	3.420	2,3
NARIÑO	3.409	2,3
BOLIVAR	3.326	2,2
CUNDINAMARCA	2.887	1,9
META	2.801	1,9
BOYACA	2.130	1,4
MAGDALENA	1.917	1,3
SUCRE	1.432	1,0
ARAUCA	1.164	0,8
CAQUETA	1.050	0,7
CASANARE	873	0,6
GUAJIRA	714	0,5
CHOCO	513	0,3
SAN ANDRÉS Y PROVIDENCIA	457	0,3
PUTUMAYO	291	0,2
AMAZONAS	83	0,1
GUAVIARE	83	0,1
GUANÍA	42	0,0

Fuente: Construcción propia Minsalud, 2016. Datos Corte constitucional

3.1.1.2 Nivel Municipal

De los 1.123 municipios existentes en Colombia, en 408 municipios fueron lugar de origen de las acciones de tutela, es decir en el 36 % de los municipios. En 20 de ellos se calcularon más de 1.500 acciones de tutela, concentrándose en los cascos urbanos del país. Se destaca que la región de Antioquia es el departamento que presenta una mayor cantidad de municipios con más de 1.500 tutelas.

Ilustración 2 Agrupación por cantidad de tutelas estimadas por municipio de residencia año 2015



Fuente: Construcción propia Minsalud, 2016. Datos Corte constitucional

Tabla 5. Relación de Municipios de residencia con más de 1.500 acciones de tutela estimadas año 2015

Municipios	Tutelas Estimadas	Porcentaje
BOGOTÁ, D.C.	17.124	11,4
MEDELLÍN	16.741	11,1
CALI	9.509	6,3
MANIZALES	6.234	4,1
CUCUTA	6.170	4,1
BUCARAMANGA	5.132	3,4
PEREIRA	4.384	2,9
IBAGUÉ	3.827	2,5
MONTERÍA	3.267	2,2
ARMENIA	3.058	2,0
BARRANQUILLA	2.995	2,0
VALLEDUPAR	2.966	2,0
CARTAGENA	2.839	1,9
POPAYÁN	2.487	1,7
PALMIRA	2.247	1,5
BELLO	2.157	1,4
NEIVA	2.027	1,4
ITAGUI	2.018	1,3
VILLAVICENCIO	1.997	1,3
PASTO	1.897	1,3

Fuente: Construcción propia Minsalud, 2016, Datos Corte constitucional

3.2 Comportamiento de tutelas en salud de acuerdo a la entidad demandada

De las 150.728 acciones de tutela radicadas en el año 2015 asignadas a salud, se determinó que el tipo de entidad con mayor demanda son las Empresas Promotoras de Salud (EPS) con un porcentaje de 83,2%, lo que representa 125.383 tutelas aproximadamente, seguidas por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) con un 3.7%, que equivale 5.628 expedientes.

Por otra parte, se evidencia alrededor de 8.715 tutelas relacionadas con entidades de seguros, pensiones, servicios domiciliarios, empresas de medicina prepagada, entre otras. Este hallazgo parecería incidental, sin embargo como se puede observar más adelante, en la muestra analizada se detectaron tutelas que si bien reclaman la vulneración al derecho de la salud, sus pretensiones están encaminadas al reconocimiento de pensiones y cesantías, reconexión o instalación de servicios públicos domiciliarios, cumplimiento de pólizas de seguros, etc; lo que podría estar sobre estimando la cantidad de tutelas interpuestas en el contexto del Sistema de Seguridad Social en Salud.

Tabla 6. Distribución de acciones de tutelas salud año 2015 de acuerdo a la entidad demandada

Entidad demanda	Tutelas	Porcentaje
EPS	125.383	83,2%
IPS	5.628	3,7%
ENTIDADES PUBLICAS DEPARTAMENTALES Y MUNICIPALES	5.185	3,4%
REGIMEN ESPECIAL	3.642	2,4%
OTRAS INSTITUCIONES	2.700	1,8%
ENTIDADES PUBLICAS DE ORDEN NACIONAL	2.197	1,5%
INPEC	1.991	1,3%
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	1.235	0,8%
ADMINISTRADORAS DE FONDOS DE CESANTIAS Y PENSIONES	1.121	0,7%
SECTOR FINANCIERO Y DE SEGUROS	734	0,5%
ENTES DE CONTROL Y RAMA JUDICIAL	361	0,2%
EMPRESAS DE SERVICIOS PUBLICOS	223	0,1%
ENTIDADES ADAPTADAS	204	0,1%
EPS MEDICINA PREPAGADA	144	0,1%

Fuente: Construcción propia Minsalud, 2016. Datos Corte constitucional

3.2.1 Comportamiento de tutelas por EPS

Conforme a la información entregada por la Corte Constitucional, se realizó una clasificación por EPS para el total de las tutelas. Es importante anotar que se presentan el listado total de EPS, sin contemplar el régimen de afiliación, dado que la información aportada por la Honorable Corte Constitucional, no discrimina el origen de la tutela por régimen de afiliación:

**Tabla 7. Distribución del Total de Tutelas según EPS por cada 100.000 afiliados.
Año 2015**

EPS	Liquidadas Año 2015	Tutelas	Afiliados corte junio 2015	Tasa de tutelas
SALUDCOOP	SI	18.642	4.459.684	418,0
NUEVA EPS	NO	16.976	2.869.174	591,7
COOMEVA	NO	13.441	2.924.418	459,6
CAPRECOM	SI	11.713	3.040.389	385,2
SAVIA SALUD	NO	7.414	1.668.996	444,2
CAFESALUD	NO	7.171	1.784.790	401,8
SALUD TOTAL	NO	6.489	2.142.890	302,8
ASMET SALUD	NO	5.174	1.624.145	318,6
EMSSANAR	NO	4.448	1.631.711	272,6
SURA	NO	4.019	2.064.848	194,6
SOS EPS	NO	3.978	899.398	442,3
SANITAS	NO	3.058	1.375.036	222,4
COMPARTA	NO	2.819	1.619.890	174,0
SALUDVIDA	NO	2.691	1.476.615	182,2
CAPITAL SALUD	NO	2.330	1.050.952	221,7
CRUZ BLANCA	NO	1.588	574.209	276,6
FAMISANAR	NO	1.534	1.713.854	89,5
COMFAMILIAR HUILA	NO	1.243	499.840	248,7
COMFENALCO VALLE	NO	985	306.602	321,3
COOSALUD	NO	981	1.687.728	58,1
COMPENSAR	NO	948	1.072.839	88,4
COMFACOR	NO	860	561.668	153,1
ECOOPSOS	NO	692	283.302	244,3
CAJACOPI	NO	595	598.129	99,5
EMDISALUD	NO	594	509.099	116,7
AMBUQ	NO	565	907.246	62,3
ALIANSA SALUD	NO	561	238.129	235,6
CONVIDA	NO	489	357.932	136,6
MUTUAL SER	NO	479	1.214.296	39,4
COMFAMILIAR CARTAGENA	NO	324	234.107	138,4
COMFAMILIAR NARIÑO	NO	308	180.851	170,3
CAFAM	SI	223	167.559	133,1
COMFABOY	NO	169	103.927	162,6
MALLAMAS	NO	154	294.097	52,4
COMFAMILIAR CHOCO	NO	147	160.289	91,7
AIC EPSI	NO	138	435.342	31,7
COLSUBSIDIO	SI	131	91.222	143,6
DUSAKAWI	NO	118	250.329	47,1
CAPRESOCA	NO	100	148.606	67,3
COMFACUNDI	NO	84	78.719	106,7
PIJAOS SALUD	NO	70	79.401	88,2
MANEXKA	NO	53	225.568	23,5
COMFASUCRE	NO	48	99.107	48,4
COMFAMILIARGUAJIRA	NO	37	128.260	28,8
ANAS WAYUU	NO	13	125.823	10,3

Fuente: Construcción propia Minsalud, 2016, Datos Corte constitucional

Tal como se puede observar, las tres principales EPS con mayor número de tutelas por afiliado para el año 2015, son: NUEVA EPS con 591,7 tutelas por cada 100.000 afiliados, seguida de la EPS COOMEVA con una tasa de 459,6 y SAVIA SALUD con una tasa de 444,2.

En contraste, analizando el total neto de acciones de tutela, los resultados arrojaron que las EPS SALUDCOOP (18.642 tutelas), NUEVAEPS (16.976 tutelas), COOMEVA (13.441 tutelas), CAPRECOM (11.713 tutelas) y SAVIA SALUD (7.414 tutelas), son las EPS que presentan la mayor cantidad de tutelas, aportando en total un de 45,2%. Particularmente las EPS liquidadas SALUDCOOP y CAPRECOM aportaban aproximadamente el 20% de las tutelas en salud.

3.3 Caracterización de los tutelantes

3.3.1 Derechos Invocados

De acuerdo a las estimaciones realizadas, se encontró que el mayor derecho invocado por los accionantes, era el derecho a la salud con el 92,5%. Por su parte, la violación de derechos fundamentales como el del trabajo, presentar peticiones respetuosas a las autoridades por motivos de interés general o particular y a obtener pronta resolución, seguido de la reclamación a la vida digna, representaron en promedio el 3% del total de las acciones de tutela analizadas.

Tabla 8. Relación de acciones de tutelas estimadas por derecho invocado año 2015

Derecho invocado	Total de Tutelas Estimadas	Porcentaje
SALUD	139.403	92,5
TRABAJO	3.098	2,1
PRESENTAR PETICIONES	2.520	1,7
VIDA	2.199	1,5
MINIMO VITAL	1.625	1,1
OTROS	1.544	1,0
DEBIDO PROCESO	229	0,2
LIBERTAD DE CONCIENCIA	88	0,1
LIBRE DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD	28	0,0

Fuente: Construcción propia Minsalud, 2016, Datos Corte constitucional

Ahora bien, también fueron agrupados casos bajo la variable *otros* que corresponden a violaciones de otro tipo de derechos como los del colectivo y del ambiente, y los relacionados con los sociales, económicos y culturales, los cuales representan el 1% del total de las acciones de tutela analizadas.

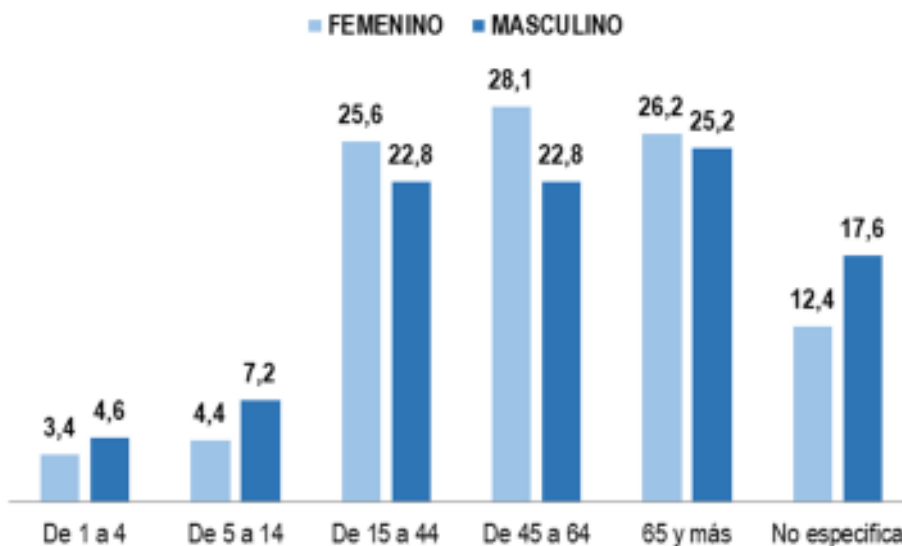
3.3.2 Características de edad y sexo

Conforme al análisis se corroboró que tanto las personas correspondientes al sexo femenino, como las pertenecientes al sexo masculino, a las cuales se les vulneró un derecho fundamental y por tanto demandan por vía tutela el reconocimiento de algún servicio relacionado con la salud, presentan un comportamiento similar, las mujeres aportan el 51% de las tutelas, sólo un 3% más que los hombres que representan el 48%.

En relación con la edad, los mayores de 65 años son los que invocan con mayor frecuencia la vulneración de un derecho por vía tutela con un 25,7% seguido estrechamente por el grupo etario comprendido entre 45 a 64 años, con un 25,5%.

Igualmente se puede apreciar en la ilustración No 3, que son las mujeres entre los 45 a 64 años que registran una mayor tendencia al solicitar esta acción constitucional.

Ilustración 3. Distribución de tutelas estimadas por Género y Rango de edad año 2015



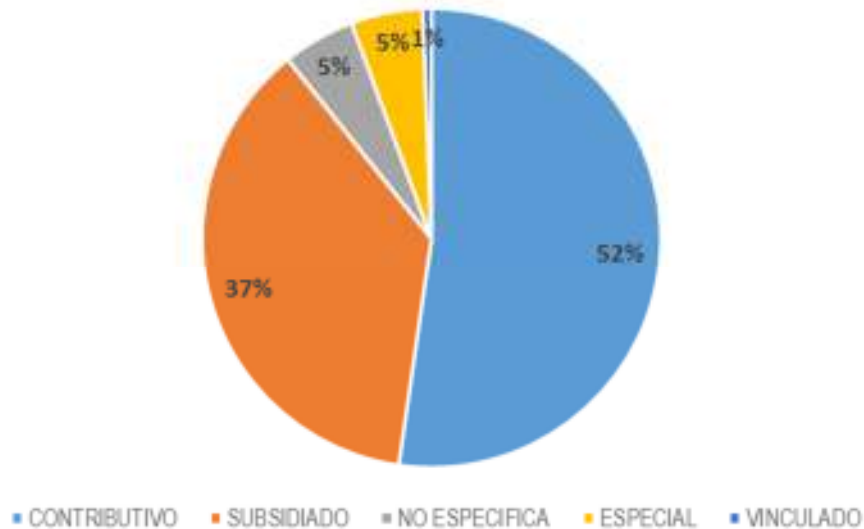
3.3.3 Régimen de afiliación

Conocer el régimen de afiliación de los tutelantes es clave no sólo para las interpretaciones contenidas en las demás secciones de este documento en el ámbito de la política pública de salud, sino que también se constituye en una medida que permite evaluar indirectamente la capacidad económica de accionante.

En este sentido, se registró que el 52,1 % pertenecen al régimen contributivo, seguido del 37,5 % afiliado al régimen subsidiado y con el 5% se encuentran las personas que hacen parte de un régimen especial. Esto respalda en primer lugar, los datos reportados por el MSPS sobre el alcance efectivo de la cobertura universal, y en segundo lugar, el hecho de que aproximadamente la mitad de las personas que interponen una acción de tutela cuentan como mínimo con un ingreso base de cotización.

De este hallazgo también se puede determinar que la protección del derecho a la salud por vía tutela no está siendo equitativa en relación con los regímenes de aseguramiento, denotándose una marcada diferencia en el régimen contributivo.

Ilustración 4 . Distribución de tutelas estimadas por régimen de afiliación año 2015



Fuente: Construcción propia Minsalud, 2016. Datos Corte constitucional

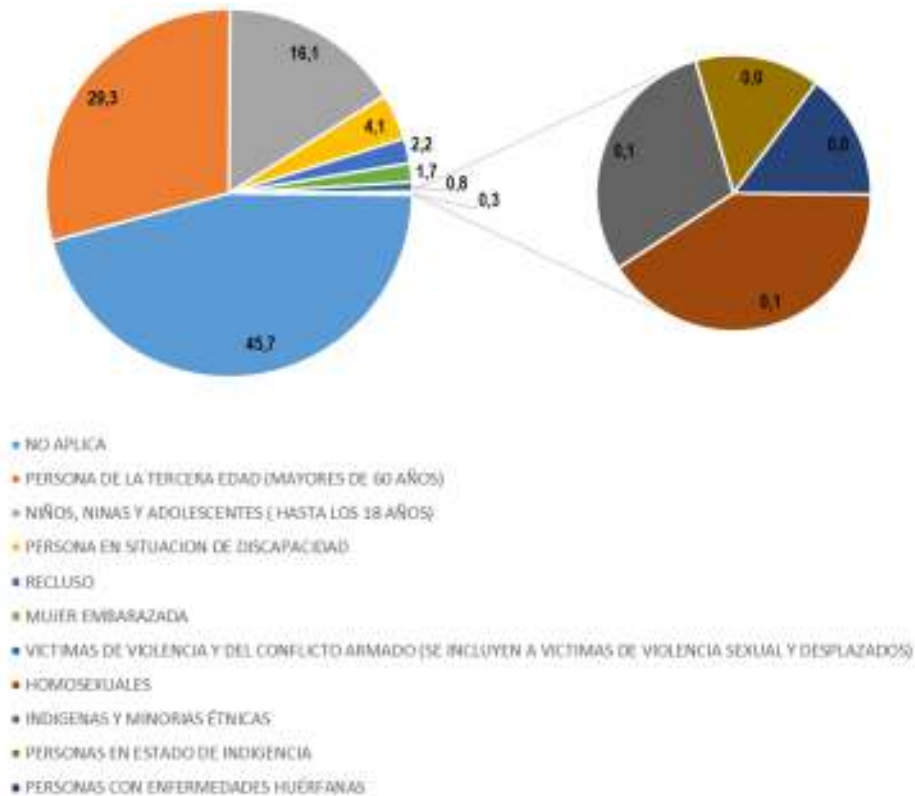
3.3.4 Personas en situación de vulnerabilidad

La jurisprudencia y normas existentes han definido grupos que por sus condiciones físicas, económicas, étnicas, edad, condición sexual, y contexto geopolítico gozan de especial protección y de unas garantías preferenciales, por esta razón, se decidió observar cuántos de los accionantes a los que le son vulnerados sus derechos, adicionalmente tienen una condición que lleva consigo implícitamente una connotación de indefensión u minusvalía.

Al realizar un clasificación por estos grupos, como lo son: personas de la tercera edad, niños, niñas y adolescentes, personas en situación de discapacidad, reclusos, mujeres embarazadas, víctimas de violencia y del conflicto armado, homosexuales, indígenas y minorías étnicas, personas en estado de indigencia y personas con enfermedades huérfanas, se evidenció que las personas de la tercera edad con un 29,3% de participación, es el grupo en situación de vulnerabilidad que presenta mayor número de acciones de tutela frente a los demás grupos poblacionales.

No obstante, el 45.7% de las personas que solicitaron la acción de tutela no fueron identificados como parte estos grupos, por lo que pudiera inferirse que si bien falta por incrementar la protección y la atención preferente a los grupos definidos por la Ley como vulnerables, existe un respuesta progresiva del sistema de salud que trabaja por el amparo de los derechos de estos ciudadanos, evitando que los mismos tengan que recurrir a esta acción legal.

Ilustración 5. Distribución de acciones de tutela estimadas por grupos vulnerables año 2015



Fuente: Construcción propia Minsalud, 2016. Datos Corte constitucional

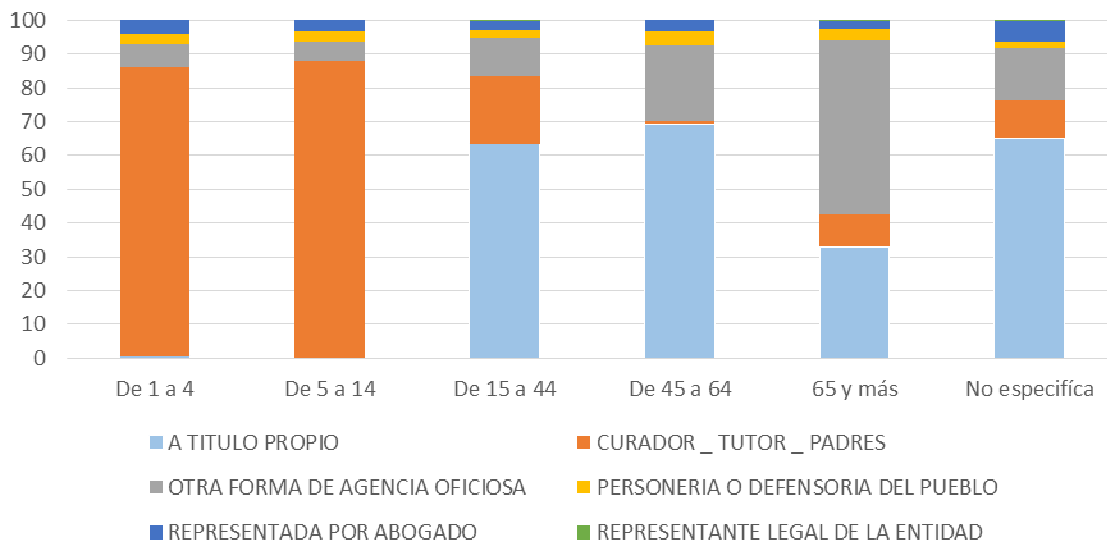
3.3.5 Existencia de representación en las acciones de tutelas

Es claro que la acción de tutela debe ser interpuesta por la persona a la cual se le estén vulnerando sus derechos fundamentales, dado que no es requisito hacerlo mediante un abogado o apoderado.

Por su parte, la acción de tutela también se puede interponer mediante una agencia oficiosa, la cual la puede ejercer cualquier persona, siempre y cuando i. la persona titular de los derechos fundamentales invocados como vulnerados o violados no se encuentre en condiciones de poder ejercer por sí misma la defensa de sus derechos y ii. Quien actúe como agente oficioso debe manifestar tal condición.

Pues bien, teniendo lo anterior como precedente, se pudo evidenciar que el 51,3% de los accionantes lo realizan a título propio, y se da en una mayor proporción en los grupos de edades entre los 45 a 64 años, seguido de la representación por agencia oficiosa con un 24,5%. No es de sorprenderse que el grupo etario al cual se presenta más esta figura jurídica son los mayores de 65 años y más.

Ilustración 6. Distribución en porcentaje por formas de representación en las acciones de tutela estimadas Vs Rango de edad 2015



Fuente: Construcción propia Minsalud, 2016. Datos Corte constitucional

A continuación se exponen los diagnósticos, patologías de alto costo, discapacidad, causas, servicios de las tutelas y decisiones judiciales a partir del análisis de **5.418** expedientes que hicieron parte de la muestra año 2015.

Este perfil es clave para establecer los factores sociales y demográficos de los tutelantes que influyen en la decisión de accionar el sistema judicial a través de una tutela así como, son determinantes i. para la toma de decisiones por parte del operador Judicial y ii. Se convierten en indicativos para la identificación de prioridades en el marco de la salud pública.

3.3.6 Diagnóstico de tutelantes con enfermedades de alto costo y en situación de Discapacidad

En la Ley 100 de 1993 y en su reforma parcial, la Ley 1122 de 2007, el gobierno colombiano definió una lista explícita de eventos de alto costo en la que se incluían patologías, prestaciones o tratamientos específicos y ámbitos de prestación.

En Colombia, el abordaje de las patologías de alto costo ha evolucionado y va más allá de la protección financiera de los ciudadanos, la cual se ha buscado por medio de la cobertura universal (mayor del 95%), logrando niveles de pagos de bolsillo por debajo del 5%⁸. La identificación de patologías de alto costo se orienta también a lograr la gestión del riesgo por medio de guías de práctica clínica, modelos de atención, normas técnicas, entre otros.

De ahí la importancia de observar la presencia de tutelantes que padecen de estas enfermedades dado que el Gobierno Nacional ha dispuesto una serie de medidas que protegen a esta población y le da una mayor cobertura y protección en los servicios de salud.

Para determinar las personas que presentan una enfermedad de alto costo y/o discapacidad, con las identificaciones, se realizaron búsquedas en las bases de datos de la Cuenta de Alto Costo⁹, igualmente fueron analizados sus diagnósticos con la finalidad de determinar si

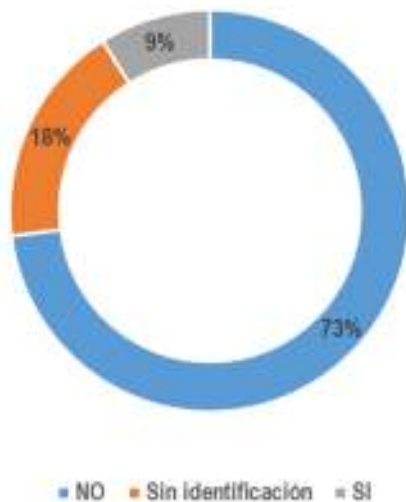
⁸ (Amaya, 2011)

⁹ Organismo técnico no gubernamental del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia creado mediante el Decreto 2699 de 2007 que obliga a las EPS de ambos regímenes y demás EOC (Entidades Obligadas a Compensar) a asociarse para abordar el Alto Costo, por lo que obliga a las EPS a notificar pacientes con enfermedades renales crónica, VIH-sida y Huérfanas

existía o no relación con las patologías definidas como catastróficas¹⁰. Frente a la discapacidad se indagó en el registro de localización y caracterización de Personas con Discapacidad¹¹ -RLCPD-.

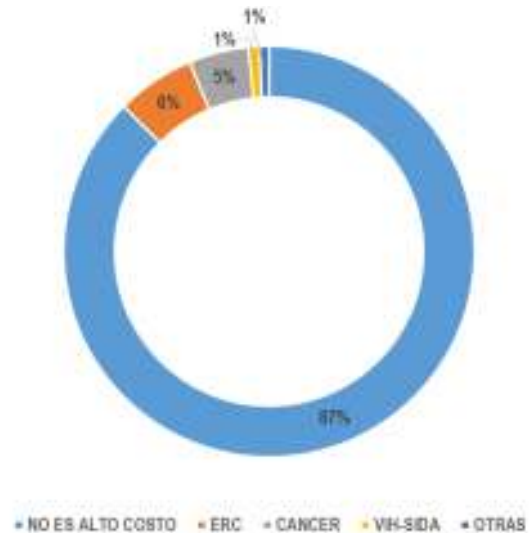
Lo anterior permitió determinar 73,5% de los tutelantes no se encuentran en situación de discapacidad física o mental. Por su parte, el 8,7% de las personas fueron encontradas en los registros presentaban algún tipo de discapacidad.

Ilustración 7. Distribución de tutelantes estimados en situación de Discapacidad 2015



Fuente: Construcción propia Minsalud, 2016

Ilustración 8. Distribución de tutelantes estimados de acuerdo al tipo de enfermedad de Alto Costo 2015



¹⁰ Resolución 3974 de 2009. Artículo 1°. *Enfermedades de Alto Costo. Para los efectos del artículo 1° del Decreto 2699 de 2007, sin perjuicio de lo establecido en la Resolución 2565 de 2007, téngase como enfermedades de alto costo, las siguientes: a) Cáncer de cérvix b) Cáncer de mama c) Cáncer de estómago d) Cáncer de colon y recto e) Cáncer de próstata f) Leucemia linfoide aguda g) Leucemia mieloide aguda h) Linfoma hodgkin i) Linfoma no hodgkin j) Epilepsia k) Artritis reumatoidea l) Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).*

¹¹ El RLCPD es una herramienta que permite recoger vía web información sobre dónde están y cómo son las personas con algún tipo de discapacidad residentes en Colombia. Esta base de datos única también permite la actualización de los datos por ejemplo en casos de cambio de domicilio o variación del estado de salud.

Por su parte, se encontró que cerca del 87% de las personas no padecen enfermedad de alto costo, mientras que el 13% de los tutelantes presentan algunas de estas enfermedades : a) Cáncer de cérvix b) Cáncer de mama c) Cáncer de estómago d) Cáncer de colon y recto e) Cáncer de próstata f) Leucemia linfocítica aguda g) Leucemia mieloide aguda h) Linfoma de Hodgkin i) Linfoma no Hodgkin j) Epilepsia k) Artritis reumatoide. l) VIH-SIDA o enfermedad huérfana¹², se calcula que la Enfermedad Renal Crónica con el 6%, es la patología de alto costo más frecuente en las acciones de tutela.

Conviene anotar que un paciente con enfermedad de alto costo puede incoar la acción de tutela, por un padecimiento distinto al de su patología base, es así que la descripción en este aparte pretende establecer determinantes de la salud de la población tutelante, ya que más adelante en este documento se encuentran las patologías más presentadas por los usuarios de este recurso legal.

Por último, es pertinente indicar que se encontraron alrededor de 950 identificaciones¹³ que no fueron encontradas en el expediente; y las existentes pertenecían al que interponía este recurso y que no necesariamente correspondía al sujeto que le fueron vulnerados los derechos, por tanto no se diligenciaba. No obstante, se propone para estudios posteriores mejorar en la captura del dato para disminuir y en lo posible eliminar estos sesgos de información y aportar así, un panorama completo sobre la situación de alto costo y situación de vulnerabilidad de los tutelantes en salud.

3.3.7 De los diagnósticos de los tutelantes

En este aparte se muestran los resultados de los diagnósticos agrupados por sistemas¹⁴. Se determinó que las neoplasias¹⁵ representa el aproximadamente el 11.6 % del total de las tutelas, seguido de síntomas, signos y hallazgos anormales con el 11.4%, y de las enfermedades asociadas al sistema nervioso y del circulatorio con 9.9% y el 8.7 % respectivamente.

¹² También fueron incluidas para este estudio, las enfermedades Huérfanas, como una patología de especial protección por parte del Gobierno Nacional.

¹³ Los expedientes sin identificación solo afectan frente al análisis de los tutelantes en situación de discapacidad, puesto que para determinar la presencia de una enfermedad de alto costo se contaba con el diagnóstico.

¹⁴ No se tuvieron en cuenta los 372 expedientes catalogados como NO SALUD.

¹⁵ La neoplasia es un crecimiento anormal de células que se multiplican sin control y pueden invadir los tejidos cercanos. También conocido como cáncer.

Indagando sobre los grupos de edad y su relación con estos diagnósticos, se establecieron marcadas diferencias en las patologías presentadas, con lo cual se reconocen distintos tratamientos así como servicios solicitados dependiendo del ciclo vital u grupo etario.

Por consiguiente, se encuentra que el grupo de edad de 1-5 años son las enfermedades asociadas a malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas con el 14,9 % las afecciones más comunes en este grupo de edad siendo el síndrome de Down la patología más frecuente. Para el caso de los niños y adolescentes de las edades comprendidas entre los 6-14 años, las dolencias relacionadas con el sistema nervioso 18,4%, presentan la mayor concentración, entre las cuales se encuentran la parálisis cerebral infantil y la epilepsia.

En la población joven y adulta, si bien se evidencia que los diagnósticos más frecuentes son los asociados a síntomas y signos inespecíficos con el 13,6%, se corrobora que esta comunidad, también presentan trastornos del sistema nervioso con el 10,2%, como la epilepsia y parálisis cerebral.

Por su parte, en la población de tutelantes con edades comprendidas entre los 45-64 años –segundo grupo poblacional con mayor concentración de tutelas– existe una mayor tendencia a padecer alteraciones asociadas a las neoplasias 18,1%, encontrándose que el tumor maligno de mama como el tipo de cáncer por el que más se interpone acciones de tutela en este tipo de población.

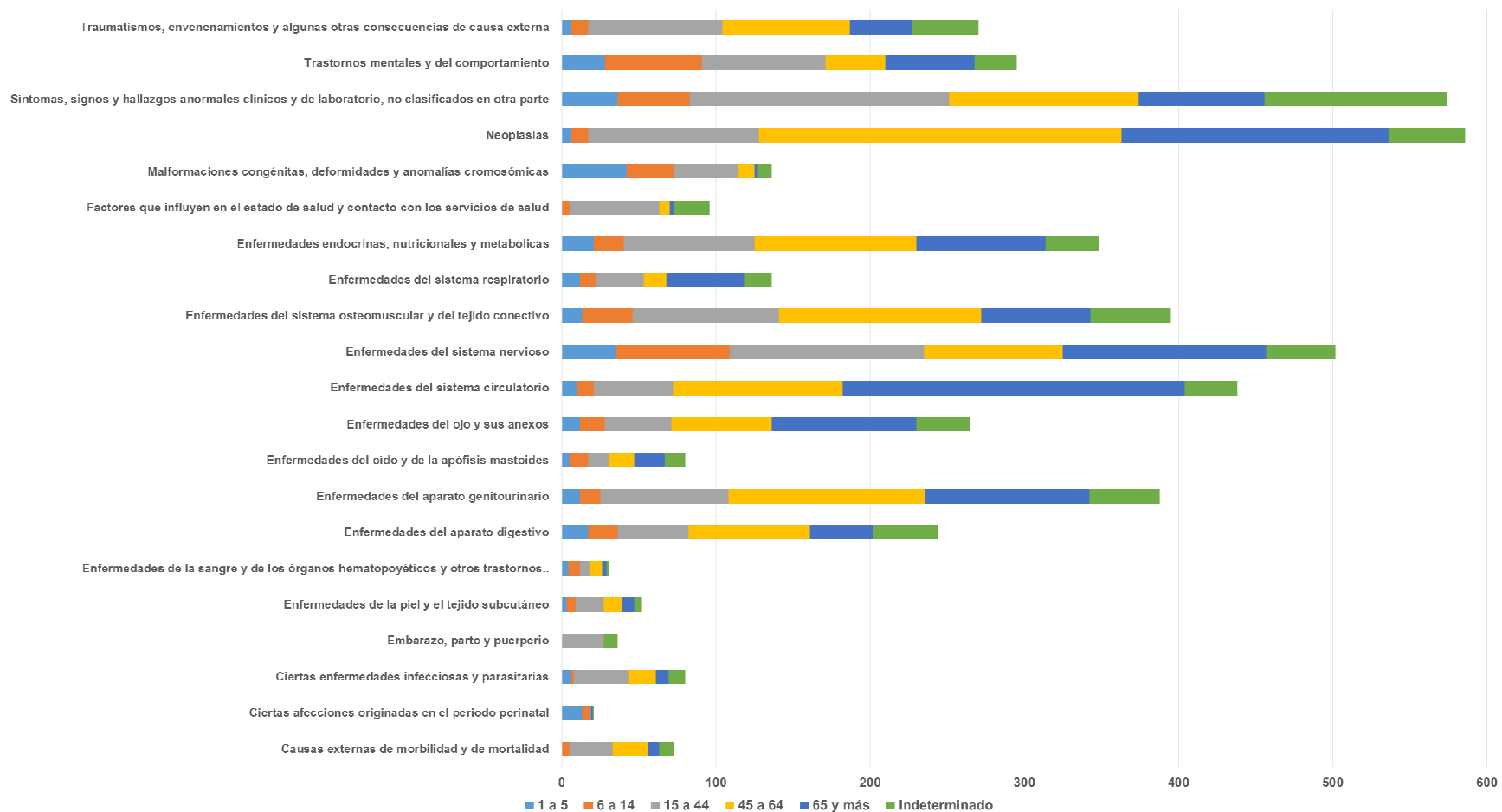
En contraste, son las enfermedades del sistema circulatorio con el 18,4%, como las secuelas de las enfermedades cerebrovasculares, las patologías de mayor ocurrencia en las personas de la tercera edad que interpusieron este recurso legal.

Tabla 9. Diagnósticos relacionados en las acciones de tutela año 2015

Diagnósticos agrupados por sistemas	Porcentaje
Neoplasias	11,6%
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	11,4%
Enfermedades del sistema nervioso	9,9%
Enfermedades del sistema circulatorio	8,7%
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo	7,8%
Enfermedades del aparato genitourinario	7,7%
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	6,9%
Trastornos mentales y del comportamiento	5,8%
Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa	5,4%
Enfermedades del ojo y sus anexos	5,3%
Enfermedades del aparato digestivo	4,8%
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	2,7%
Enfermedades del sistema respiratorio	2,7%
Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	1,9%
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	1,6%
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	1,6%
Causas externas de morbilidad y de mortalidad	1,4%
Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo	1,0%
Embarazo, parto y puerperio	0,7%
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	0,6%
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	0,4%

Fuente: Construcción propia Minsalud, 2016. Datos Corte constitución

Ilustración 9. Distribución por Sistemas de Diagnóstico y Grupo de Edad año 2015



Fuente: Construcción propia Minsalud, 2016. Datos Corte constitucional

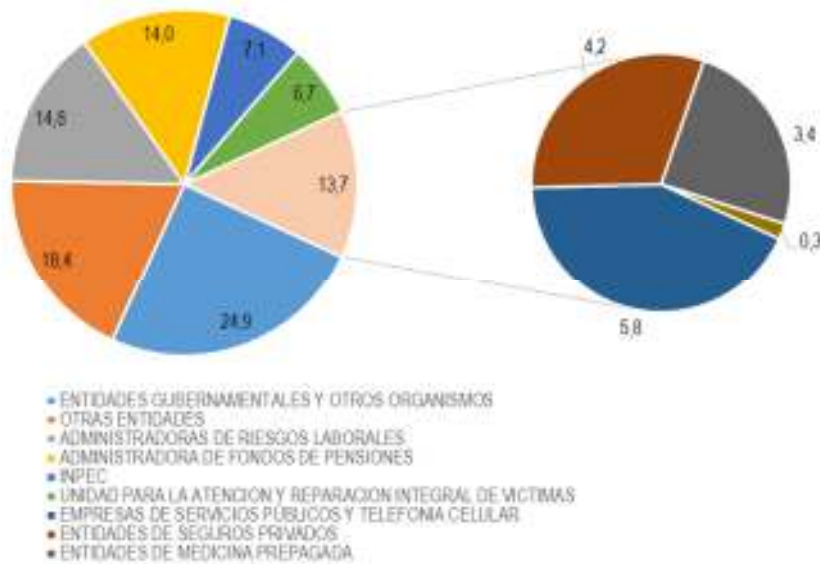
3.4 Acciones de tutela no relacionadas con Salud

En el presente estudio, se estima que cerca del 7% de las tutelas no están relacionadas con el ámbito de la salud, pese a que muchas de ellas proclaman la vulneración a los derechos de la salud en conexidad también con el de la vida, en su casuística claramente no son resorte del sistema de salud enmarcado en las competencias de este Ministerio.

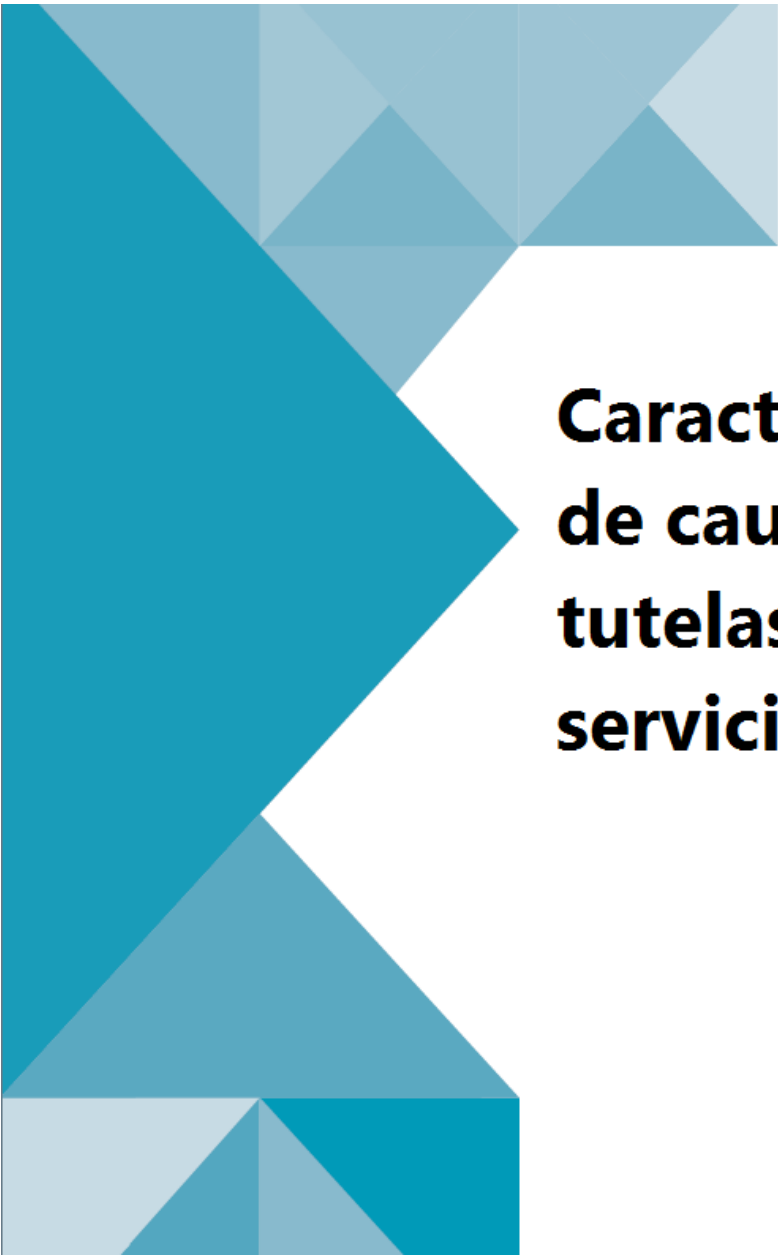
En la siguiente gráfica, se relacionan las entidades a las cuales se demanda en dichas acciones de tutela, y tal como se puede corroborar la mayoría de estas, no están asociadas con la prestación efectiva de un servicio de salud en el contexto del sistema de aseguramiento ya que obedecen a otro tipo de exigencia en la mayoría de casos se tratan de solicitudes de reconocimiento de pensión de vejez, reincorporación o reubicación del puesto de trabajo y litigios entre empresas privadas como empresas de medicina prepagada o disputas entre empresas de servicios públicos y telefonía celular, entre otros.

Es el caso de las entidades gubernamentales y demás organismos, que ocuparon el primer lugar con 24,9% de participación, cuyas acciones de tutela corresponden en su mayoría a reclamaciones a la administración local para solicitar entre otras cosas, nueva valoración del SISBEN, reparación de vías, limpieza de canales sépticos, reubicación de vendedores ambulantes, solicitud de subsidios, etc.

Ilustración 10. Distribución por entidades demandadas no relacionadas en Salud año 2015



Fuente: Construcción propia Minsalud, 2016



Caracterización de causas de las tutelas y servicios

4 Caracterización de causas de las tutelas y servicios

Para presentar los resultados obtenidos de este análisis se exponen, en primer lugar, las solicitudes, enmarcadas en los problemas jurídicos de la sentencia T-760, es decir los motivos que originan la tutela. Y en segundo lugar, qué tipo de servicios están reclamando. Se parte, entonces, de examinar **5.046 expedientes** relacionados con el ámbito de salud.

4.1 Análisis de las solicitudes

Con la finalidad 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), alegaron 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 dan por servicios que cubre el POS o la necesidad de nuevas tecnologías en este plan de beneficios.

Antes de ahondar en la descripción de los principales resultados, es importante aclarar que una misma tutela se puede originar por uno o varios motivos, es decir un usuario puede incoar la acción por negación de un servicio no POS y también puede estar solicitando la atención integral. Asimismo, dentro de una misma causa puede solicitar varios servicios de salud, como una cita con especialista o el inicio de un tratamiento.

Es de esta manera que en los 5.046 expedientes analizados se encontraron en total 8.418 motivos para interponer una tutela en salud, concluyendo que en promedio una tutela se está entablando por dos motivos diferentes. En la mayoría de los casos, es la solicitud de atención integral la pretensión accesoria más frecuente.

Siguiendo este orden de ideas, una tutela con varios motivos puede estar solicitando distintos servicios. Es así que 10.880 servicios fueron identificados en las 5.046 tutelas, estimando que por cada tutela aproximadamente se reclaman dos servicios.

A continuación, en la tabla 10 se presentan los resultados a partir de las causas que dieron origen a una tutela.

Tabla 10. Agrupación por causas que originaron las acciones de tutela en salud año 2015

CAUSA ORIGEN DE LA TUTELA	EXPEDIENTES ¹⁶	PORCENTAJE
Solicitud de atención integral.	2313	27,5%
Solicitud de servicio de salud pos que no ha sido negado pero está demorado	2290	27,2%
Solicitud de servicio de salud ordenado por el médico tratante y negado por ser no pos.	1791	21,3%
Solicitud de servicio de salud sin prescripción médica y negado por ser no pos	774	9,2%
Solicitud de exención de cuotas moderadoras o copagos	368	4,4%
Solicitud de servicio de salud no pos que fue aprobado pero esta demorada	238	2,8%
Solicitud de reconocimiento de incapacidad por enfermedad general negada por pago tardío.	126	1,5%
Solicitud de prestador específico por parte del paciente, no existe una atención previa	111	1,3%
Solicitud de traslado de una persona a la que se le niega por otras razones	104	1,2%
Solicitud de licencia de maternidad o paternidad negada porque no cotizó todo el embarazo o cotizó tardíamente	72	0,9%
Solicitud de que se mantenga un mismo prestador	65	0,8%
Solicitud de servicio de salud negado por pertinencia médica	57	0,7%
Solicitud de documento historia clínica	35	0,4%
Solicitud de prestación de servicios que son negados por que el cotizante cambio su situación laboral a desempleado	29	0,3%
Solicitud de servicio que es negado porque fue ordenado por un médico particular no adscrito a la red.	29	0,3%

¹⁶ Los expedientes hacen referencia al número de tutelas

CAUSA ORIGEN DE LA TUTELA	EXPEDIENTES ¹⁶	PORCENTAJE
Solicitud de prestación de servicios que son negados por mora en la cotización	14	0,2%
Solicitud de traslado que se le niega a pesar de haberse cumplido el tiempo necesario para poder trasladarse porque dentro de su grupo familiar alguien padece una enfermedad catastrófica y debería esperar más tiempo para poder trasladarse	2	0,0%

Fuente: Construcción propia Minsalud, 2016. Datos Corte constitucional

Tabla 11. Distribución de solicitud origen de la tutela por régimen de afiliación

CAUSAS ORIGEN DE LA TUTELA	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	ESPECIAL	VINCULADO	TOTAL GENERAL
Solicitud de atención integral.	1.208	970	112	13	2.313
Solicitud de servicio de salud pos que no ha sido negado pero está demorada	1.124	990	146	11	2.290
Solicitud de servicio de salud ordenado por el médico tratante y negado por ser no pos.	949	758	75	2	1.791
Solicitud de servicio de salud sin prescripción médica y negado por ser no pos	397	327	39	3	774
Solicitud de exención de cuotas moderadoras o copagos	174	181	6	6	368
Solicitud de servicio de salud no pos que fue aprobado pero esta demorada	126	92	17		238
Solicitud de reconocimiento de incapacidad por enfermedad general negada por pago tardío.	123	3			126
Solicitud de prestador específico por parte del paciente, no existe una atención previa	66	38	6		111
Solicitud de traslado de una persona a la que se le niega por otras razones	60	37	7		104
Solicitud de licencia de maternidad o paternidad negada porque no cotizó todo el embarazo o cotizó tardíamente	72				72
Solicitud de que se mantenga un mismo prestador	43	16	6		65
Solicitud de servicio de salud negado por pertinencia médica	40	10	6	1	57
Solicitud de documento historia clínica	20	4	4	3	35
Solicitud de prestación de servicios que son negados por que el cotizante cambio su situación laboral a desempleado	25	3	1		29
Solicitud de servicio que es negado porque fue ordenado por un médico particular no adscrito a la red.	20	7	2		29
Solicitud de prestación de servicios que son negados por mora en la cotización	14				14
Solicitud de traslado que se le niega a pesar de haberse cumplido el tiempo necesario para poder trasladarse porque dentro de su grupo familiar alguien padece una enfermedad catastrófica y debería esperar más tiempo para poder trasladarse	1		1		2
T total general	4.462	3.436	428	39	8.418

Fuente: Construcción propia Minsalud, 2016. Datos Corte constitucional

Como se evidencia la causa que origina mayor número de tutela es la solicitud de atención integral, en un 27.5% de las tutelas, aunque más del 90% de estas solicitudes fueron subsidiarias a la demora o retraso en la prestación de un servicio POS, *-segunda causa de mayor interposición de tutelas en un 27.2% casos-*, y a la de negación de servicios NO POS.

Relacionándolo con los regímenes de afiliación, se puede observar que para los regímenes contributivo y vinculado¹⁷, la solicitud de atención integral, es la causa más frecuente de acciones de tutela con un total de 1.221 tutelas. Por su parte, los regímenes subsidiado y especial, fundamentan este recurso judicial en la demora del suministro de un servicio POS, para un total de 1.136 acciones de tutela.

Como se puede observar en la tabla 18, existen situaciones que se comportan de manera distinta entre regímenes, particularmente los relacionados con el régimen subsidiado y contributivo; Si se detalla el registro de casos bajo las causas de atención integral, el régimen contributivo con el 14,4% reclama con mayor frecuencia esta solicitud frente al régimen subsidiado 11,7%.

Por su parte, las personas afiliadas al régimen contributivo- *0,8 % casos en contra 0,4% solicitudes del régimen subsidiado-* interponen mayores acciones de tutela para la atención por parte de un prestador específico que no hace parte de la red de prestadores a la cual se encuentra afiliado y del cual su EPS no tiene conocimiento de las atenciones previas que haya recibido en dicho prestador.

Del mismo modo, son los tutelantes del régimen contributivo, 0,5% casos, que interponen con mayor frecuencia acciones de tutela para reclamar la negación de servicios por pertinencia médica, ante 0.1% casos presentados por afiliados al régimen subsidiado.

Llegado a este punto, se puede deducir que existen marcadas diferencias entre los regímenes contributivo y subsidiado, las cuales son más profundas en temas relacionados con pertinencia médica, continuidad en la atención y aspectos administrativos, haciendo que el régimen contributivo demande con mayor frecuencia por este tipo de solicitudes, tal como se puede evidenciar a continuación:

¹⁷ Se aclara que la tutela clasificada como vinculada era en razón que el tutelante alegaba no estar afiliado al Sistema de Seguridad Social en Salud, o estando en el régimen Subsidiado se encontraba desafiado.

Ilustración 11. Causas de tutelas relacionadas con temas administrativos regímenes Contributivo y Subsidiado año 2015



Fuente: Construcción propia Minsalud, 2016. Datos Corte constitucional

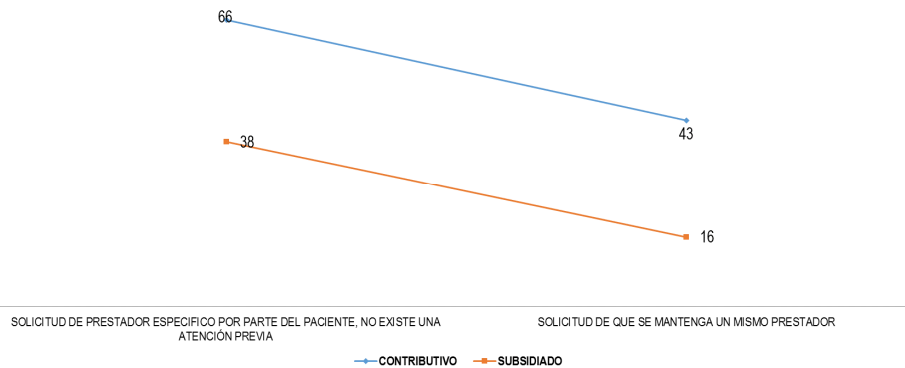
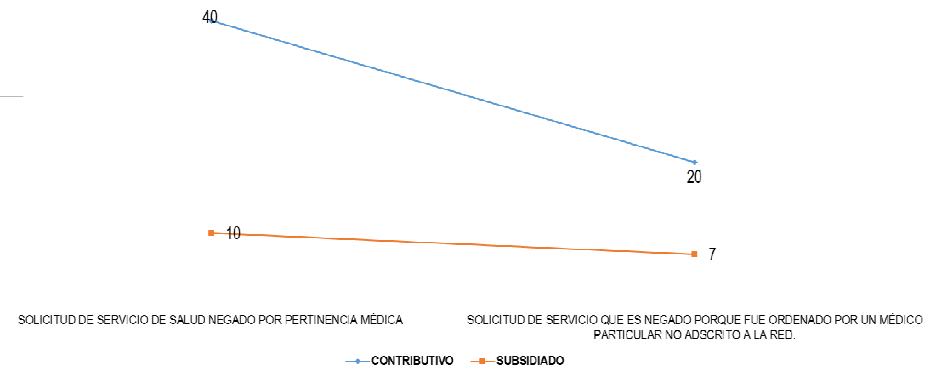


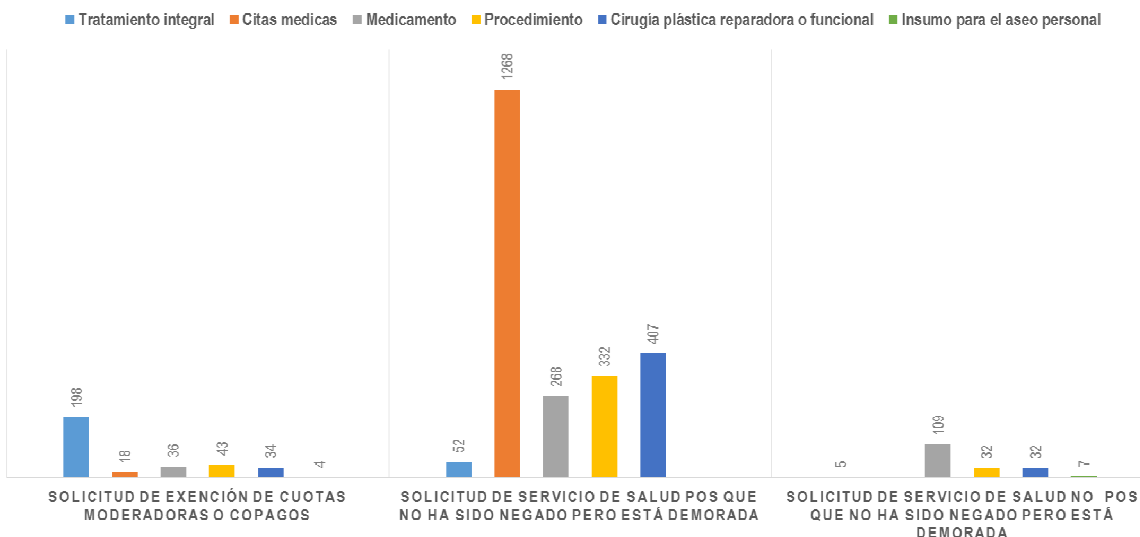
Ilustración 13. Causas de tutelas relacionadas con continuidad en la atención regímenes Contributivo y Subsidiado año 2015

Ilustración 12. Causas de tutelas relacionadas con pertinencia médica en la atención regímenes Contributivo y Subsidiado año 2015



Todo esto demuestra que frente al panorama de las tutelas en salud no se puede interpretar a la luz de una visión dicotómica de la inclusión o no del plan de beneficios. Si bien es cierto existen tutelas que le apuntan a acceder a un servicio POS o no POS, existen tutelas fundamentadas en acceder a un servicio en ciertas condiciones de tiempo (como las tutelas por oportunidad en citas médicas) de modo (como las de medicamento de marca) o de lugar (como las de una IPS específica). De igual importancia, se observan acciones judiciales interpuestas por condiciones meramente administrativas como todo lo relacionado con trámites de afiliación, licencias e incapacidades o traslados, entre otros.

Ilustración 14. Distribución de solicitudes en relación con servicios año 2015



Fuente: Construcción propia Minsalud, 2016. Datos Corte constitucional

Para ilustrar lo anterior se relacionaron ciertos servicios y causas origen de tutela. Tal como se evidencia en la gráfica, existen tutelas por servicios POS como las citas médicas que se interponen por la demora en la autorización o prestación de la misma. Para el caso de los servicios NO POS son los medicamentos, el servicio NO POS que presenta mayor inoportunidad en su autorización o entrega. Y en el caso de tutelas por exención de copagos o cuotas moderadoras, se identificó que en la mayoría de los casos los tutelantes solicitan la exención de estos pagos para todo el tratamiento integral.

4.2 Servicios solicitados

Teniendo como base que una tutela puede contener varios motivos para presentar la tutela, estos a su vez contemplan servicios específicos que pueden estar relacionados con tecnologías en salud o con trámites administrativos como documentos de historias clínicas, o con prestaciones sociales como lo son viáticos, manutención, entre otros.

Vale la pena reiterar que cuando se afirma que las tutelas buscan servicios no significa que todas las acciones busquen un bien específico. Como se analizó antes muchas veces apuntan a acceder a ese bien en determinadas condiciones. Por ejemplo, una tutela en la que el servicio es una "cita médica" no necesariamente es un caso en el que ésta se está negado y la tutela busca su autorización, puede ser un caso en que se busca la exención del copago en relación con la misma aun cuando este autorizada.

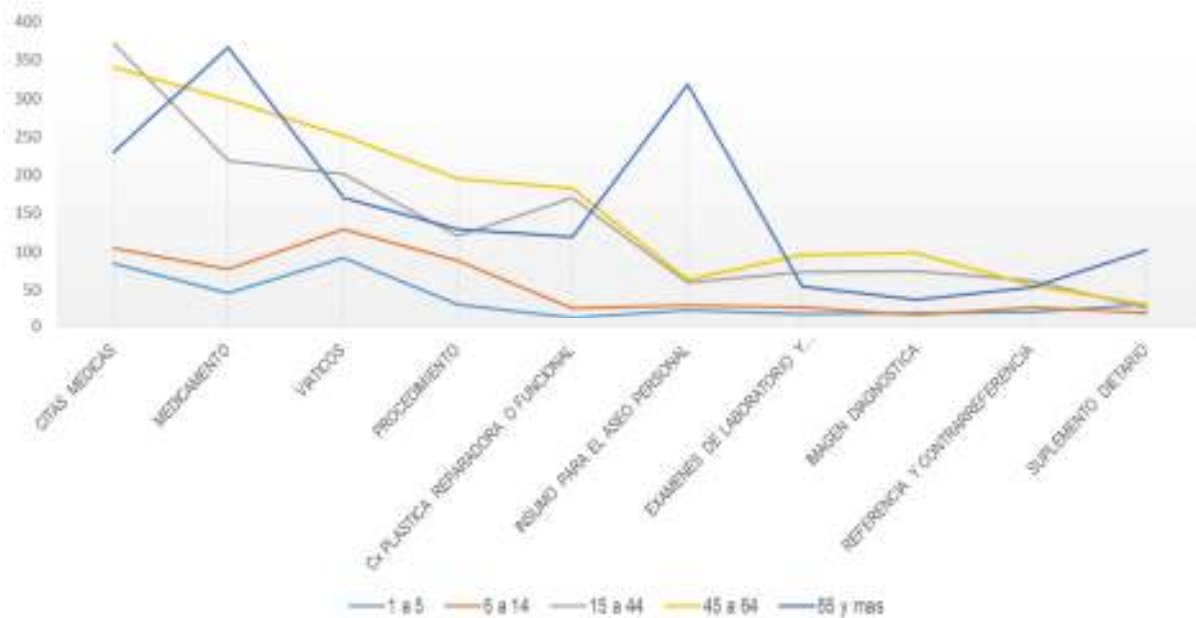
Tabla 12. Agrupación por tipo de servicio año 2015

SERVICIOS	EXPEDIENTES	PORCENTAJE
Tratamiento integral	2618	24,1%
Citas medicas	1339	12,3%
Medicamento	1094	10,1%
Viáticos	906	8,3%
Procedimiento	623	5,7%
Cirugía plástica reparadora o funcional	567	5,2%
Insumo para el aseo personal	544	5,0%
No aplica	373	3,4%
Exámenes de laboratorio y complementarios	293	2,7%
Imagen diagnostica	287	2,6%
Contingencias económicas	249	2,3%
Referencia y contrarreferencia	240	2,2%
Suplemento dietario	233	2,1%
Afiliaciones	227	2,1%
Prótesis u ortesis	223	2,0%
Recurso humano at	203	1,9%
Dispositivo medico	158	1,5%
Atención domiciliaria at	140	1,3%
Cosméticos	116	1,1%
Servicio de ambulancia	102	0,9%
Enseres	97	0,9%
Cirugía plástica estética, cosmética o de embellecimiento	86	0,8%
Material de curación	70	0,6%
Documentos	34	0,3%
Análisis conductual aplicado aba	31	0,3%
Terapias aplicadas con música o animales	27	0,2%

Fuente: Construcción propia Minsalud, 2016. Datos Corte constitucional

De esta manera se obtiene que el tratamiento integral (24,1%), seguido de citas médicas (12,3%) y medicamentos (10,1%) sean los servicios que con mayor demanda se reclaman.

Ilustración 15. Distribución de servicios más solicitados por acciones de tutela y grupo de edad año 2015



Fuente: Construcción propia Minsalud, 2016. Datos Corte constitucional

En esta gráfica, se ilustra la demanda de los servicios más solicitados por tutela, de acuerdo al grupo de edad. Fue excluido el servicio de tratamiento integral puesto que éste servicio independientemente del grupo etario, es el que se reclama en la mayoría de los eventos analizados como una pretensión accesoria. Por lo que se considera se debe hacer mayor énfasis a los servicios concretos solicitados en las acciones de tutela.

Así que, para los menores de edad *-para este caso menores de 14 años-*, se identificó que demandan con mayor frecuencia en 221 expedientes, la aprobación de aspectos relacionados con manutención, transporte y alojamiento para la realización de determinado servicio de salud. Mientras que para los grupos comprendidos entre los 15 a 64 años, se caracterizaron por solicitar más el servicio de citas médicas con un total de 711 casos. Y finalmente, es la entrega de medicamentos, con 366 expedientes, la tecnología en salud que reclaman más veces por tutela en las personas con edades mayores de 64 años.

Por otro lado, si se profundiza la demanda por citas médicas podemos encontrar que la citas por las especialidades de ortopedia (10,8%), seguido de la especialidad de medicina interna

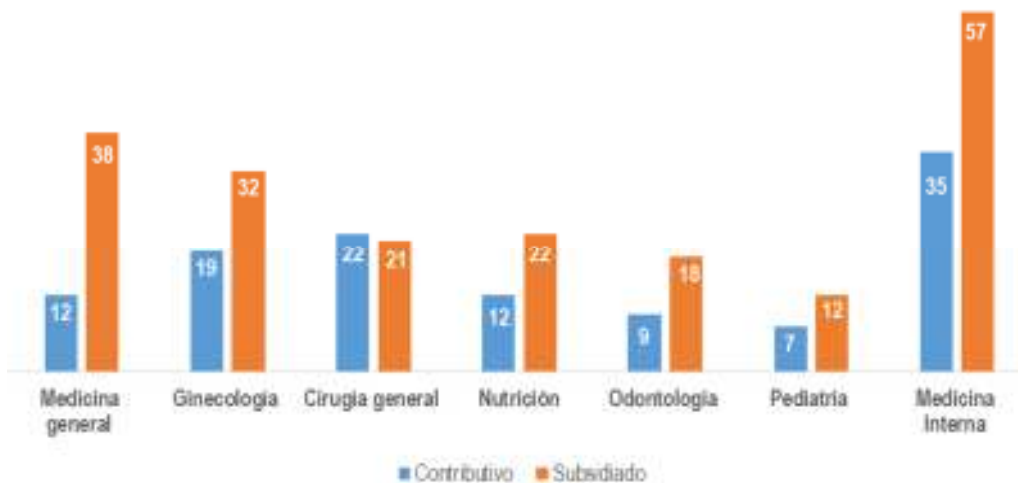
(7,5%) y la especialidad de oftalmología- retinología (7,0%) son las especialidades médicas con mayor demanda por vía tutela. Ver tabla

Tabla 13. Distribución por Pareto de la especialidad médica requerida en el servicio de citas año 2015

ESPECIALIDAD MÉDICA	EXPEDIENTES	PORCENTAJE
Ortopedia/ traumatología	145	10,8%
Medicina interna	100	7,5%
Oftalmología retino logia	94	7,0%
Neurología	88	6,6%
Ginecología y obstetricia	59	4,4%
Urología	57	4,3%
Medicina general	53	4,0%
Cirugía general	47	3,5%
Psiquiatría	41	3,1%
Cardiología	40	3,0%
Medicina del trabajo del deporte	40	3,0%
Otorrinolaringología	40	3,0%
Oncología	38	2,8%
Nutrición	37	2,8%
Anestesiología	36	2,7%
Endocrinología	36	2,7%
Fisiatría	34	2,5%
Gastroenterología	33	2,5%
Neurocirugía	30	2,2%
Dermatología	28	2,1%
Odontología	28	2,1%

Fuente: Construcción propia Minsalud, 2016. Datos Corte constitucional

Ilustración 16. Distribución de especialidades médicas básicas y de salud puerta de entrada y régimen de afiliación año 2015



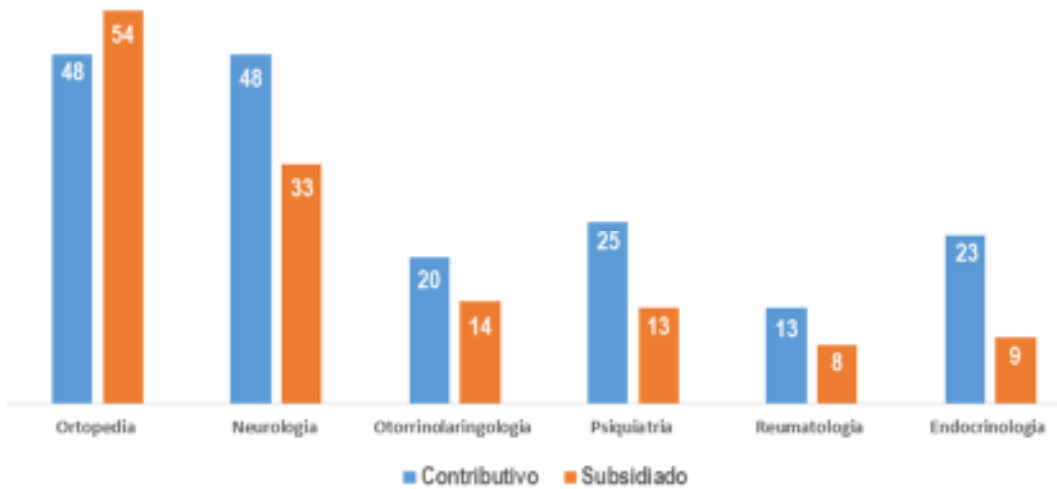
Fuente: Construcción propia Minsalud, 2016 Datos Corte constitucional

En lo relativo al comportamiento entre especialidades médicas y su relación con el régimen de afiliación, se encontró que existen variaciones, principalmente relacionadas con las especialidades y servicios prestados en nivel de atención básica en salud.

En el régimen subsidiado se observa una mayor solicitud por citas médicas por médico general (38 casos frente a 12 casos del régimen contributivo) y por la especialidad de medicina interna (57 casos frente a 35 casos del régimen contributivo). Así las cosas, se puede inferir que hay diferencias en el acceso de servicios puerta de entrada en el régimen subsidiado que en el régimen contributivo.

En contraste, en el régimen contributivo se constata que existe mayor solicitud por especialidades médicas de referencia como neurología, psiquiatría, endocrinología y reumatología; excepto para ortopedia en la cual se observa mayor demanda de esta especialidad por el régimen subsidiado. Ver ilustración 16.

Ilustración 17. Distribución de especialidades médicas requeridas en el servicio de citas médicas por régimen de afiliación año 2015



Fuente: Construcción propia Minsalud, 2016, Datos Corte constitucional

4.3 Sentido de las decisiones judiciales


De los 5.046 expedientes analizados, el sentido del fallo en primera instancia el 67,7% se concedió todo lo solicitado, seguido de un 13,7% que se le concedió parcialmente el amparo mientras que en el aproximadamente 18,6% de los casos fue negada la tutela principalmente por considerarse i. Un hecho superado con un 11,8% ii. Por improcedente, 2,8% iii. Por no considerarse que la vida o integridad estuviera en peligro, 2,8% y iv. Porque el demandante tenía capacidad económica con un 0,1%.

Tabla 14. Agrupación de decisiones judiciales de primera instancia año 2015

DECISION DE PRIMERA INSTANCIA	CASOS	% PART
CONCEDE TODO LO SOLICITADO	3418	67,7%
CONCEDE PARCIALMENTE LO SOLICITADO	693	13,7%
NIEGALO SOLICITADO PORQUE ES UN HECHO SUPERADO PORQUE SE SUMINISTRÓ EL SERVICIO MIENTRAS SE TRAMITABA LA TUTELA	597	11,8%
NIEGA PORQUE SE CONCLUYÓ QUE NO ERA NECESARIA PARA PROTEGER LA INTEGRIDAD O LA VIDA O PORQUE NO EXISTE VULNERACION DIRECTA	140	2,8%
NIEGA POR IMPROCEDENTE / ACCION TEMERARIA/EXISTIAN OTROS RECURSOS O MEDIOS DE DEFENSA	141	2,8%
EN VERIFICACION	46	0,9%
NIEGALO SOLICITADO PORQUE EL DEMANDANTE TENÍA CAPACIDAD ECONÓMICA	7	0,1%
NIEGA PORQUE SE TRATA DE HECHOS DE CARÁCTER GENERAL IMPERSONAL O ABSTRACTOS	2	0,0%
NIEGALO SOLICITADO PORQUE EL MÉDICO QUE ORDENÓ EL SERVICIO NO HACÍA PARTE DE LA RED	1	0,0%
NO APLICA	1	0,0%
Total general	5046	100,0%

Fuente: Construcción propia Minsalud, 2016. Datos Corte constitucional

En contraste sólo el 17% impugnó la decisión judicial, mientras que el 83% de los casos quedó en firme la decisión de primera instancia. De este 17%, alrededor del 3%, se cambió la decisión de primera instancia. Frente a la entidad que presentó mayor impugnación ante la decisión de primera instancia, fue la EPS en un 12% de los casos.



Prácticas violatorias del derecho a la Salud

5 Prácticas violatorias del derecho a la salud planteados en la Sentencia T-760 de 2008.

En este informe se han realizado análisis aplicados a partir de i. panorama general de las tutelas – 150. 728 acciones y ii. Muestra del estudio de tutelas – 5.418 acciones-. En este último aparte y dado que el presente informe surge a partir de la orden trigésima de la sentencia 760, se hace necesario, entonces que desde los datos consignados en la muestra, examinar la identificación de las prácticas violatorias del derecho a la salud a la luz de las establecidas en la Sentencia T-760 de 2008¹⁸.

Es necesario recalcar que trascurridos 8 años de emitida esta Sentencia, varias de estas conductas no reflejan en la actualidad el comportamiento habitual de los agentes del Sistema de Salud, en especial el de las EPS, lo que genera que en muchas de las prácticas definidas como violatorias de la salud, la información aquí descrita no exprese exactamente lo estipulado por la Corte como violación al derecho de la Salud.

En consecuencia, varias de estas prácticas tienen consideraciones a tener en cuenta para analizar los hallazgos encontrados, ya que muchos de los supuestos planteados en las prácticas violatorias de la salud requieren de la configuración de varios elementos; elementos que no todos pueden ser corroborados al examinar un expediente de tutela en razón a: i no existe el soporte probatorio para afirmar una negación de un servicio POS ii. solo se puede presumir de la incapacidad de pago del tutelante toda vez que no es desvirtuada por el demandado, iii existen servicios NO POS a los cuales no se diligencia el formato del Comité Técnico Científico (CTC) , iv. incapacidad para medir objetivamente la integralidad de los servicios, dado que es necesario evaluar también a los prestadores de servicios de salud involucrados, v. no existe un soporte documental en el cual se evidencie que una entidad supedita la prestación de un servicio al cobro de copagos o cuotas moderadoras.

Estas son unas de varias consideraciones que deben necesariamente observarse en el momento de presentar los siguientes resultados.¹⁹

¹⁸ Se tomó también como referencia las contempladas en el Auto 044 de 2012.

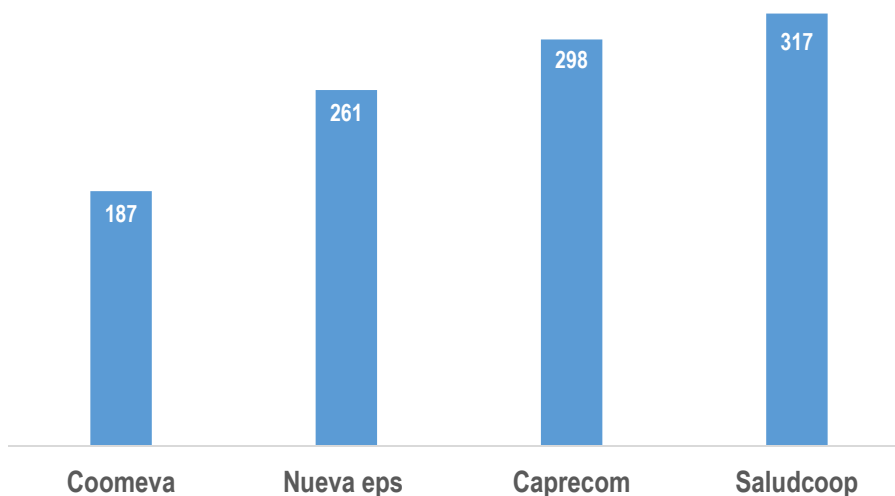
¹⁹ Es necesario tener en cuenta que los datos aquí analizados no están expandidos solo hacen mención al dato encontrado en la muestra.

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

De acuerdo a la información de la muestra en la causal de tutela ***Solicitud de servicio de salud POS que no ha sido negado pero está demorada***, fueron identificados 2.290 casos lo que equivale al 27% del total de los datos analizados. Sin embargo, no fue posible determinar si la demora está asociada directamente a la autorización, esto podría deberse a 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. En muchos casos en dicha información el usuario no describe el motivo de la demora del servicio POS.

Pues bien, frente a la entidad que con mayor frecuencia se presenta demora en el suministro de un servicio POS, se encuentra la EPS SALUDCOOP con 317 casos, de los cuales la mayoría de servicios solicitados eran citas médicas en 197 casos.

Ilustración 18. Entidades que con mayor frecuencia se demoran en autorizar o suministrar servicios incluidos en el POS año 2015



Fuente: Construcción propia Minsalud, 2016. Datos Corte constitucional

5.2 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 radican principalmente en los elementos probatorios que dieran cuenta de i) la inoportunidad; ii) la incapacidad del interesado para costearlo; y iii) el carácter de necesidad. Es de esta manera que se encontró que:

- Para determinar la oportunidad, no existe en muchos casos el soporte físico que dé cuenta de la prescripción NO POS.
- Con la información de las tutelas, no es posible identificar que los servicios solicitados puedan o no 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 2% de los casos (103 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.

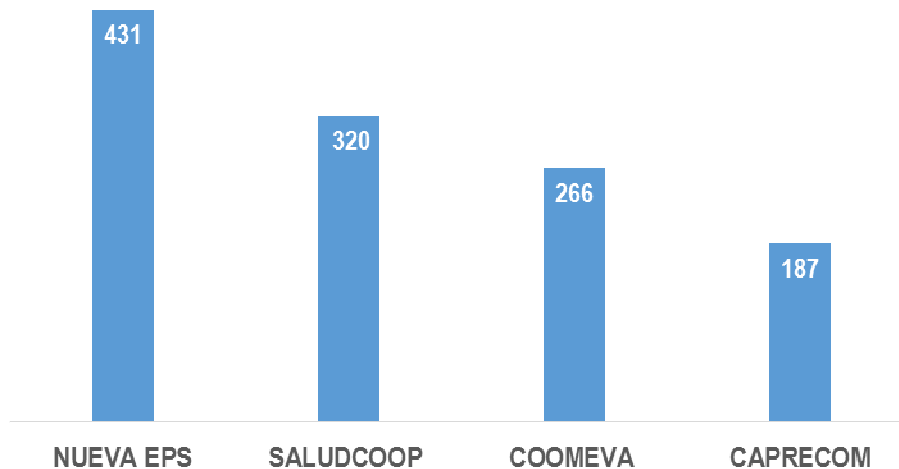
En resumen, aunque existe escasa evidencia en los expedientes analizados, este análisis se basó en lo descrito en las acciones de tutela, aunque en muchos de ellos no se describe a profundidad si la solicitud se interpone por la necesidad del servicio, la incapacidad de pagarlo o la inoportunidad. Se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

Ante las limitaciones arriba descritas, 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 siguientes categorías: ***Solicitud de servicio de salud NO POS que fue aprobado pero esta demorado, Solicitud de servicio de salud ordenado por el médico tratante y negado por ser no pos, y Solicitud de servicio sin prescripción médica y negado por ser no pos.***

Como resultado de lo anterior se obtuvo que 2.804 casos en los cuales existió demora o negación en el suministro de un servicio NO POS. En esta clasificación se incluyó, también todas las solicitudes en los cuales el usuario reclamaba viáticos.

En este orden de ideas, la entidad con mayor número de tutelas por causas asociadas a la demora o negación de servicios NO POS es la NUEVA EPS con 431 casos, siendo en primer lugar los viáticos el servicio NO POS con mayor demanda, seguido de la solicitud de insumos para el aseo personal como pañales y pañitos.

Ilustración 19. Entidades que con mayor frecuencia se demoran en autorizar o suministrar servicios excluidos en el POS año 2015



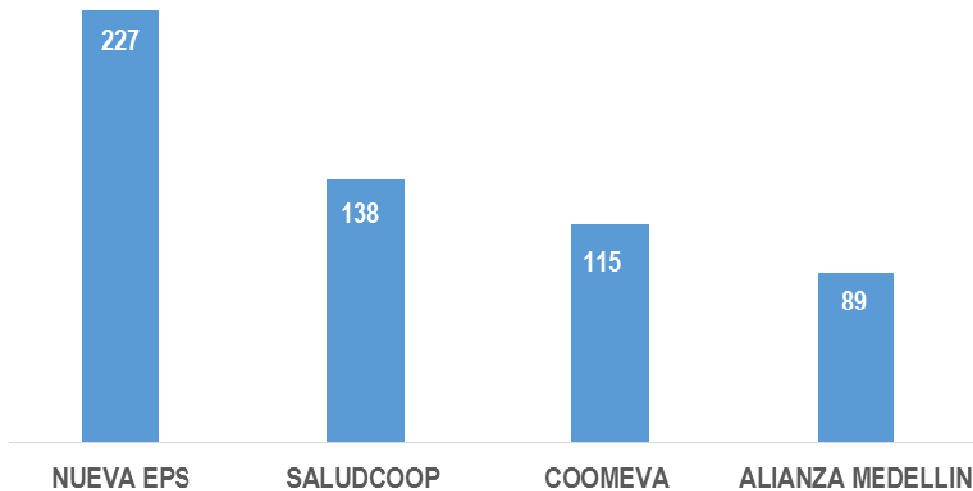
Fuente: Construcción propia Minsalud, 2016, Datos Corte constitucional

5.3 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-

Frente a esta conducta, es pertinente aclarar que fueron analizadas las tutelas bajo la causal, **Solicitud de servicio de salud ordenado por el médico tratante y negado por ser NO POS** y que paralelamente dentro del expediente no contaran con el soporte del CTC, por lo tanto se hizo la inferencia que la persona no presentó la solicitud respectiva a pesar de tratarse de un servicio excluido del plan de beneficios.

Por consiguiente, 1361 tutelas fueron catalogadas bajo esta práctica, la NUEVA EPS , figura como la EPS con más interposición de tutelas por esta razón. Y son los pañales, pañitos y cremas antipañalíticas, el servicio NO POS que con mayor frecuencia se niega sin haberse tramitado el CTC.

Ilustración 20. Entidades que con mayor frecuencia niegan servicios excluidos del POS, sin que se haya diligenciado el CTC. Año 2015



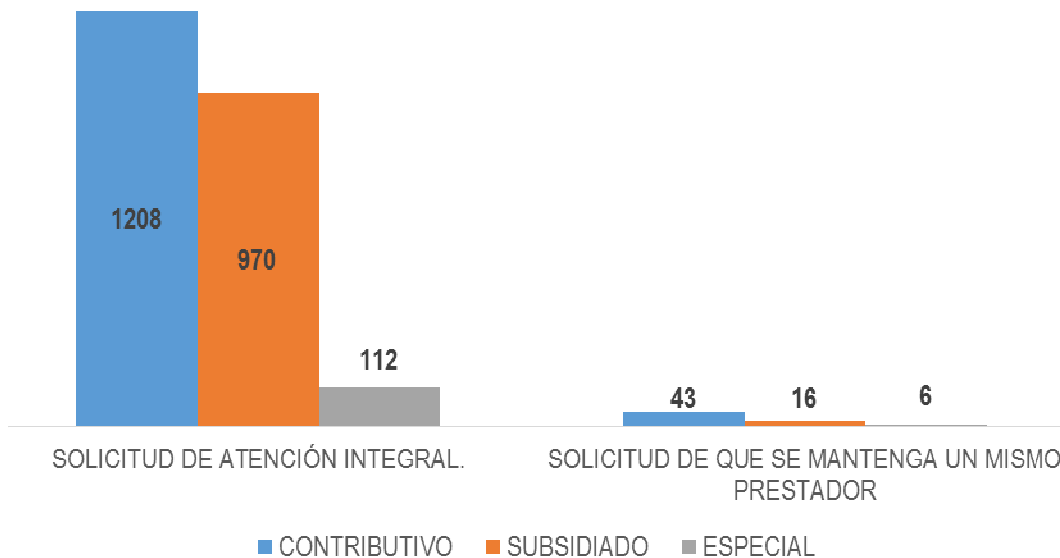
Fuente: Construcción propia Minsalud, 2016. Datos Corte constitucional

5.4 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.

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.

Ahora bien, en este apartado la integralidad se puede examinar a través de i. las personas que solicitaron mediante tutela la atención integral. ii. tutelas cuya causa refleja barreras en la continuidad del servicio como lo *Solicitud de que se mantenga un mismo prestador* y en iii. Tutelas en los cuales solicitaban como servicio un traslado para la atención en un nivel mayor de complejidad; todos estos aspectos evalúan de manera directa o indirectamente el fraccionamiento de tratamiento de una determinada persona.

Ilustración 21. Tutelas cuya causa está relacionada con el principio de integralidad según el régimen de afiliación año 2015

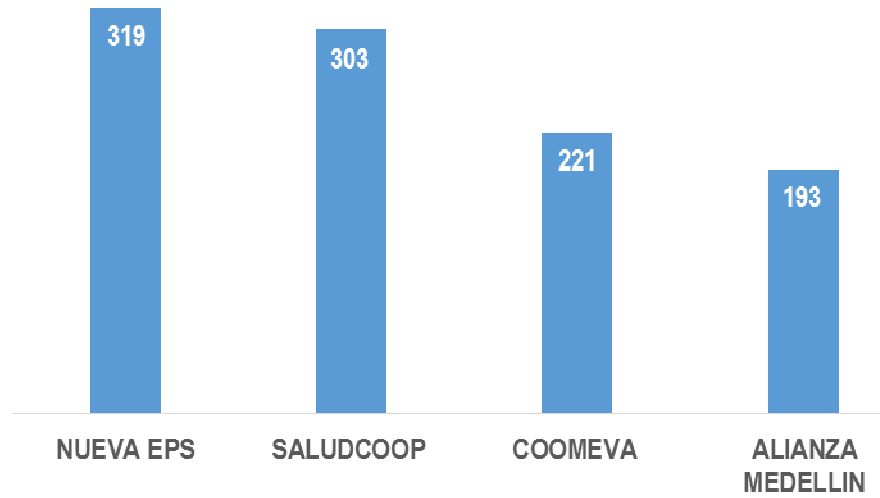


Fuente: Construcción propia Minsalud, 2016. Datos Corte constitucional

En relación con las causas origen de la tutela se encuentra que la solicitud de atención integral y solicitud de que se mantenga un mismo prestador de servicios se da con mayor frecuencia en el régimen contributivo para un total de 1.251 casos, en contraste con el régimen subsidiado con 986 casos. Así las cosas, la EPS con más tutelas por este causa es la NUEVA EPS con 319 tutelas

Adicionalmente en el régimen especial, demanda mayor atención integral (112 expedientes) en comparación con la continuidad en la atención en un prestados específico (16 expedientes). Se excluyó de este análisis a los vinculados y los que no se les lograron identificar el régimen de afiliación.

Ilustración 22. Entidades con mayor frecuencia de tutela relacionadas con el principio de integralidad año 2015



Fuente: Construcción propia Minsalud, 2016. Datos Corte constitucional

Ilustración 23. Distribución por régimen de afiliación y solicitud del servicio de referencia y contra referencia año 2015



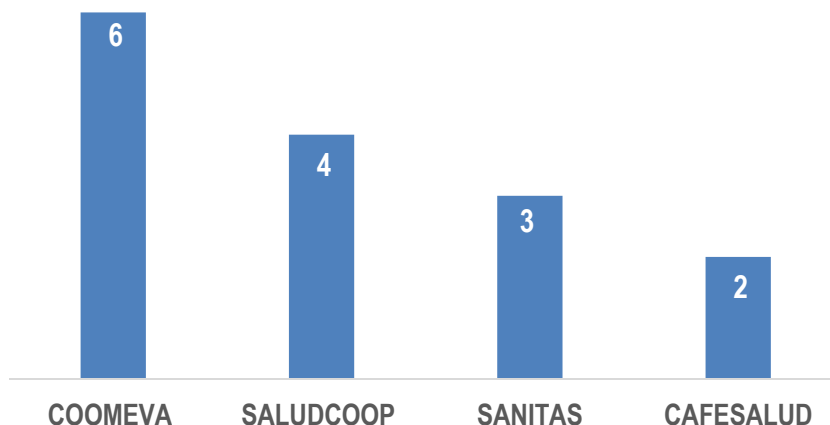
Fuente: Construcción propia Minsalud, 2016. Datos Corte constitucional

Se observa en la gráfica 22, que tanto para el régimen contributivo como para el régimen subsidiado se presentaron datos similares en tutelas asociadas a las dificultades en la referencia y contra referencia de los pacientes, lo que pudiera indicar el problema de oferta de servicios de salud para la remisión de servicios de mayor complejidad. La entidad en la cual se encontró mayores tutelas asociadas a este servicio, fue la EPS SALUDCOOP, con 39 casos, seguido de la EPS CAPRECOM con 33 expedientes.

5.5 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. Por lo tanto se exponen las tutelas que se interpusieron bajo la causa *Solicitud de servicio que es negado porque fue ordenado por un médico particular no adscrito a la red*.

Ilustración 24. Entidades que con mayor frecuencia niegan servicios a razón de que el médico prescriptor no hace parte de la red año 2015



Fuente: Construcción propia Minsalud, 2016. Datos Corte constitucional

Dado lo anterior se detectaron 29 casos, de los cuales COOMEVA, presentó la mayor cantidad, convirtiéndola en la entidad que presenta mayores tutelas por la negación de servicios provenientes de médicos no adscritos a la red de prestadores.

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

Frente a esta práctica violatoria, es necesario tener en cuenta i. no existe un soporte en el expediente que dé cuenta de una negación explícita de servicios de salud POS, y ii. los servicios de salud no están determinados por el alto costo, son de aplicación general para cualquier patología. Por tanto se identificaron las tutelas cuya causa está relacionada continuación y que su diagnóstico ha sido clasificado como alto costo:

1. Solicitud de atención integral.
2. Solicitud de documento historia clínica.
3. Solicitud de prestación de servicios que son negados por mora en la cotización.
4. Solicitud de prestación de servicios que son negados por que el cotizante cambio su situación laboral a desempleado.
5. Solicitud de que se mantenga un mismo prestador.
6. Solicitud de servicio de salud negado por pertinencia médica.
7. Solicitud de servicio de salud no pos que fue aprobado pero esta demorada.
8. Solicitud de servicio de salud ordenado por el médico tratante y negado por ser no pos.
9. Solicitud de servicio de salud pos que no ha sido negado pero está demorada.
10. Solicitud de servicio que es negado porque fue ordenado por un médico particular no adscrito a la red.

En conclusión, se puede deducir que alrededor del 18% (986 expedientes) de las personas que padecen una enfermedad de alto costo presentaron acciones de tutela por demora en la prestación de servicios POS y negación de servicios NO POS.

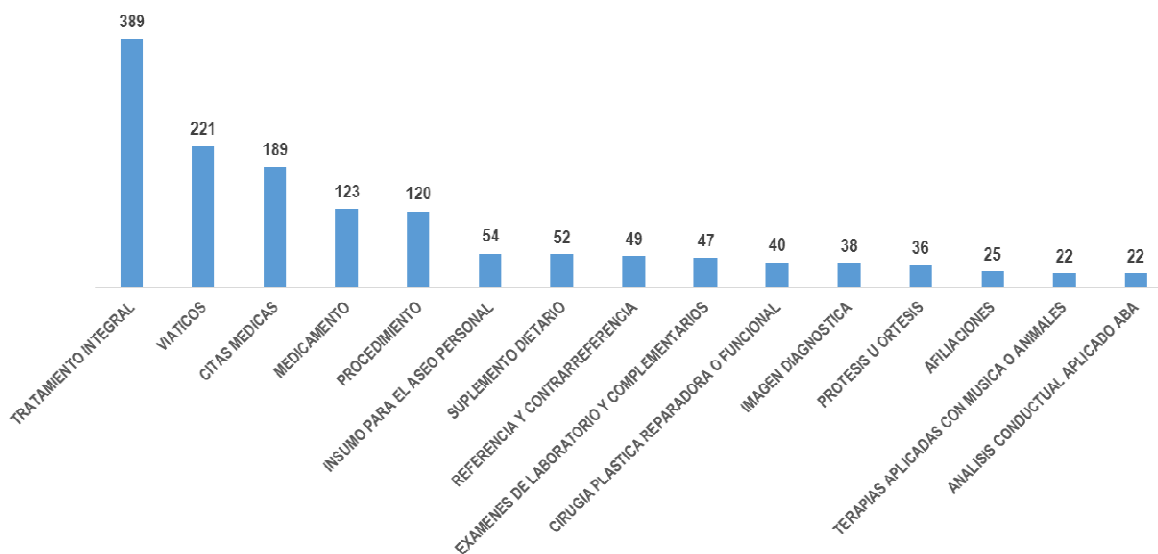
En relación con las entidades ante la cual se demandaba con mayor frecuencia bajo estas características es la EPS SALUDCOOP con 170 tutelas, seguido de la EPS NUEVA EPS con 144 tutelas y COOMEVA con 102 expedientes.

5.7 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.

Las tutelas en las que la persona a quien se le vulnera el derecho a un menor de edad (0-14 años), corresponden al 12,7 % (689) de las analizadas en este informe. Las EPS SALUDCOOP (93 solicitudes), COOMEVA (73 solicitudes) y ALIANZA MEDELLIN (60 solicitudes) son las tres aseguradoras que presentan una mayor concentración de acciones de tutela en menores de edad.

Por su parte, el tratamiento integral (389 casos), viáticos (221 casos) y citas médicas (189 casos), son los servicios que mayor demanda la población menor de edad.

Ilustración 25. Servicios solicitados por tutela en menores de edad año 2015



Fuente: Construcción propia Minsalud, 2016. Datos Corte constitucional

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

Aunque no existe una negación explícita del servicio de salud, fueron identificadas tutelas cuyas pretensiones, entre otras, solicitan la 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 otras solicitudes, como por ejemplo, la de atención integral.

Ilustración 26. Distribución de solicitudes de tutela por exención de copagos o cuotas moderadores de acuerdo al régimen de afiliación año 2015



Fuente: Construcción propia Minsalud, 2016, Datos Corte constitucional

Por consiguiente fueron registradas 368 acciones de tutelas. El régimen subsidiado representa el 49% de estas, lo cual resulta coherente con el perfil económico de la población afiliada a este régimen y es útil para concentrar las acciones de política para exoneración de copagos en los casos de recursos insuficientes o cargas desproporcionadas.

Frente a las entidades que se encontró mayor cantidad de tutelas por esta causa fue EPS Alianza Medellín con 47 casos, seguido de la EPS SALUDCOOP con 43 casos y la EPS COOMEVA con 35 expedientes.

5.9 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 o paternidad negada porque no cotizó todo el embarazo o cotizó tardíamente.*

Si bien la practica violatoria hace referencia a incapacidades labores, se incluyó también las licencias de maternidad o paternidad que no fueron otorgadas por presentar mora en la cancelación de aportes. A saber 183 casos se clasificaron como tutelas asociadas con el reconocimiento de incapacidades derivadas de una enfermedad común y/o de licencias de maternidad. Encontrándose que la EPS SALUDCOOP con 44 acciones de tutela es la entidad con mayor representatividad frente a este tipo de conducta.

Eps como COOMEVA con 42 casos y SALUD TOTAL con 33 casos son las eps que ocupan el segundo y tercer lugar respectivamente.

5.10 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 detectó solo 1 tutela bajo esta causal asociada a la EPS COOMEVA.

5.11 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 como criterio la *Solicitud de prestación de servicios que son negados por que el cotizante cambio su situación laboral a desempleado*. En total, fueron identificadas 29 tutelas. Si bien la cifra no es significativa, es importante anotar que aún existen afiliados que quedan en una zona gris frente a su aseguramiento y por ende se les está vulnerando el derecho a la salud, al no existir un directo responsable de la prestación de servicios de salud.

La EPS SALUDCOOP, con 9 tutelas es la entidad con mayor interposición de esta acción legal bajo esta causa, le siguen las EPS NUEVA EPS y COOMEVA con 5 casos respectivamente.

Sin embargo esta situación tendería a desaparecer gracias a la entrada en vigencia del Decreto 2353 de diciembre 2015²⁰, 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.

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

Para esta práctica contamos con las acciones de tutela que se interpusieron bajo la causal *exoneración de copagos o cuotas moderadoras*, fueron identificados 57 casos, es decir el 1% de los pacientes con enfermedades de alto costo solicitan le sean exonerados del cobro de los montos que se deriven de copagos y cuotas moderadoras.

La NUEVA EPS y COOMEVA son las entidades con mayor demanda por tutela por esta práctica con 8 casos cada una.

²⁰ Por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación.



Conclusiones

6 CONCLUSIONES

6.1 Conclusiones panorama general de las tutelas en salud

- Si bien en salud sí se evidencia un incremento en las acciones de tutela de aproximadamente 24,5%, la participación de las tutelas en salud en las tutelas en general se mantuvo constante en comparación al año 2014 para un 24,3% en el año 2015. Lo que denota que este fenómeno i. escapa del ámbito exclusivo de la salud y ii. se encuentra sujeto a factores macroeconómicos y sociales, que están impulsando a que la tutela se convierta en el mecanismo judicial de protección de con mayor uso por parte de la población colombiana.
- El departamento de Caldas, es el territorio con mayor participación de la tutela por habitante, lo que quiere decir que por cada 1.000 habitantes se presentaron 9,6 de estas acciones.
- De las 150.728 acciones de tutela radicadas en el año 2015 asignadas a salud, se determinó que la entidad con mayor demanda son las EPS con un porcentaje de 83,2% lo que representa 125.383 tutelas aproximadamente, seguidas por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con un 3,7%, que equivale 5.628 expedientes. Por otra parte, se evidencia alrededor de 8.715 tutelas relacionadas con entidades de seguros, pensiones, servicios domiciliarios, empresas de medicina prepagada, entre otras.
- Cerca del 7% de las tutelas, a pesar de incoar la vulneración al derecho a la salud hacen referencia a solicitudes de reconocimiento de pensión de vejez, reincorporación o reubicación del puesto de trabajo, litigios entre empresas privadas como empresas de medicina prepagada o disputas entre empresas de servicios públicos y telefonía celular, reconexión o instalación de servicios domiciliarios, entre otros.
- Las tres principales EPS con mayor número de tutelas por afiliado para el año 2015, son: NUEVA EPS con una tasa por 1.000 afiliados de 5,9, seguida de la EPS COOMEVA con una tasa de 4,6 y SAVIA SALUD con una tasa de 4,4. Este ordenamiento se vio

afectado por la salida de operación de las EPS SALUDCOOP y CAPRECOM, dado que hasta el tercer trimestre del año estas EPS se caracterizaban por presentar mayor número de tutelas que las demás aseguradoras.

- Las EPS SALUDCOOP y CAPRECOM aportaban aproximadamente el 20% del total de las tutelas en salud. Por lo que espera que con la liquidación de estas dos EPS y la distribución de estos afiliados a otros aseguradores, un descenso significativo de acciones de tutela.
- El grupo etario comprendido entre los 45 a 64 años, son los que invocan con mayor frecuencia la vulneración de un derecho por vía tutela. Estos representan el 25,3% del total, seguido de las personas con edades entre los 15 a 44 años con un 24,3%. Igualmente son las mujeres entre los 45 a 64 años que registran una mayor tendencia al solicitar esta acción constitucional.
- Son los afiliados al régimen contributivo los que interponen más acciones de tutela aportándole el 52%, seguido del 37% afiliado al régimen subsidiado y con el 5% se encuentran las personas que hacen parte de un régimen especial. Esto respalda en primer lugar, los datos reportados por el MSPS sobre el alcance efectivo de la cobertura universal, y en segundo lugar, el hecho de que aproximadamente la mitad de las personas que interponen una acción de tutela cuentan como mínimo un ingreso base de cotización.
- El 45.7% de las personas que solicitaron la acción de tutela no fueron identificados como parte de grupos sujetos de especial protección, por lo que pudiera inferirse que si bien falta por incrementar la protección y la atención preferente a los grupos definidos por la Ley como vulnerables, existe un respuesta progresiva del sistema de salud que trabaja por el amparo de los derechos de estos ciudadanos, evitando que los mismos tengan que recurrir a esta acción legal.
- El 73,5% de los tutelantes no se encuentran en situación de discapacidad física o mental.
- Por su parte, el 87% de las personas que interponen una acción de tutela no padecen enfermedades de alto costo, mientras que el 13% de sí. Se calcula que la Enfermedad Renal Crónica con el 6%, es la patología de alto costo más frecuente en las acciones de tutela.
- Son las neoplasias con el 11,6 % el diagnóstico más frecuente en las acciones de tutela, seguido de síntomas, signos y hallazgos anormales con el 11,4%, y de las

enfermedades asociadas al sistema nervioso y del circulatorio con 9,9% y el 8,7 % respectivamente.

- Relacionándolo con los regímenes de afiliación, causa de la tutela más frecuente en el régimen contributivo es la solicitud de atención integral con 1.208 casos, aunque en el total de los casos analizados esta pretensión es accesorio. Por su parte, los regímenes subsidiado y especial, fundamentan este recurso judicial en la demora del suministro de un servicio POS, para un total de 1.136 acciones de tutela.
- Existen marcadas diferencias entre los regímenes contributivo y subsidiado, las cuales son más profundas en temas relacionados con pertinencia médica, continuidad en la atención y aspectos administrativos, haciendo que el régimen contributivo demande con mayor frecuencia por este tipo de solicitudes.
- En el régimen subsidiado se presentan mayores inconvenientes frente al cobro de copagos / cuotas moderadoras, que en el régimen contributivo, para un total de casos reportados por el régimen subsidiado de 181 frente a 174 casos del régimen contributivo.
- Por su parte, las personas afiliadas al régimen contributivo- *66 casos en contra de 38 solicitudes del régimen subsidiado*- interponen mayores acciones de tutela para la atención por parte de un prestador específico que no hace parte de la red de prestadores a la cual se encuentra afiliado y de la cual su EPS no tiene conocimiento de las atenciones previas que haya recibido en dicho prestador.
- Del mismo modo, son los tutelantes del régimen contributivo, 40 casos, que interponen con mayor frecuencia acciones de tutela para reclamar la negación de servicios por pertinencia médica, ante 10 casos presentados por afiliados al régimen subsidiado.
- Es el tratamiento integral (24,1%), de citas médicas (12,3%) y medicamentos (10,1%) los servicios que con mayor demanda se reclaman por vía tutela.
- Para los menores de 14 años, se identificó que demandan con mayor frecuencia en 221 expedientes, la aprobación de aspectos relacionados con manutención, transporte y alojamiento para la realización de determinado servicio de salud. Mientras que para los grupos comprendidos entre los 15 a 64 años, se caracterizaron por solicitar más el servicio de citas médicas con un total de 711 casos. Y finalmente, es la entrega de medicamentos, con 366 expedientes, la tecnología en salud que reclaman más veces por tutela en las personas con edades mayores de 64 años.

- En el régimen subsidiado se observa una mayor solicitud por citas médicas por médico general (38 casos frente a 12 casos del régimen contributivo) y por la especialidad de medicina interna (57 casos frente a 35 casos del régimen contributivo). Así las cosas, se puede inferir que hay diferencias en el acceso de servicios puerta de entrada en el régimen subsidiado que en el régimen contributivo.
- En contraste, en el régimen contributivo se constata que existe mayor solicitud por especialidades médicas de referencia como neurología, psiquiatría, endocrinología y reumatología; excepto para ortopedia en la cual se observa mayor demanda de esta especialidad por el régimen subsidiado.
- Frente al sentido del fallo en primera instancia el 67,7% se concedió todo lo solicitado, seguido de un 13,7% que se le concedió parcialmente el amparo mientras que en el aproximadamente 18,6% de los casos fue negada la tutela principalmente por considerarse i. Un hecho superado con un 11,8% ii. Por improcedente, 2,8% iii. Por no considerarse que la vida o integridad estuviera en peligro, 2,8% y iv. Porque el demandante tenía capacidad económica con un 0,1%. En contraste sólo el 17% impugnó la decisión judicial, mientras que el 83% de los casos quedó en firme la decisión de primera instancia.

6.2 Conclusiones en relación con las Prácticas violatorias del derecho a la salud planteados en la Sentencia T-760 de 2008

Frente a la entidad que con mayor frecuencia se presenta demora en el suministro de un servicio POS, se encuentra la EPS SALUDCOOP con 317 casos, de los cuales la mayoría de servicios solicitados eran citas médicas en 197 casos.

La entidad con mayor número de tutelas por causas asociadas a la demora o negación de servicios NO POS es la NUEVA EPS con 431 casos.

En relación con la integralidad enmarcadas en las solicitudes asociadas con la atención integral y mantener un mismo prestador de servicios, se dan con mayor frecuencia en el régimen contributivo para un total de 1251 casos, en contraste con el régimen subsidiado con 986 casos. Así las cosas, la EPS con más tutelas por este causa es la NUEVA EPS con 319 tutelas. Por otro lado frente a la solicitud de servicio de contra referencia y referencia SALUDCOOP, con 39 casos, seguido de la EPS CAPRECOM con 33 expedientes, fueron las entidades con mayor demanda por este trámite.

La Eps COOMEVA con 29 expedientes es la entidad que presenta mayores tutelas por la negación de servicios provenientes de médicos nos adscritos a la red de prestadores.

La entidad ante la cual se demanda con mayor frecuencia por demora de servicios POS y NO POS en población con enfermedades de alto costo, es la Eps SALUDCOOP con 170

Las tutelas en las que la persona a quien se le vulnera el derecho a un menor de edad (0-14 años), corresponden al 12,7 % (689) de las analizadas en este informe. Las EPS SALUDCOOP (93 solicitudes), COOMEVA (73 solicitudes) y ALIANZA MEDELLIN (60 solicitudes) son las tres aseguradoras que presentan una mayor concentración de acciones de tutela en menores de edad.

Alianza Medellín²¹, es la entidad ante la cual se interponen mayores acciones de tutela para exención de copagos y cuotas moderadas con 47 casos. Mientras que son la NUEVA EPS y COOMEVA las entidades a las que se presentan con mayor frecuencia esta solicitud en pacientes de alto costo, con 8 casos cada una.

Si bien la práctica violatoria hace referencia a incapacidades labores, se incluyó también las licencias de maternidad o paternidad que no fueron otorgadas por presentar mora en la cancelación de aportes. A saber 183 casos se clasificaron como tutelas asociadas con el reconocimiento de incapacidades derivadas de una enfermedad común y/o de licencias de maternidad. Encontrándose que la EPS SALUDCOOP con 44 acciones de tutela es la entidad con mayor representatividad frente a este tipo de conducta.

SALUDCOOP, con 9 tutelas es la entidad con mayor interposición de tutelas por interrupción del 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.

6.3 Consideración final

En el análisis realizado por esta Cartera se observó que la mayor causa concreta y principal por la cual se interpone una tutela es: la solicitud de servicios de salud POS que no han sido negado pero que esta demorado, esta situación puede deberse a determinantes que son internas y externas del aseguramiento en salud.

En primera instancia puede que, si se trata de una tecnología que hace parte del Plan de Beneficios, la EPS la autorice pero, ya sea en el mismo proceso de autorización o en la efectiva prestación de servicios, existen demoras que desencadenan problemas

²¹ Es la misma SAVIA SALUD

oportunidad. Problemas que pueden deberse tanto a deficiencias en la labor de la EPS como en problemas de suficiencia de oferta, entre otros. Otro escenario posible consiste en que aunque la tecnología hace parte del Plan de Beneficios la EPS no autorice la prestación ya sea por asuntos de pertinencia, asuntos administrativos o simplemente por deficiencias en el cumplimiento de sus responsabilidades.

Lo anterior confirma que la tutela se está convirtiendo en el mecanismo más expedito para solucionar las diferentes contingencias que surgen a las barreras de acceso que generan las EPS y en algunos casos a las barreras que el mismo sistema trae consigo, por ejemplo, la insuficiencia de talento humano. Por tanto, el panorama de las tutelas en salud no se puede interpretar a la luz de una visión dicotómica de la inclusión o no del plan de beneficios.



Medidas Adoptadas

7 MEDIDAS ADOPTADAS

Como se evidencia las tres primeras causa por las cuales se origina la tutela en salud son: la solicitud de atención integral con 2313 casos, seguido de la demora o retraso en la prestación de un servicio POS con 2290 casos y solicitud de servicio de salud ordenado por el médico tratante y negado por ser un servicio NO POS con 1792 casos. Sin embargo, la solicitud de atención integral es una petición accesorio, por lo que la problemática en las tutelas se fundamenta en las dificultades en el acceso y disponibilidad de servicios POS y en la negación o no autorización de servicios NO POS.

Teniendo lo anterior como precedente el ministerio está realizando diferentes acciones de política que van desde la eliminación de trámites administrativos como el CTC, hasta el cambio del modelo de atención en salud, buscando, entre otras, minimizar y eliminar barreras que en la actualidad están restringiendo el acceso a los servicios de salud, disminuyendo así las tutelas por servicios POS y NO POS.

Este cambio progresivo le ha apuntado a: i. el plan de beneficios, ii. Afiliación iii. Unidad de pago por capitación. iv, trámites administrativos propios de la EPS, y v. modelo de atención en salud

7.1 Actualizando y aclarando del plan de beneficios:

Atendiendo la dinámica del sistema de salud a nivel mundial que impone la actualización permanente de las tecnologías en salud al ritmo de los avances científicos en respuesta a las necesidades en salud de las personas y en armonía con las definiciones y códigos internacionales reconocidos por las comunidades científicas o utilizados en las buenas prácticas de la prestación de servicios de salud, el Ministerio de Salud y Protección Social desarrolló mesas de trabajo con actores del sector salud, tales como organizaciones médicas, prestadores de servicios de salud, entidades, organismos e instituciones públicas y privadas en temáticas relacionadas con alergología, imágenes diagnósticas, laboratorio clínico y banco de sangre, con el fin de analizar sus aportes en la construcción de componentes técnicos para la actualización de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud – CUPS, abriendo así espacios de participación ciudadana en la toma de decisiones regulatorias.

7.1.1 Acciones realizadas

- Análisis de 844 procedimientos de la CUPS que no se encontraban descritos como cobertura del Plan en la Resolución 5521 de 2013, como resultado de estos análisis se aclaró la cobertura de 176 procedimientos para la actualización del 2015.
- Priorización de tecnologías de enfermedades huérfanas, resultando en la inclusión de nueve tecnologías para el tratamiento de estas enfermedades.
- Ampliación del tiempo de cobertura de la fórmula láctea para hijos de madres infectadas por VIH de 6 a 12 meses.
- Aclaración de coberturas de medicamentos, con estas aclaraciones el Plan de Beneficios con cargo a la Unidad de Pago por Capitación alcanza en más de un 75% la cobertura de todas las concentraciones de los medicamentos incluidos y permite un mayor índice de eficiencia al presentar una mayor gama de opciones terapéuticas para que tanto el paciente como el médico y el prestador de salud puedan acceder a concentraciones disponibles comercialmente mucho más cercanas a la dosis requerida, y eviten riesgos de manipulación o desperdicio.

Es pertinente anotar que también se desarrollaron encuentros regionales de diálogo propositivo en varias capitales de departamento mediante la implementación de una herramienta deliberativa denominada “Café Mundial”, en las ciudades de Pasto, Barranquilla, Valledupar, Pereira, Bucaramanga, Cali y Medellín, con el fin de recolectar insumos y propuestas para la construcción colectiva del procedimiento técnico científico estipulado en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015.

7.2 Garantizando la continuidad en la afiliación.

Mediante la expedición la Ley 1751 de 2015, a través de la cual se reconoció a la salud como derecho fundamental, se logró que tal garantía no se restringiera a los “derechos” que otorga la afiliación al Sistema, sino que trascendió a conceptos más amplios como el desarrollado por la Corte Constitucional y ampliamente explicado en la Sentencia T-760 de 2008 de “requerir con necesidad” que en palabras de la misma Corte significa, requerir un servicio y no contar con los recursos económicos para poder proveerse por sí mismo el servicio.

Bajo la premisa anterior, el Decreto 2353 del 3 de diciembre de 2015 *Por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea*

el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud rediseñó la institución de la afiliación a la seguridad social en salud, plasmada en la Ley 100 de 1993 y sus modificaciones, partiendo de la concepción de la salud como derecho fundamental donde las instituciones y reglas de la afiliación deben entenderse como mecanismos efectivos para la garantía de éste y no como barreras de acceso.

En este orden, en el citado decreto, se establecen disposiciones tendientes, entre otros aspectos a i) incentivar que las EPS y las entidades territoriales garanticen a las personas el acceso a los servicios de salud a los cuales tienen derecho y ii) desincentivar la denegación de los servicios de salud por parte de las EPS y las entidades territoriales”, las cuales a continuación se describen algunos de ellos:

- **Prohibición de selección de riesgo por parte de las EPS:** Las EPS no podrán negar la inscripción a ninguna persona por razones de su edad o por su estado previo, actual o potencial de salud y de utilización de servicios. Tampoco podrán negar la inscripción argumentando limitaciones a su capacidad de afiliación. Todas las acciones orientadas a negar la inscripción o desviarla a otra Entidad Promotora de Salud, así como promover el traslado de sus afiliados se considerarán como una práctica violatoria al derecho de la libre escogencia.
- **Prohibición de negar afiliación por modificaciones a la capacidad de afiliación.** En ningún caso, las EPS podrán negar la inscripción de las personas argumentando limitaciones a su capacidad de afiliación, para lo cual deberán aplicar la autorización general cuando la entidad ha superado su capacidad autorizada.
- **Prohibición a las entidades territoriales y a las entidades responsables de las poblaciones especiales.** Las autoridades y entidades públicas de los órdenes nacional, distrital, departamental y municipal y las entidades responsables de las poblaciones especiales no podrán promover o inducir la afiliación a una determinada EPS.
- **Acceso a los servicios de salud.** El afiliado podrá acceder a todos los servicios de salud del plan de beneficios desde la fecha de su afiliación o de la efectividad del traslado de EPS o de movilidad. Las novedades sobre la condición del afiliado en ningún caso podrán afectar la continuidad de la prestación de los servicios de salud.
- **Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud por una única vez:** La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud es un acto que se realiza por una sola vez, por medio del cual se adquieren los derechos y obligaciones que del mismo se derivan, el cual se efectúa con el registro en el

Sistema de Afiliación Transaccional y la inscripción a una sola Entidad Promotora de Salud - EPS o Entidad Obligada a Compensar - EOC, mediante la suscripción del formulario físico o electrónico que adopte el Ministerio de Salud y Protección Social. La desafiliación al Sistema sólo se producirá por el fallecimiento del afiliado.

- **Creación del Sistema de Afiliación Transaccional:** Definido como un Conjunto de procesos, procedimientos e instrumentos de orden técnico y administrativo, para realizar y consultar el registro de la afiliación y las novedades.
- **Unificación y simplificación de reglas para el traslado en ambos regímenes:** El Sistema de Afiliación Transaccional dispondrá los mecanismos para verificar los requisitos del traslado y para que el afiliado realice directamente la novedad de traslado.
- **Efectos de la mora en las cotizaciones de trabajadores dependientes:** Cuando ha mediado el descuento del aporte del trabajador y el empleador se abstiene de efectuar el pago de los aportes y por ello se encuentre en mora, la EPS deberá garantizar la continuidad de la prestación de los servicios de salud al trabajador y a los integrantes de su núcleo familiar que se encuentren con tratamientos en curso, sea en atención ambulatoria, con internación, de urgencias, domiciliaria o inicial de urgencias.
- **Efectos de la mora en las cotizaciones de trabajadores independientes:** La EPS podrá optar por garantizar la continuidad de la prestación de los servicios de salud del trabajador independiente en mora y su núcleo familiar, cuando suscriba acuerdos de pago por las cotizaciones e intereses adeudados y una vez obtenido el recaudo de las cotizaciones adeudadas, la EPS tendrá derecho al reconocimiento de las correspondientes UPC, siempre y cuando demuestre que garantizó la prestación de servicios de salud durante ese período.
- **Garantía de la prestación de los servicios a las mujeres gestantes y beneficiarios menores de edad por efectos de la mora.** Cuando exista mora y se trate de un cotizante independiente o dependiente o de un beneficiario, los servicios del plan de beneficios seguirán garantizándose a través de la EPS a las madres gestantes por el periodo de gestación y a los menores edad.
- **Consecuencias de la suspensión de la afiliación del trabajador independiente.** Las EPS tienen la obligación de garantizar la prestación de los servicios de salud por los períodos consecutivos previos a la suspensión, dos (2) o cuatro (4) meses según el caso y si, como resultado de las acciones de cobro que deba adelantar, recauda las cotizaciones en mora por estos periodos tendrán derecho al reconocimiento de las correspondientes UPC.

7.3 Actualizando e Incrementando la Unidad de Pago por Capitación

Una vez realizado los análisis pertinentes para determinar la UPC para el año 2016, y con la finalidad de garantizar de acceso y disponibilidad de tecnologías incluidas en el POS, se determinó que:

Para el régimen contributivo:

1. Ajustar la prima en un 9,45% para la vigencia de 2016.
2. Reconocer una prima adicional del 10% a 363 municipios.
3. Reconocer una prima adicional del 9,86% en las ciudades de Armenia, Barrancabermeja, Barranquilla, Bello, Bogotá D.C., Bucaramanga, Buenaventura, Cali, Cartagena, Cúcuta, Floridablanca, Ibagué, Itagüí; Manizales, Medellín, Montería, Neiva, Palmira, Pasto, Pereira, Popayán, Riohacha, Santa Marta, Sincelejo, Soacha, Soledad, Tuluá, Valledupar y Villavicencio.
4. Reconocer una prima adicional del 37,9% en el departamento Archipiélago de San Andrés, Santa Catalina y Providencia. (Zona Alejada)
5. Aumentar la prima de PyP al 4%.
6. Disminuir el porcentaje de la cotización que se destina a la Subcuenta de Promoción del FOSYGA del 0,30% al 0,225% del IBC
7. Incrementar porcentaje de la cotización destinado a financiar las incapacidades por enfermedad general de 0,30% del IBC al 0,34% del IBC
8. Mantener la transferencia al Régimen Subsidiado en 1,5 puntos del IBC.

Para el régimen subsidiado:

1. Aplicar al Régimen Subsidiado el incremento del Régimen contributivo.
2. Reconocer una prima adicional del 11,47% a los 363 municipios catalogados como zona especial.
3. Prima adicional del 15% en las ciudades de Armenia, Barrancabermeja, Barranquilla, Bello, Bogotá D.C., Bucaramanga, Buenaventura, Cali, Cartagena, Cúcuta, Floridablanca, Ibagué, Itagüí; Manizales, Medellín, Montería, Neiva, Palmira, Pasto, Pereira, Popayán, Riohacha, Santa Marta, Sincelejo, Soacha, Soledad, Tuluá, Valledupar y Villavicencio. Incluyendo las tres ciudades propuestas.
4. Reconocer una prima adicional del 37,9% en el departamento Archipiélago de San Andrés, Santa Catalina y Providencia. (Zona Alejada)
5. Reconocer la prima diferencial a las EPS-I del 3,04%

Con relación a la actualización integral del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación, se prevé para el mediano plazo el avance hacia un Plan implícito y la implementación del procedimiento técnico científico del que trata el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015 para la exclusión de las tecnologías en salud del Plan de Beneficios con cargo al a Unidad de Pago por Capitación así como la definición de lo que no será cubierto con los recursos del Sistema General de Seguridad Social en salud.

7.4 Mejorando el acceso a servicios NO POS

En aras de propender por la garantía del acceso oportuno a los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la UPC y asegurar un manejo veraz, oportuno y transparente de la información y de los recursos, se estableció mediante Resolución 1328 de 2016, el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, garantía del suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC. De esta manera, se pone en marcha un sistema de prescripción en línea el cual elimina la figura de los CTC con el alcance que se conoce actualmente.

La eliminación de los Comités técnicos Científicos, por medio de los cuales se tramitaba la autorización de las tecnologías NO POS, se convierte en una herramienta clave para la eliminación de barreras para el acceso a los servicios de salud. Con esta decisión serán los médicos tratantes los que determinarán la *autorización* de dicha tecnología sin la mediación de ningún comité, con lo que el proceso será más ágil.

El paso a esta nueva dinámica implica que el especialista, desde su propio escritorio, realizara esta formulación por medio del sistema electrónico centralizado SISPRO. La información allí depositada, con dos o tres justificaciones según el caso, pasará directamente a Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), las Entidades Obligadas a Compensar (EOC) y el Fosyga a través de un mecanismo seguro.

7.5 Generando mejores condiciones de salud en la población colombiana

7.5.1 Política de atención integral en salud:

Como parte de la Política de atención Integral en Salud en el marco de la Ley estatutaria 1751 de 2015, se ha estructurado el Modelo de atención integral en Salud, el cual mediante estrategias definidas, pretende orientar la garantía efectiva del derecho a la salud, desarrollando las estrategias de Atención primaria en salud (APS) y de Gestión integral del riesgo con orientación familiar y comunitaria, con todos los criterios y herramientas de garantía de calidad, para evidenciar que los especialistas en medicina familiar tengan la idoneidad y las competencias profesionales definidas para el país y para aportar a la conformación de equipos multidisciplinarios de salud que tendrán la responsabilidad del cuidado primario de la salud de las personas, familias y familias adscritas, desde los nuevos prestadores primarios.

En este contexto se está trabajando en la formulación de lineamientos e instrumentos para el proceso de conformación, organización, habilitación, gestión, seguimiento y evaluación de las redes integrales de prestadores de servicios de salud, como forma de organización funcional de los mismos para la provisión de las atenciones en salud a la población, dentro del aseguramiento en salud. Las redes estarán conformadas por componentes primarios y complementarios de servicios de salud. Los primeros serán los encargados de las acciones de fomento y autocuidado de la salud, protección específica, búsqueda activa de casos, detección temprana, tratamiento y rehabilitación básica; en tanto los complementarios, serán los encargados de la atención de eventos de mayor complejidad, que requieren de elementos tecnológicos y personal especializado.

Por otro lado se está trabajando en las especificaciones de los estándares y criterios para la habilitación de las unidades funcionales para la atención integral de cáncer (UF y UACAI). A corto y mediano plazo se tiene previsto continuar con los desarrollos sobre formas de organización funcionales de los servicios de salud, como las redes integrales de prestadores de servicios de salud, prestadores primarios de servicios de salud y unidades funcionales de cáncer. Para esto se llevará a cabo la expedición de las regulaciones respectivas, su socialización y asistencia técnica para su implementación, el desarrollo y adecuación de herramientas informáticas en el Registro Especial de Prestadores –REPS requerido para su soporte y demás

7.5.2 Fortalecimiento de la oferta pública de servicios de salud

Este Ministerio se encuentra trabajando en el fortalecimiento de los procesos de planeación y gestión de la oferta pública de servicios de salud por parte de las entidades territoriales competentes (Departamentos y Distritos) para la respuesta adecuada a la demanda de servicios de salud, mediante la disposición de instrumentos y la asistencia técnica a las mismas para su implementación. Entre estos instrumentos, se encuentran los programas territoriales de reorganización, rediseño y modernización de las redes de Empresas Sociales del Estado, los planes bienales de inversiones públicas en salud, los planes financieros territoriales de salud y los planes territoriales de salud.

Cabe señalar, que la Resolución 4015 de 2013 (modificada por la Resolución 4834 de 2015) previó la destinación de recursos para coadyuvar al financiamiento de la prestación de servicios por ESE en condiciones especiales de mercado y por su localización en zonas con población dispersa, alejados o difícil acceso. El Decreto 2273 de 2014 estableció disposiciones para garantizar la prestación de servicios de salud en aquellos lugares en los cuales solo el Estado está en capacidad de ofrecerlos, cuando la oferta de servicios se sustenta en infraestructura pública independiente de su modalidad de gestión, en los departamentos a cuya jurisdicción territorial solo se puede acceder a través de transporte marítimo, fluvial o aéreo. En aplicación de lo anterior, en los planes financieros territoriales aprobados a los departamentos de Guainía, San Andrés y Providencia y Vaupés en los años 2014 y 2015, se identificaron excedentes de recursos de oferta para estos fines.

Igualmente se apoyó al restablecimiento de la solidez económica financiera de las Empresas Sociales del Estado categorizadas en riesgo medio y alto (Leyes 1438 de 2011 y 1608 de 2013, Decreto 1141 de 2013), mediante la disposición de recursos para el financiamiento las medidas que se incluyan en los Programas de saneamiento fiscal y financiero, provenientes de las ESE, de entidades territoriales o de la Nación, de fuentes como: el Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (Fonsaet), presupuesto de inversión del Ministerio de Salud y Protección Social, excedentes del Sistema General de Participaciones destinados por la Ley 1687 de 2013, saldos de cuentas maestras del régimen subsidiado, excedentes de rentas cedidas, excedentes del Fonpet – Lotto en Línea (Decreto 728 de 2013), y otros recursos propios de las entidades territoriales; conforme a lo previsto en el Decreto 1141 de 2013.

El Ministerio a través del proyecto de inversión “Mejoramiento, fortalecimiento y ajuste en la gestión de las instituciones de la red pública hospitalaria del país” asignó a 16 departamentos, mediante la Resolución 4874 de 2013, recursos por \$149.000 millones, los

cuales se giraron a las cuentas maestras de “Otros gastos en salud – Inversión” y están siendo distribuidos por las entidades territoriales entre las ESE beneficiarias, atendiendo el concepto de viabilidad de los programas por parte del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

Mediante la Resolución 5929 de 2014 se establecieron los criterios, condiciones, requisitos y procedimientos para la asignación, distribución y giro de los recursos del Fonsaet. Con base en los lineamientos estipulados en esta Resolución, mediante la Resolución 5938 de 2014 se asignaron los recursos del Fonsaet de la vigencia 2014 por valor de \$81.865,6 millones a 15 entidades departamentales, los cuales se giraron a las cuentas maestras de “Otros gastos en salud – Inversión”, para que estas entidades territoriales realicen la distribución entre las ESE categorizadas en riesgo medio o alto, atendiendo el concepto de viabilidad de los programas por parte del Ministerio de Hacienda y Crédito Público

Asimismo se dispuso de importantes recursos financieros para el fortalecimiento de la capacidad resolutive de la oferta pública, destinados a la financiación y cofinanciación de inversiones en infraestructura y dotación hospitalaria de las ESE. Entre estos recursos se encuentran: los saldos de cuentas maestras y excedentes de rentas cedidas (Leyes 1608 de 2013 y 1393 de 2010), remanentes de recursos acumulados en el Fonpet provenientes del Lotto en Línea (Decreto 728 de 2013), del Sistema General de Regalías (Leyes 1530 y 1606 de 2012), recursos propios de las entidades territoriales, del presupuesto general de la Nación y de líneas de crédito de redescuento de Findeter con tasa compensada financiada por la Nación.

Desde el nivel nacional, se resaltan las acciones y recursos para estos propósitos, entre los cuales se señalan los siguientes:

- Destinación de recursos de inversión del presupuesto general de la Nación para la cofinanciación de proyectos para el mejoramiento de la capacidad instalada de las ESE, a los cuales se les ha dado continuidad e incrementado el monto de los mismos. Para las vigencias 2015 - 2018, el Ministerio formuló el proyecto “Fortalecimiento de la capacidad instalada asociada a la prestación de servicios de salud en los componentes de infraestructura y dotación hospitalaria” dirigido a la cofinanciación de proyectos de este tipo de las ESE, con un monto estimado de \$550.000 millones. Para la vigencia de 2015, a través de las Resoluciones 2078 y 5422 de 2015 se asignaron recursos de este proyecto por valor de \$49.321 millones y \$50.077 millones, respectivamente. En el marco de este proyecto se tiene previsto continuar con la cofinanciación de inversiones de este tipo de las Empresas Sociales del Estado propuestas por las entidades territoriales y aprobadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, según lo establecido en la Resolución 829 de 2015.

- Contratos Plan (Ley 1454 de 2011): mediante el proyecto de inversión “Mejoramiento de la Infraestructura y la dotación hospitalaria en el marco de la estrategia contratos plan Nacional”, se asignaron en el año 2015 a través de las Resoluciones 3574 y 5038 de 2015, por valor de \$1.030 millones y \$5.523 millones, respectivamente.
- Sumado a lo anterior, la Ley 1508 de 2012 posibilita profundizar los esquemas de participación público – privadas en salud, con lo cual se podrían solventar necesidades y limitaciones de inversión, desde el sector público.

7.5.3 Potencializando los servicios de salud por modalidad de telemedicina.

Para coadyudar el mejoramiento del acceso a los servicios de la población se está impulsando el uso de servicios de telemedicina en población que presentan limitación de oferta o de acceso los servicios en su área geográfica de esta manera se han incremento de prestadores inscritos que ofrecen servicios en esta modalidad, con un crecimiento en diciembre de 2015 con relación a diciembre de 2014, de 7.01% en el número de sedes y de 37.41% en servicios, de acuerdo con la información del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS).

De acuerdo con lo reportado en el REPS, a 31 de diciembre de 2015 se tienen inscritas 733 sedes de prestadores de servicios de salud con 3.001 servicios en la modalidad de telemedicina, ubicadas en 284 municipios de los 32 departamentos y el Distrito Capital. Las sedes públicas con servicios habilitados en esta modalidad corresponden al 32%, con 50% de los servicios habilitados bajo la misma. Las 234 sedes de prestadores públicos están ubicadas en 185 municipios de 25 departamentos y en el Distrito Capital.

7.5.4 Liquidación de SALUDCOOP y CAPRECOM

Los problemas de gestión, calidad de la atención, y financieros llevaron a este Ministerio y a la Superintendencia Nacional de Salud a liquidar las EPS SALUDCOOP y CAPRECOM, con lo cual se diseñaron planes de acción destinados a asegurar la continuidad de la atención y mejorar las condiciones de servicio de salud, con estas intervenciones se

Situación de SALUDCOOP

A partir de los informes presentados por las diferentes Superintendencias Delegadas, el Agente Especial interventor de la EPS y el Contralor Designado que a corte 30 de septiembre de 2015 evidenciaron la crítica situación financiera de SALUDCOOP EPS OC, en especial por

su insolvencia, presentando un patrimonio negativo de \$-3,73 billones de pesos, del cual hacía parte el fallo de responsabilidad fiscal de la Contraloría, haciendo inviable su operación, y afectando severamente la oferta de servicios y sus obligaciones como asegurador.

Es así que la Superintendencia Nacional de Salud a ordeno a través de Resolución 2414 del 24 de noviembre de 2015 la toma de posesión inmediata para liquidar a SALUDCOOP EPS OC, buscando de una parte proteger los derechos de los usuarios, garantizando la continuidad de la prestación de los servicios, y de la otra, lograr la pronta realización de los activos y el pago del pasivo externo a cargo de la respectiva entidad

Por tanto, los 4,6 millones de afiliados fueron trasladados a CAFESALUD EPS, a partir del 1º de diciembre de 2015. Los afiliados pudieron hacer uso de la libre elección a partir del primero de marzo de este año.

Frente a las deudas de la EPS: •El agente liquidador tiene la tarea de realizar la determinación y calificación de acreencias. •Los pagos se realizarán conforme a las condiciones definidas en la normatividad vigente que regula los procesos de liquidación. • Se espera que la venta de activos permita pagar buena parte de pasivos.

Situación de CAPRECOM

Mediante la expedición del Decreto 2519 de 2015 , se ordenó la liquidación de la EPS CAPRECOM, sustentado en i. informe técnico de la SNS, sobre los resultados de las mediciones de los indicadores que se aplican a la Caja de Previsión Social de Comunicaciones (CAPRECOM), EICE, concluyendo que la misma presenta graves incumplimientos en asuntos prestacionales y financieros. ii. informe técnico del MSPS sobre la gestión administrativa de la Caja de Previsión Social de Comunicaciones (CAPRECOM), EICE, en la cual recomienda la supresión de la entidad en atención a la gravedad de su situación financiera, operativa y prestacional. y iii. Caja de Previsión Social de Comunicaciones (CAPRECOM), EICE, se encontraba incurso en las dos causales mencionadas del artículo 52 de la Ley 489 de 1998.

Para proteger a los afiliados, los 2,2 millones fueron asignados por el MSPS a 15 EPS privilegiando a las que mejor satisfacción de usuarios presentaban. Los resultados de la asignación se dispusieron en las páginas del MSPS, la SNS y en medios de comunicación. También se dispuso en el ftp de las entidades territoriales la Circular 062 de 2015 en la cual se impartió instrucciones a EPS, IPS y entidades territoriales para garantizar la continuidad

de la afiliación de la población trasladada. Asimismo los usuarios pudieron hacer uso de la libre elección de EPS a partir del primero de abril de este año



Limitaciones

8 LIMITACIONES

La fecha estipulada en la orden 1 de febrero, dificulta la realización de un informe que cumpla a cabalidad con las especificaciones de la Corte y los análisis requeridos por el MSPS.

Para el año 2015, se realizó la recolección de la información durante diez meses consecutivos, finalizando en Diciembre. La consolidación y validación preliminar de los datos terminó el 1 Febrero del año 2016. Fecha en la cual se iniciaron las validaciones de datos con fuentes de información externas. Sistemas de información que son claves para detallar las especificaciones de los accionantes y demandantes.

Por tal razón solo hasta finales de junio se puede enviar el informe completo y el mismo da cuenta de las especificaciones de la orden trigésima.



Anexos

9 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
TipoId.TipIdent	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
TipoId_1.TipIdent	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 regimen al que se encuentra afiliado
NombreRE	Descripción regimen al que se encuentra afiliado
IBC	Ingreso base de cotización
IdSex	Descripción Sexo

Sexo	Codigo Sexo
COD_DEPTO	Codigo divipola del Departamento
DEPTO	Departamento
COD_MPIO	Codigo divipola del Municipio
PALMITO	Municipio

Módulo Solicitudes	
Variable	Descripción
NumRadCC	Numero de radicado e 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	Numero 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
AnalisiDesccJud.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	Descripcion del analisis de la capacidad de pago
A2	Código del Analisis de la pertinencia
Análisis_de_la_pertinencia_de_la_prestación	Descripcion del Analisis de la pertinencia
IdApelacion	Código de la apelación de la descisión
Apelacion	Descipción de la apelación de la descisión
Observaciones	Observaciones